Neue Entwicklungen bei sozialmedizinischen Konsequenzen und rehabilitativen Interventionen

Die rheumatologische Versorgung – insbesondere von chronisch Kranken – ist in den letzten Jahren gekennzeichnet durch einerseits erhebliche Fortschritte der Therapie und andererseits fortbestehende und zum Teil sich verschärfende Versorgungsengpässe, die dazu führen, dass nicht alle Patienten von diesen Behandlungsfortschritten rechtzeitig profitieren. Einzelheiten und der daraus abzuleitende Handlungsbedarf in allen Bereichen wurden im Memorandum der Kommission Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie differenziert dargestellt [3]. Diese regional unterschiedlichen Versorgungsdefizite tragen zu einem für Patienten und Rheumatologen belastenden Spannungsfeld zwischen (zeit-)ökonomischer Fokussierung auf Hauptbefunde und umfassender Problemsondierung bei, die ursprünglich zu den Stärken der Rheumatologie zählte und vielfach zu koordinierten multimodalen/rehabilitativen Interventionen Anlass gibt.

» Neben Therapiefortschritten kennzeichnen Versorgungsdefizite die rheumatologische Versorgung

Die systematische Sondierung der vielfältigen Einschränkungen und Ressourcen von Rheumakranken wird durch die internationale Funktionsklassifikation (ICF) der Weltgesundheitsorganisation erleichtert [1]. Sie erweitert den Blick auf das Krankheitsgeschehen von der ätiopathogenetischen und an Körperfunktionen und -strukturen orientierten Perspektive

auf die aus Sicht der Patienten relevanten Auswirkungen auf Alltagsaktivitäten und (soziale) Teilhabe einschließlich der Erwerbstätigkeit. Damit sind erhebliche indirekte Kosten durch rheumabedingten Produktivitätsausfall für die Gesellschaft verbunden [6].

In den letzten Jahren wurde das Bewusstsein für die zentrale Bedeutung patientenrelevanter Ziele in der Versorgung geschärft. Gemäß der aktuellen Leitlinien [7, 2] erfordert das Erreichen dieser Ziele vielfach frühzeitig – und nicht erstmals bei fortgeschrittenen Veränderungen – ein koordiniertes, über die medikamentöse Therapie hinausgehendes, interdisziplinäres und multiprofessionelles Krankheitsmanagement. Diese Art des Krankheitsmanagements ist ein typisches Merkmal der Arbeit in Rehabilitationseinrichtungen, die sich von akutstationären Komplexbehandlungen unterscheidet [3]. Die umfassende Realisierung des Krankheitsmanagements in der rheumatologischen Praxis stößt an Grenzen. Beispiele dafür sind sowohl die Richtgrößen für Heilmittelverordnungen – trotz vorhandener Empfehlungen zur Überwindung von Ordnungsbarrieren [4] – wie auch logistische und finanzielle Hürden bei regelmäßigen patientenbezogenen Abstimmungen der prioritären Behandlungsziele und Interventionen mit allen Mitgliedern des multiprofessionellen Teams. Aktuelle Daten zur rehabilitativen Versorgung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Krankheiten in Deutschland werden im nächsten Heft dieser Zeitschrift präsentiert [5].

In dieser Ausgabe werden zahlreiche neue Entwicklungen bei der Erwerbstätigkeit von Rheumakranken sowie bei der Förderung von Alltagsaktivitäten und sozialer Teilhabe innerhalb und außerhalb des Rehabilitationssektors dargestellt.

Der erste Beitrag (W. Mau) zeigt die positive sozialmedizinische Entwicklung in vielen Bereichen der Erwerbstätigkeit von Patienten mit verschiedenen, auch seltenen entzündlich-rheumatischen Krankheiten in Deutschland. Das wird durch Analysen von bundesweiten Verlaufsdaten der Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderungsrenten über Zeiträume von mindestens zehn Jahren deutlich. Neue Informationen bieten auch Trendvergleiche sozialmedizinischer Daten von rheumatologisch Betreuten und Gesamtbevölkerung.

Rheumatologen haben eine wegweisende Rolle bei dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit von Rheumakranken. Um Rheumatologen die früh- und rechtzeitige Einbeziehung berufsrelevanter Aspekte ihrer Patienten in Entscheidungsprozesse zu erleichtern, werden im zweiten Beitrag (Y. Drambyan u. K. Parthier) praktische Informationen u. a. mit Hinweisen auf ein neues Onlineportal zu dem Themenfeld vermittelt. Neben Tipps zu Heil- und Hilfsmittelverordnungen, geeigneten Rehabilitationsleistungen und Nachsorge werden weitere Maßnahmen zur (frühzeitigen) Rückkehr an den Arbeitsplatz sowie zur sozialrechtlichen und -medizinischen Basisberatung thematisiert.

Zu den wichtigsten Neuerungen bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, über die Rheumatologen ihre Patienten

Hier steht eine Anzeige.

ten informieren sollten, gehört eine verstärkte Berücksichtigung der konkreten beruflichen Tätigkeit von Rheumakranken. Dazu zählen differenzierte berufsbezogene Diagnostik, Arbeitsplatztraining und berufsbezogene Gruppen. Diese medizinisch-berufliche Orientierung der Rehabilitation (MBOR) wird im dritten Beitrag (*I. Ehlebracht-König u. M. Dorn*) an vier Beispielen von Patienten mit langjähriger ankylosierender Spondylitis, Psoriasis-spondyloarthritis, früher rheumatoider Arthritis und Psoriasisarthritis veranschaulicht.

Das heutige Grundverständnis der Behandler-Patienten-Beziehung, das nicht nur in der Rehabilitation, sondern auch in anderen Bereichen der rheumatologischen Versorgung relevant ist, wird durch den Begriff Patientenorientierung geprägt. Im vierten Beitrag (*E. Farin*) werden neben der Berücksichtigung der Patientenperspektive und der gleichberechtigten Verteilung von Verantwortung und Entscheidungskompetenz weitere Facetten des Begriffs und ihre Bedeutung für die Versorgungspraxis im Kontext von neuen Forschungsergebnissen und -perspektiven dargestellt.

Der letzte Beitrag (*K. Mattukat u. A. Thyrolf*) widmet sich den vielfältigen ambulanten Möglichkeiten zur Förderung körperlicher und sozialer Aktivitäten von Rheumakranken. Rheumatologen haben dabei eine wichtige Funktion, die neben der Verordnung von Bewegungstherapie, die Vermittlung von Selbsthilfegruppen und immer wieder auch die Ermutigung zu Eigeninitiativen betrifft, die durch gezielte Nutzung neuer Medien unterstützt werden kann.

Die Beiträge zu diesem Leitthema unterstreichen die aktuellen Möglichkeiten und die Bedeutung von Rheumatologen bei der sozialmedizinischen und rehabilitativen Dimension der Versorgung von Rheumakranken.

Ihr Wilfried Mau

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. W. Mau

Institut für Rehabilitations-
medizin, Medizinische Fakultät
der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
06097 Halle (Saale)
wilfried.mau@
medizin.uni-halle.de

Interessenkonflikt. W. Mau gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Braun J, Zochling J, Grill E, Liman W, Stucki G (2007) Die Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit und ihre Bedeutung für die Rheumatologie. *Z Rheumatol* 66 (7): 603–610
2. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (2013) Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen. Langfassung zur S3-Leitlinie. <http://dgrh.de/9465.html>. Zugriffen am 31.12.2013
3. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (2008) Memorandum: Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland. <http://dgrh.de/?id=8878>. Zugriffen am 31.12.2013
4. Engel J (2012) Physio- und Ergotherapie sind unverzichtbar. Konkretes Rezeptieren von Heilmitteln ohne Regress. *Z. Rheumatol* 71(5): 369–380
5. Mau W, Beyer W, Ehlebracht-König I, Engel J, Gentz E, Jäckel WH, Lange U, Thiele K (2014) Leistungstrends der rehabilitativen rheumatologischen Versorgung in Deutschland. *Z Rheumatol* (im Druck)
6. Merkesdal S, Mau W (2013) Health economics. In: Watts RA, Conaghan PG, Denton C, Foster H, Isaacs J, Müller-Ladner U (Hrsg.): *Oxford Textbook of Rheumatology*. 4. Aufl. Oxford University Press, Oxford
7. Schneider M, Lelgemann M, Abholz H, Blumenroth M, Flügge C, Gerken M, Jäniche H, Kunz R, Krüger K, Mau W, Specker C, Zellner M (Hrsg.) (2011) Interdisziplinäre Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis. 3. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York (s. auch: www.dgrh.de/leitlinien.html). Zugriffen am 31.12.2013

Weltweit erstes Knorpelregister

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) startet das weltweit erste Knorpelregister (KnorpelRegister DGOU). Das Register erfasst deutschlandweit die Daten von operativ behandelten Knorpelschäden.

Ziel des Registers ist es, die Bedeutung knorpelchirurgischer Therapien, insbesondere innovativer Verfahren, in Bezug auf Symptomlinderung, funktionelle Behandlungsergebnisse und auf das Vermeiden einer Arthrose zu überprüfen. Gleichzeitig lassen sich verfahrensspezifische Komplikationen erfassen und die angewandten Methoden auf ihre Sicherheit und den Nutzen für die Patienten untersuchen.

Umgesetzt wird das Projekt vom Studienzentrum des Universitätsklinikums Freiburg.

Derzeit beteiligen sich im gesamten Bundesgebiet bereits 19 Kliniken, die sich auf die Behandlung von Knorpelerkrankungen spezialisiert haben. Bis Ende 2014 sollen weitere 30 Kliniken hinzukommen.

Das KnorpelRegister DGOU ist Teil der Initiative „Qualität und Sicherheit in Orthopädie und Unfallchirurgie“, ein langfristiges Programm der DGOU zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität. Es beinhaltet neben der Einrichtung von Registern für spezielle Behandlungsprozesse auch Auditverfahren zur externen Überprüfung von Behandlungsprozessen. Im Zentrum stehen dabei das EndoCert®-System zur Zertifizierung von Endoprothetischen Versorgungszentren und das TraumaNetzwerk DGU® zur Zertifizierung von Traumazentren für die Versorgung Schwerverletzter.

Quelle:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie
und Unfallchirurgie (DGOU) e.V.,
www.dgou.de