

## **Bedeutung der medizinischen Rehabilitation von Patienten mit chronischer Polyarthritits für Vertragsärzte mit unterschiedlicher Spezialisierung**

Mau W. (1), Völker A. (2), Mattussek S. (3), Hülsemann J.L. (2), Gutenbrunner C. (4)

- (1) Institut für Rehabilitationsmedizin Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,
- (2) Abt. Rheumatologie, Medizinische Hochschule Hannover,
- (3) Regionales Kooperatives Rheumazentrum Hannover e.V.,
- (4) Institut für Balneologie u. Medizinische Klimatologie,  
Medizinische Hochschule Hannover

Unter Mitarbeit der Projektgruppe Rehabilitation des Rheumazentrums Hannover  
und mit Förderung der LVA Hannover

Für die Beurteilung des Stellenwerts der medizinischen Rehabilitation im Gesundheitssystem ist die Einschätzung der Vertragsärzte von erheblicher Bedeutung. In früheren Untersuchungen wurde festgestellt, dass ein großer Teil niedergelassener Ärzte der Wichtigkeit und Effektivität von Rehabilitationsmaßnahmen skeptisch gegenüberstehen, ein Drittel bis ein Viertel sie allerdings für nützlich hält [Vogel et al 1997]. Bei der chronischen Polyarthritits (cP), einer klar definierten chronischen Erkrankung mit häufig erheblichen Einschränkungen der Aktivität und Teilhabe, wurden von uns differenzierte Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation erarbeitet [Projektgruppe Rehabilitation des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Hannover e.V. 2000]. Obwohl das hohe Risiko der Erwerbsunfähigkeit und entsprechende Vorhersageparameter bekannt sind [Bräuer et al. 2002, Mau et al. 1996b] und am Beispiel der Patientenschulung die Kosten-Effektivität der Rehabilitation zur Verzögerung der Erwerbsunfähigkeit nachgewiesen wurde [Mau et al. 2002], wird ca. ein Drittel der Patienten mit einer cP berentet, ohne jemals an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen zu haben [Mau et al. 1996a]. Bisher wurde nicht untersucht, wie verschiedene Aspekte der medizinischen Rehabilitation der Patienten mit einer cP von Vertragsärzten mit unterschiedlicher Spezialisierung eingeschätzt werden. Dazu wurde jetzt eine anonyme Ärztebefragung durchgeführt.

**Methodik:** Verschiedene Vertragsarztgruppen (insgesamt n = 1393) erhielten im Jahr 2001 per Post einen Fragebogen: alle niedergelassenen internistischen Rheumatologen aus der Mitgliederdatei der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (RH n = 338), die Internisten (IN; n = 371), Orthopäden (OR; n = 90) und Allgemeinärzte (AL; n = 594) der KV-Bezirksstellen Hannover, Aurich und Verden. Der Fragebogenrücklauf betrug in den vier Arztgruppen 67%, 30%, 82% und 38%. Von den Ärzten, die den Fragebogen nicht ausfüllten, wurde als Grund am häufigsten (63%) „keine / sehr seltene Betreuung von cP-Kranken“ genannt, nur in 7% „Rehabilitation bei meinen Patienten nicht indiziert“. Im Fragebogen zur medizinischen Rehabilitation wurde bei den eigenen Patienten mit cP erfasst: der Anteil mit Bedarf an stationärer Rehabilitation, der Anteil tatsächlich durchgeführter Rehabilitation in den letzten 4 Jahren, die Wichtigkeit (NRS 0 = nicht wichtig bis 10 = sehr wichtig) verschiedener Rehabilitationsziele und einzelner Rehabilitationselemente und die Bedeutung eigener bzw. patientenseitiger Gründe gegen Rehabilitation.

**Ergebnisse:** Ein erheblicher stationärer Rehabilitationsbedarf (mehr als 50% der Patienten) wird von 11% (RH), 14% (IN), 21% (AL) und 27% (OR) angegeben. Nach Angabe von 40% bis 55% der befragten Ärzte nahmen weniger als 20% der Patienten in den letzten 4 Jahren an Rehabilitationsmaßnahmen teil. Die drei wichtigsten Rehabilitationsziele (NRS > 8) aller Arztgruppen sind Funktionsverbesserung, Schmerzreduktion und Stärkung der Eigenkompetenz. Unterschiedlich wird die Wichtigkeit einzelner Aspekte der Rehabilitationsmaßnahmen beurteilt: Patientenschulung von 7,0 (OR) bis 8,2 (AL) (p<0,0001), sozialmedizinische Begutachtung von 5,8 (OR) bis 7,1 (AL) (p<0,0001), Optimierung der medikamentösen Therapie von 3,4 (RH) bis 7,1 (AL) (p<0,0001) und Komplettierung der Diagnostik von 2,6 (RH)

bis 5,3 (AL) ( $p < 0,0001$ ). Intensive Krankengymnastik, Ergotherapie / Hilfsmittelversorgung und andere Physikalische Therapie werden von den verschiedenen Arztgruppen ähnlich hoch eingeschätzt (7,8 – 9,1). Von allenfalls mäßiger Bedeutung (mittlere NRS  $< 6$ ) sind Arztgründe gegen Rehabilitation, z.B. zu geringe Effektivität der Rehabilitation von 4,9 (AL) bis 5,8 (OR), zu großer bürokratischer Aufwand von 4,5 (AL) bis 5,1 (OR), Therapie ohne Rehabilitation ausreichend von 4,1 (OR) bis 5,1 (RH). Von allen Arztgruppen werden patientenseitigen Gründen gegen Rehabilitation eine ähnliche Bedeutung beigemessen: häusliche / familiäre bzw. berufliche Gründe sind mäßig wichtig (5,8 bzw. 5,7), schlechte Erfahrungen mit Rehabilitation sind von geringer Bedeutung (4,1).

**Diskussion und Schlussfolgerungen:** Erstmals werden in der vorliegenden Untersuchung differenzierte Informationen zur Einstellung von Ärzten verschiedener Spezialisierung zur Rehabilitation bei cP als der häufigsten chronisch entzündlich-rheumatischen Erkrankung gewonnen. Stationärer Rehabilitationsbedarf wird nur bei einem Teil der Patienten, am häufigsten von den Orthopäden und Allgemeinärzten und am seltensten von den Rheumatologen und Internisten angegeben. Als wichtigste Rehabilitationsziele sehen alle Arztgruppen Funktionsverbesserung, Schmerzreduktion und Stärkung der Eigenkompetenz. Besonders die Rheumatologen halten die Therapie ohne Rehabilitationsmaßnahmen für ausreichend. Dies ist nach den Daten der bundesweiten Kerndokumentation der Rheumazentren [Zink et al. 2002] zumindest kritisch zu diskutieren: Bei cP und anderen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ist auch durch Rheumatologen eine geringe ambulante Versorgung mit Krankengymnastik, anderen Maßnahmen der Physikalischen Medizin und Patientenschulung sowie zwischen 1994 und 2000 ein erheblicher Rückgang der Verordnungen z.T. auf die Hälfte dokumentiert. Weitere Einschränkungen ergeben sich aus der Änderung der Heilmittelrichtlinien im Jahr 2001. Obwohl auch die Orthopäden die Stärkung der Eigenkompetenz der Patienten als wichtiges Rehabilitationsziel angeben und gute Schulungseffekte belegt sind [Mau et al. 2002], messen sie der Patientenschulung unter den Arztgruppen die geringste Bedeutung zu.

Die Ergebnisse dieser Studie bilden eine Grundlage für gezielte Informationen und für die Diskussion über die Bedeutung der Rehabilitation am Beispiel der cP in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung mit z.T. unterschiedlicher Betonung je nach Facharztgruppe.

## Literatur

Bräuer W., Mau W., Merkesdal S. (2002): Langzeitverlauf und Prognose der Erwerbsunfähigkeit im Frühstadium der chronischen Polyarthrit. *Z Rheumatol* 61: 426-434

Mau W., Bräuer W., Merkesdal S., Ehlebracht-König I., Josenhans J., Rieger J., Krauth, C. (2002): Langfristige Verzögerung der Erwerbsunfähigkeit und Verminderung indirekter Kosten nach der Schulung von Patienten mit chronischer Polyarthrit im Rahmen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen. 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, München, 4.-6.03.2002. DRV-Schriften, Band 33, S. 343-345.

Mau W, Bornmann M, Weber H, Weidemann H-F (1996a). Defizite rehabilitativer Maßnahmen im Verlauf der frühen chronischen Polyarthrit. *Z Rheumatol* ; 55:223-229.

Mau W, Bornmann M, Weber H, Weidemann H-F, Hecker H, Raspe HH (1996b). Prediction of permanent work disability in a follow-up study of early rheumatoid arthritis: results of a tree structured analysis using RECPAM. *Br J Rheumatol*; 35:652-659.

Projektgruppe Rehabilitation des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Hannover e.V. (2000): Medizinische Rehabilitation von Patienten mit chronischer Polyarthrit oder Spondarthritiden. Informationen und Empfehlungen der Projektgruppe Rehabilitation des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Hannover e.V.. *Orthopäde* 29:994-998.

Vogel H, Petermann F, Schillegger P, Schmidt S, Seger W (1997). Einstellungen niedergelassener Ärzte zur medizinischen Rehabilitation: Eine empirische Untersuchung zur Problematik des Zugangs zur Rehabilitation. Rehabilitation 36:96-105.

Zink A, Huscher D, Thiele K, Otto S, Ziemer S, Listing J und Arbeitsgemeinschaft Regionaler Kooperativer Rheumazentren in der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (2002): Rheumatologische Kerndokumentation der Regionalen Kooperativen Rheumazentren in den Jahren 1999 und 2000. Berlin.

**Korrespondenzanschrift:**

Prof. Dr. med. Wilfried Mau  
Institut für Rehabilitationsmedizin  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Strasse der Opfer des Faschismus (ODF) Nr. 6  
06112 Halle (Saale)  
e-mail: wilfried.mau@medizin.uni-halle.de

**Quelle**

Mau W, Völker A, Mattussek S, Hülsemann JL, Gutenbrunner C (2003) Bedeutung der medizinischen Rehabilitation von Patienten mit chronischer Polyarthrititis für Vertragsärzte mit unterschiedlicher Spezialisierung. DRV-Schriften, Band 40, 46-48