

Redaktion

W. Mau, Halle
 E. Genth, Aachen
 G. Stucki, München

W. Mau · A. Müller
 Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität
 Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Rehabilitative und ambulante physikalisch-medizinische Versorgung von Rheumakranken

Ergebnisse der Befragungen von Patienten mit rheumatoider Arthritis oder ankylosierender Spondylitis und Rheumatologen

Für die rheumatoide Arthritis (RA) und die ankylosierende Spondylitis (AS) sowie andere rheumatische Krankheiten sind heute umfangreiche Daten zur Krankheitslast nach den verschiedenen Komponenten der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung (ICF) verfügbar [4, 5, 14, 19]. Sie begründen die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Versorgung [10]. Trotz maximaler und zum Teil kostenintensiver medikamentöser Therapie mit Einschluss von Biologika ist eine anhaltende Remission bei Patienten mit RA oder AS selten erreichbar [13]. Resultierende Funktionsdefizite sowie Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe nach der ICF einschließlich verminderter Erwerbsfähigkeit erfordern vielfach nicht nur einzelne ambulante physikalisch-medizinische Interventionen, sondern komplexe Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne der multimodalen, interdisziplinären und komprehensiven Versorgung. Ihre Wirksamkeit ist für verschiedene rheumatische Erkrankungen durch kontrollierte Studien belegt und führte zu ihrer Integration in evidenzbasierte nationale und internationale Empfehlungen zum Krankheitsmanagement [18, 21].

Trotzdem geben frühere Studien Hinweise darauf, dass diese Interventionen nicht konsequent bzw. erst im späteren Krankheitsverlauf zum Einsatz kommen. Entgegen den Empfehlungen einer frühzeitigen Indikationsstellung [8] findet bei RA-Kranken die erste Rehabilitationsmaßnahme erst nach durchschnittlich 2 Jahren Krankheitsdauer statt [2], wenn vielfach bereits Beeinträchtigungen in allen Komponenten der ICF eingetreten sind. Fast die Hälfte der Versicherten der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), denen wegen Polyarthritiden eine Erwerbsminderungsrente bewilligt wird, hatten in den 5 vorausgegangenen Jahren keine Rehabilitationsmaßnahme erhalten [14]. Nach Auswertungen der Kerndokumentation der regionalen Rheumazentren nahmen lediglich 12% der Patienten mit entzündlich-rheumatischen Krankheiten in den letzten 12 Monaten eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch [9]. Eine im Jahr 2000/01 im Rheumazentrum Hannover durchgeführte Untersuchung ergab, dass nur zwei Drittel der Patienten mit RA bzw. die Hälfte der AS-Patienten innerhalb einer mittleren Krankheitsdauer von 14 bzw. 12 Jahren jemals an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben [15]. Bezüglich einzelner ambulanter Behandlungen bei den in Rheumazentren betreuten RA-

Patienten zeigten die Daten der Kerndokumentation von 1994 bis 2004 eine deutlich rückläufige Tendenz aller nicht-medikamentösen konservativen Therapien mit Ausnahme der Krankengymnastik [20].

➤ RA-Kranke erhalten die erste Reha-Maßnahme erst nach 2 Jahren Krankheitsdauer

Seither wurden die Rahmenbedingungen für den Zugang zur Rehabilitation und die ambulante Verordnung von physikalisch-medizinischen Interventionen weiter eingeschränkt (z. B. Rehabilitations- und Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für den GKV-Bereich [6, 7], Heilmittelrichtgrößen). Vor dem Hintergrund der genannten Regelungen und weiterer Einflüsse (z. B. Arbeitsmarktentwicklung) liegen keine Daten aus Deutschland zur aktuellen Inanspruchnahme dieser Leistungen durch Patienten mit RA oder AS unter Berücksichtigung der Krankheitsausprägung vor. Deshalb wurden im Jahr 2007 sowohl Patienten mit RA oder AS als auch internistische Rheumatologen zur reha-

Durchführung der Rheumatologenbefragung mit Förderung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie.

Hier steht eine Anzeige.



Tab. 1 Soziodemographische und krankheitsbezogene Charakteristika der teilnehmenden Patienten

	Rheumatoide Arthritis (n=204)	Ankylosierende Spondylitis (n=47)
Mittleres Alter ±SD [Jahre]	62±11	52±10
Frauen	79%	28%
Höchstens Hauptschule	35%	19%
Erwerbstätigkeit zurzeit	18%	42%
Erwerbsminderungsrente zurzeit	22%	23%
Allein lebend	25%	19%
Mittlere Krankheitsdauer ±SD [Jahre]	15 ± 12	16 ± 9
Schmerzintensität ^a	4,1 ± 2,4	4,4 ± 2,5
Derzeitiger Gesundheitszustand ^b	4,1 ± 2,6	4,5 ± 2,6
Funktionskapazität (Funktionsfragebogen Hannover)		
≤50	22%	19%
>50 ≤ 70	28%	19%
>70	50%	62%
Hilfebedarf bei Alltagsaktivitäten	53%	38%
Mitglied in Selbsthilfegruppe	15%	13%

^a11-stufige numerische Rating-Skala (NRS) 0 (keine Schmerzen) bis 10 (unerträgliche Schmerzen),

^b11-stufige NRS 0 (sehr gut) bis 10 (sehr schlecht).

Tab. 2 Charakteristika der 117 Internistischen Rheumatologen

<i>Bundesland</i>	
– Nordrhein-Westfalen	18%
– Baden-Württemberg	16%
– Bayern	16%
– Niedersachsen	14%
– Andere	36%
<i>Gebietsbezeichnung, Zusatzweiterbildung/-qualifikation</i>	
– Physikalische Therapie und Balneologie	25%
– Manuelle Therapie/Chirotherapie	21%
– Physikalische und rehabilitative Medizin	20%
– Andere (Sozialmedizin, Naturheilverfahren, Rehabilitationswesen)	<10%
<i>Tätigkeitsbereich</i>	
– Eigene Praxis	94%
– Ermächtigungssambulanz	6%

bilitativen und ambulanten konservativen nichtmedikamentösen Versorgung mit dem Ziel befragt, eine mögliche Unteranspruchnahme und ihre Gründe aus unterschiedlichen Perspektiven aufzudecken und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Probanden und Methoden

Von April bis Oktober 2007 wurde eine deskriptive Querschnittsstudie mit Fragebogenerhebungen in zwei Teilen an

Patienten und Rheumatologen durchgeführt.

Patientenbefragung

Vierhundert konsekutive Patienten mit RA oder AS, die in 10 rheumatologischen Praxen bzw. Ermächtigungssambulanzen im Regionalen Kooperativen Rheumazentrum Halle betreut wurden, erhielten einen pseudonymisierten Fragebogen. 204 Patienten mit RA und 47 mit AS gaben auswertbare Fragebögen zurück (Antwortrate 65%). Die Patientenmerkmale sind in **Tab. 1** dargestellt.

Der standardisierte Patientenfragebogen umfasste 61 Fragen zu den Bereichen Soziodemographie, Krankheitsaktivität und -folgen, ärztliche und medikamentöse Behandlung, physikalisch-medizinische und rehabilitative Versorgung. Soweit wie möglich wurden Fragen der Kerndokumentation verwendet und in Abstimmung mit der Projektgruppe Rehabilitation des Rheumazentrums Halle ergänzt.

Als Indikator für die Aktivitäten des täglichen Lebens wurde die Funktionskapazität nach dem Funktionsfragebogen Hannover (FFBH) Version PR für Gelenk- und Rückenerkrankungen erhoben [12] und in 3 Kategorien der Einschränkung eingeteilt: ausgeprägt (FFBH ≤50),

mittelgradig (FFBH >50 bis ≤70) und geringgradig (FFBH >70).

Rheumatologenbefragung

Über die Geschäftsstelle der Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRH) wurden an alle vertragsärztlich tätigen Mitglieder der Fachgesellschaft anonym auszufüllende Fragebögen mit 32 Fragen verschickt. Die Auswertungen beziehen sich auf 117 von 332 (35%) angeschriebenen internistischen Rheumatologen, die nach zwei Erinnerungen antworteten. Ihre Charakteristika sind in **Tab. 2** dargestellt.

Der standardisierte Fragebogen, der in Zusammenarbeit mit der DGRH-Kommission Rehabilitation und Sozialmedizin erstellt wurde, beinhaltete Fragen zu Tätigkeitsbereich, Gebietsbezeichnung, Zusatzweiterbildungen, Verordnungen, Heilmittelrichtgrößen sowie Rehabilitationsbedarf und -maßnahmen bei den eigenen Patienten.

Bei den Analysen zum Rehabilitationsbedarf und zur -beantragung wurden den Rheumatologen mit rehabilitationsbezogener Qualifikation (Gebietsbezeichnung, Zusatzweiterbildung bzw. -qualifikation in mindestens einem der folgenden Bereiche: physikalische und rehabilitative Medizin, physikalische Therapie und Balneologie, manuelle Therapie/Chirotherapie, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen) diejenigen ohne diese Qualifikation gegenübergestellt.

Aufklärung, Datenschutz, Statistische Auswertung

Die Patienten und Rheumatologen wurden schriftlich ausführlich über die Studie und die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen aufgeklärt und um die schriftliche Einverständniserklärung gebeten. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg bewilligt. Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe von SPSS Version 12.0 Zur Berechnung wurden Verfahren der deskriptiven Statistik angewandt, sowie der t-Test für die Unterschiedsprüfung kontinuierlicher Variablen bei unabhängigen Stichproben.

Ergebnisse

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Bedarf, Beantragung und Durchführung

Der Rehabilitationsbedarf wurde seitens der internistischen Rheumatologen mit erheblichen interindividuellen Unterschieden im Median bei der Minderheit der eigenen Patienten angegeben, bei AS häufiger als bei RA (40% vs. 25%; **Abb. 1**). Die Ärzte mit und ohne weitere rehabilitationsbezogene Qualifikation schätzten den Reha-Bedarf bei RA-Patienten ähnlich hoch ein. Im Median wurde nur von 40% der RA-Kranken und 50% der AS-Patienten, die von den Rheumatologen als rehabilitationsbedürftig eingeschätzt wurden, tatsächlich diese Leistungen beantragt. Von den Rheumatologen mit rehabilitationsbezogener Qualifikation lagen die mittleren Anteile der Reha-Beantragungen mit 50% der rehabilitationsbedürftigen RA- und AS-Patienten höher als bei denen ohne diese Zusatzqualifikation (35%). Eine Ablehnung dieser Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei RA oder AS wurde häufiger durch die Krankenversicherung (Median 25%) als durch die Rentenversicherung (Median 10%) und tendenziell seltener von Rheumatologen mit rehabilitationsbezogener Qualifikation angegeben.

➤ **Nur 40–50% der Bedürftigen beantragen eine Reha**

Im Mittel wurde nur die Hälfte der Rheumatologempfehlungen zur Klinikauswahl von den Leistungsträgern berücksichtigt, tendenziell seltener bei fehlender Reha-Zusatzqualifikation. 58% der Rheumatologen würden mehr Reha-Maßnahmen empfehlen, wenn sie mehr Einfluss auf die Wahl der Einrichtung hätten. Nach Einschätzung der Rheumatologen profitierten weitaus die meisten Patienten von durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen, AS-Patienten mit im Median 80% etwas häufiger als RA-Patienten (70%; **Abb. 1**). Allerdings waren 54% der Rheumatologen der Ansicht, dass Ärzte der Reha-Einrichtungen zu selten

Z Rheumatol 2008 · 67:542–553 DOI 10.1007/s00393-008-0318-1
© Springer Medizin Verlag 2008

W. Mau · A. Müller

Rehabilitative und ambulante physikalisch-medizinische Versorgung von Rheumakranken. Ergebnisse der Befragungen von Patienten mit rheumatoider Arthritis oder ankylosierender Spondylitis und Rheumatologen

Zusammenfassung

Sowohl aus der Perspektive von Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis (RA) oder ankylosierenden Spondylitis (AS) als auch von internistischen Rheumatologen wurde die aktuelle rehabilitative und ambulante physikalisch-medizinische Versorgung untersucht. An zwei Fragebogenerhebungen dazu beteiligten sich im Jahr 2007 204 ambulante Patienten mit RA und 47 mit AS aus dem Rheumazentrum Halle sowie 117 internistische Rheumatologen aus dem gesamten Bundesgebiet.

Physikalisch-medizinische und psychologische Behandlungen sowie Patientenschulungen werden von Patienten und Rheumatologen überwiegend positiv bewertet. Ihre ambulante Verordnung ist aber vor allem durch geringe Heilmittelrichtgrößen sowie andere Limitierungen erheblich eingeschränkt. Diese Angebote sind zwar Bestandteile der Leistungen zur medizinischen Reha-

bilitation, dennoch wird der Rehabilitationsbedarf von den Rheumatologen unterschiedlich beurteilt. Wichtige Gründe gegen die Rehabilitation sind zurückhaltende Antragstellung der Patienten, hoher bürokratischer Aufwand, Antragsablehnungen und geringer Einfluss auf die Klinikauswahl. Bei einem erheblichen Teil der Kranken erfolgen trotz ausgeprägter Funktionseinschränkungen weder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation noch ambulante physikalisch-medizinische und psychologische Interventionen oder Patientenschulungen. Aus den Daten werden konkrete Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung abgeleitet.

Schlüsselwörter

Rehabilitation · Ambulante physikalisch-medizinische Therapie · Rheumatologische Versorgung · Rheumatoide Arthritis · Ankylosierende Spondylitis

Rehabilitation and outpatient physiotherapy in rheumatic disease patients. Results of cross-sectional studies of patients with rheumatoid arthritis or ankylosing spondylitis and rheumatologists

Abstract

Rehabilitation and outpatient physiotherapy were investigated from the perspectives of patients suffering from rheumatoid arthritis (RA) or ankylosing spondylitis (AS) and of rheumatologists. In 2007, 204 outpatients with RA and 47 with AS at the Arthritis Center in Halle, Germany, and 117 rheumatologists from all over the country participated in two questionnaire surveys. Patients and rheumatologists gave predominantly positive judgments of physiotherapy, psychological interventions, and patient education programs. However, outpatient care including these interventions was judged to be mainly limited by fixed budgets and other formal restrictions. Even though these therapeutic options are part of (primarily inpatient) rehabilitation programs, the estimate of the need for mul-

tidisciplinary rehabilitation programs varied widely among the rheumatologists. Significant objections against rehabilitation include reluctance of the patients, administrative burdens for the physicians, payers' rejections, and limited choice of rehabilitation clinic. Despite major functional limitations, a substantial portion of the patients received no multidisciplinary medical rehabilitation, outpatient physiotherapy, psychological interventions, or patient education. Recommendations for the improvement of care are derived from these data.

Keywords

Rehabilitation · Outpatient physiotherapy · Rheumatologic care · Rheumatoid arthritis · Ankylosing spondylitis

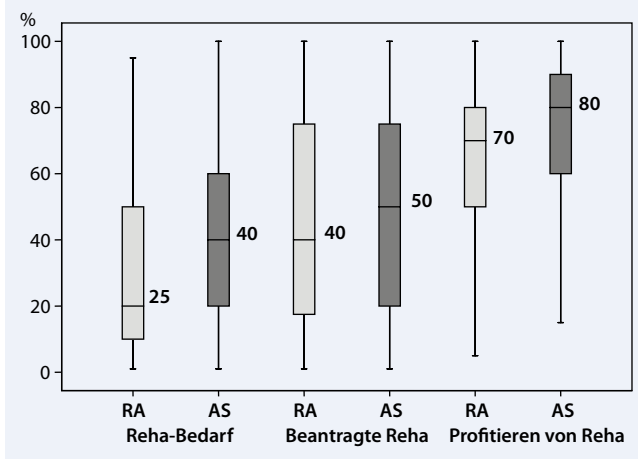


Abb. 1 ▲ Von internistischen Rheumatologen geschätzte Anteile der eigenen RA- und AS-Patienten in den letzten 4 Jahren mit Reha-Bedarf (ganztätig, Regeldauer 3 Wochen), Reha-Beantragungen unter den Reha-Bedürftigen bzw. Anteil der Patienten, die in den letzten 4 Jahren von Reha profitierten (Boxplot-Darstellung mit Minimum, 1. Quartil, Median, 3. Quartil, Maximum)

Kontakt mit ihnen aufnehmen, vor allem bezüglich Fragen zum Krankheitsverlauf, zur Medikation/Therapieumstellung sowie zu sozial- und arbeitsmedizinischen Problemen.

Trotz stark ausgeprägter Funktionseinschränkung erhielten 11% der AS-Patienten und sogar 38% der RA-Patienten bisher keine stationäre Rehabilitation (■ **Abb. 2**). In den Gruppen mit mittlerer bzw. geringer Funktionseinschränkung nahmen bisher 44% bzw. 52% der AS-Patienten keine stationäre Rehabilitation in Anspruch gegenüber sogar 48% bzw. 70% der RA-Patienten.

Gründe gegen Leistungen zur Rehabilitation

Aus Sicht der Rheumatologen waren die häufigsten Gründe gegen eine Rehabilitationsmaßnahme Ablehnungen seitens der Patienten (57%) bzw. der Leistungsträger (30%) gefolgt von zu hohem bürokratischem Aufwand, zu geringer Krankheitsausprägung, zu hohem Alter und zu schwerer Komorbidität bei jeweils zwischen 20 und 30% (Mehrfachnennungen).

Von den Patienten mit RA oder AS wurden demgegenüber insgesamt selten konkrete Gründe gegen eine Rehabilitationsmaßnahme angegeben. Zu den häufigsten subjektiven Hinderungsgründen zählten zwischen 10 und 20% zu geringe Krankheitsausprägung und häusliche Bindung, 13% der RA-Patienten sahen finanzielle Gründe als vordergründig. Unter

10% aller Patienten nannten zu starke Beschwerden, Probleme mit dem Arbeitsplatz sowie fehlende Unterstützung seitens der Ärzte oder Angehörigen.

Ambulant verordnete nicht-medikamentöse konservative Behandlungen

Einschätzung der Wichtigkeit und Effektivität

Vor allem die Bedeutung funktionsorientierter Maßnahmen wie Krankengymnastik und Funktionstraining/Reha-Sport sowie Patientenschulungen wurde seitens der Rheumatologen bei beiden Patientengruppen für wichtig gehalten (■ **Abb. 3**). Ergotherapie wurde bei RA höher als bei AS und Massage bei AS höher als bei RA bewertet.

Die beiden Patientengruppen beurteilten Ergotherapie und Massage ähnlich positiv (■ **Abb. 4**). Dagegen wurden Schulungsprogramme von AS-Patienten tendenziell als nicht so effektiv angesehen wie von RA-Patienten. Die Patienten schätzten Massagen, Elektrotherapie, sowie Bäder/Packungen tendenziell höher ein als Rheumatologen. Während sowohl Rheumatologen als auch Patienten Krankengymnastik und Funktionstraining hoch bewerteten, wurden Patientenschulungen und psychologischen Hilfen dispreparat beurteilt.

Häufigkeit ambulanter Verordnungen

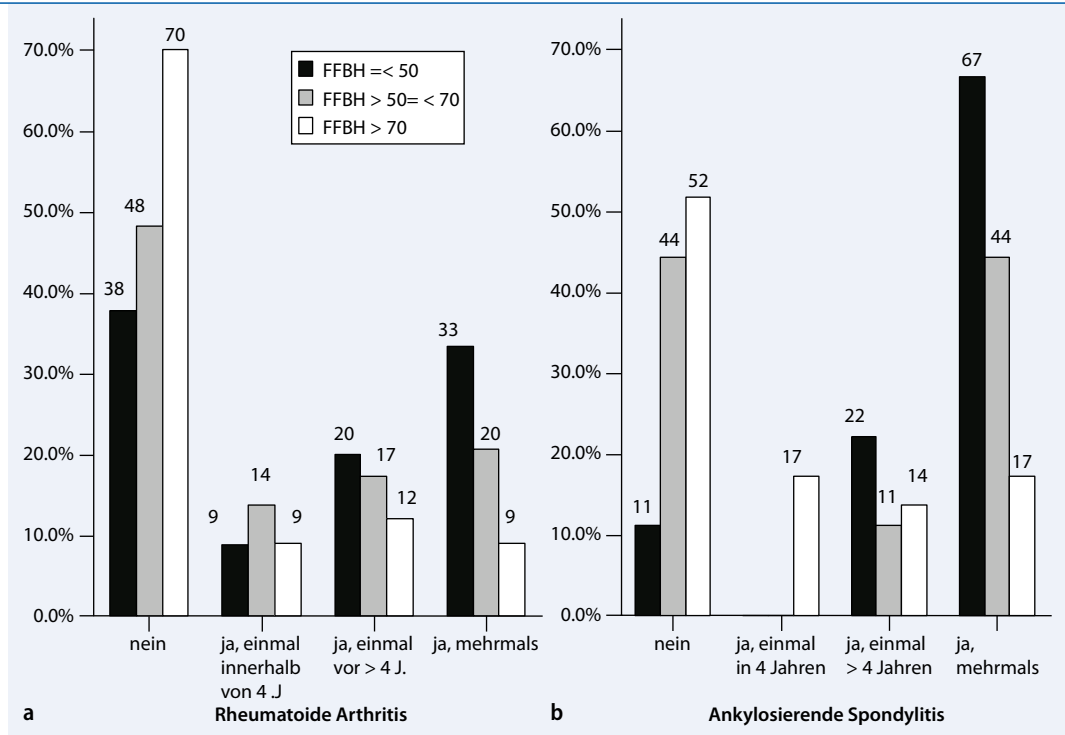
Die Häufigkeit der Verordnung von nicht-medikamentösen Behandlungen im letzten Quartal variierte erheblich zwischen den internistischen Rheumatologen im Bundesgebiet. Die Einzelkrankengymnastik als häufigste Behandlung wurde im Median bei 25% der eigenen RA-Patienten (1. Quartil 10%; 3. Quartil 45%) und bei im Median 48% der AS-Patienten verordnet (1. Quartil 20%; 3. Quartil 81%; ■ **Abb. 5**). AS-Patienten erhielten auch etwas mehr Wassergymnastik, Massagen und Bäder/Packungen, allerdings keine Ergotherapie, Patientenschulungen und psychologische Hilfen.

Bei der Patientenbefragung im Rheumazentrum Halle konnte der Funktionsstatus bei den Verordnungen berücksichtigt werden (■ **Abb. 6**). Nur bei 31% der funktionell schlechtesten RA-Patienten bzw. 22% der mittelgradig eingeschränkten wurde Einzelkrankengymnastik in den letzten 12 Monaten verordnet. Andere funktionsorientierte Interventionen wie Ergotherapie und Funktionstraining/Rehabilitationssport erfolgten bei jeweils 11% der funktionell ungünstigsten Gruppe bzw. 2–4% der weniger ausgeprägt behinderten Patienten. Psychologische Hilfen oder Patientenschulung kamen in allen Subgruppen zwischen 0–4% zum Einsatz. Jeder 5. bzw. 4. Patient mit starker bzw. mittlerer Funktionseinschränkung und fast die Hälfte der weniger betroffenen RA-Kranken erhielten in den letzten 12 Monaten keine der in ■ **Abb. 6** dargestellten Behandlungen.

Insgesamt haben 25% aller RA- und 17% der AS-Patienten in den letzten 12 Monaten keine ambulanten oder stationären Heilmitteln, Schulungen und psychologischen Hilfen erhalten und bisher niemals an ambulanten oder stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation teilgenommen. In den beiden Untergruppen der besonders schwer bzw. mittelgradig eingeschränkten RA-Kranken betrifft dies 16% bzw. 19%.

Hausärzte waren die häufigsten Verordner der nichtmedikamentösen Behandlungen bei einem Drittel der RA-Patienten, ohne dass ein nennenswerter Einfluss der funktionellen Beeinträchtigung

Abb. 2 ▶ Patientenangaben zur Häufigkeit stationärer medizinischer Rehabilitation bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (a) bzw. ankylosierender Spondylitis (b) differenziert nach Funktionskapazität (FFBH Funktionsfragebogen Hannover)



festzustellen war (Tab. 3). Nur 22% der RA-Patienten bekamen die Mehrzahl ihrer Verordnungen vom internistischen Rheumatologen.

Finanzielle Rahmenbedingungen der Verordnung

Die ambulante Verordnungsmöglichkeit wird besonders für internistische Rheumatologen durch Heilmittelrichtgrößen stark eingeschränkt. Auf insgesamt niedrigem Niveau unterscheiden sich die Heilmittelrichtgrößen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland erheblich zwischen ca. 2–17 Euro pro Patient und Quartal. Nach Angaben der Rheumatologen kam es bei 58% der Befragten zu Überschreitungen des Richtgrößenvolumens in den letzten 12 Monaten (bei einem Drittel in erheblichem Ausmaß), während nur bei 12% Regressforderungen gestellt wurden (Tab. 4).

Die Frage, ob Heilmittel, Patientenschulungen und psychologischen Hilfen bei Patienten mit RA oder AS weniger verordnet wurden als medizinisch sinnvoll ist, haben nur 19% der Rheumatologen eindeutig verneint, während 62% deutlich zustimmend antworteten (5–10 auf einer numerischen Rating-Skala von 0= nein, gar nicht bis 10= ja, erheblich). Zu den vorrangig davon betrof-

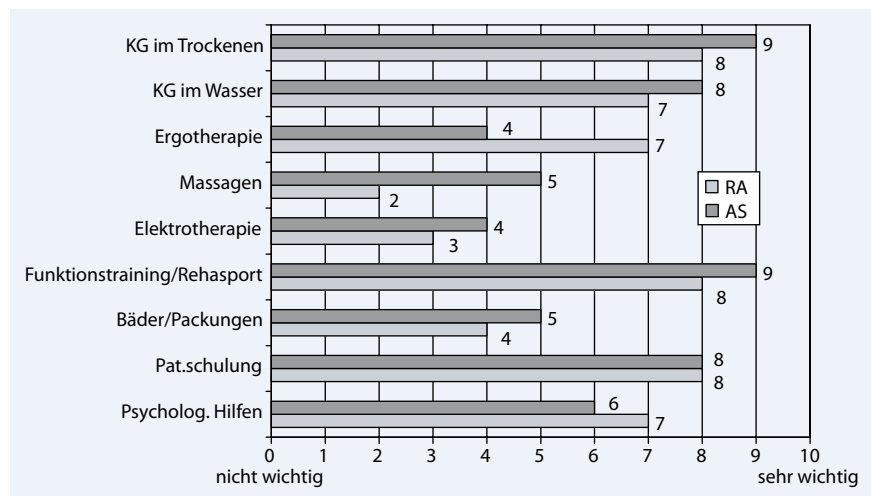


Abb. 3 ▲ Mittlere Einschätzung von 116 Rheumatologen zur Wichtigkeit einzelner Behandlungen bei ankylosierender Spondylitis (AS) und rheumatoider Arthritis (RA; <0,05 für alle Vergleiche außer Patientenschulung)

fenen Behandlungen gehören Krankengymnastik, Ergotherapie, Massagen und Gruppentherapie.

Zwanzig Prozent der RA-Kranken und 30% der AS-Patienten mit ausgeprägten Funktionseinschränkungen haben den Eindruck, nichtmedikamentöse Behandlungen, die sie benötigen, nicht zu erhalten. Als wesentliche Gründe dafür nannten die Patienten die Verordnungsbeschränkungen des Arztes und ausdrückliche Ablehnungen seitens der Kostenträger.

Diskussion

Seit Einführung relevanter Rahmenbedingungen wie Rehabilitations- und Heilmittelrichtlinien sowie Heilmittelrichtgrößen wird in diesem Beitrag erstmals die aktuelle rehabilitative und ambulante physikalisch-medizinische Versorgung sowohl aus Sicht der internistischen Rheumatologen als auch der Patienten verdeutlicht.

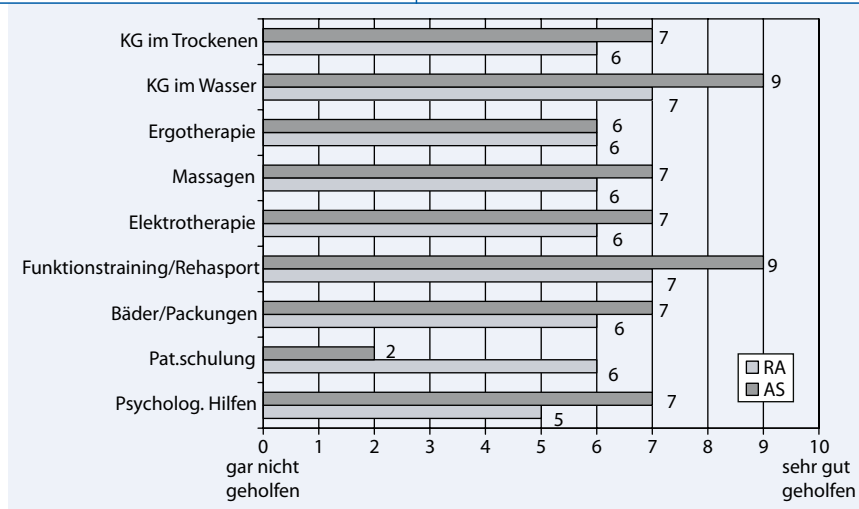


Abb. 4 ▲ Mittlere Patienteneinschätzung der Effektivität einzelner in den letzten 12 Monaten erhaltener Behandlungen bei **a** rheumatoider Arthritis und **b** ankylosierender Spondylitis

Reha-Bedarf und Reha-Durchführung

Der Rehabilitationsbedarf der eigenen Patienten wurde von den befragten Rheumatologen im Bundesgebiet sehr unterschiedlich eingeschätzt. Im Mittel wurde Reha-Bedarf bei der Minderheit gesehen, tendenziell häufiger bei AS- als bei RA-Patienten. Dies entspricht den Ergebnissen einer im Jahre 2000/01 in Niedersachsen durchgeführten Studie zur Reha-Bedarfsbeurteilung von internistischen Rheumatologen bei der Gesamtheit ihrer Patienten [11, 15]. Sie steht im Kontrast zur weit überwiegend positiven Beurteilung durchgeführter Rehabilitationsmaßnahmen sowohl durch die Rheumatologen der vorliegenden Studie als auch der Betroffenen der früheren Untersuchungen [15].

Die Anwendung der ICF-Terminologie wird bei Antragstellung erwartet

Es liegt nahe, dass die ärztliche Gesamteinschätzung des Bedarfs mit der eigenen Erfahrung im Rehabilitationsbereich zusammenhängt. Während in einer 1995 publizierten Studie rehabilitationserfahrene Ärzte einen besonders hohen Reha-Bedarf sahen [16], konnte in der vorliegenden Studie kein sicherer Einfluss einer rehabilitationbezogenen Qualifikation der Rheumatologen festgestellt werden. Allerdings wurde der Anteil der Reha-

Beantragungen von den Rheumatologen mit rehabilitationsbezogener (Zusatz-) Weiterbildung um 15% höher als bei den Rheumatologen ohne diese Qualifikation angegeben. Möglicherweise könnte dies dadurch bedingt sein, dass im Rehabilitationsbereich qualifizierte Rheumatologen Reha-Beartragungen bei aus ihrer Sicht Reha-bedürftigen RA- und AS-Patienten besonders nachdrücklich und erfolgreich unterstützen. Dazu gehört auch die Kenntnis und Anwendung der grundlegenden ICF-Terminologie im Kontext der Rehabilitation [4, 19]. Gerade auch von Rheumatologen, die eine Koordinationsfunktion für alle Versorgungsprozesse von Rheumakranken ausüben, werden Kenntnisse von Abläufen in der Rehabilitation und eine differenzierte Begründung der Reha-Indikation auf der Grundlage der ICF erwartet. Dies ist z. B. in den Rehabilitationsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen als Voraussetzung für die Bewilligung von Reha-Anträgen eindeutig festgelegt [7].

Gründe gegen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Aus Sicht der Rheumatologen im Bundesgebiet ist die Ablehnung der Patienten der häufigste Grund gegen eine Rehabilitation. Dies entspricht Ergebnissen einer 2004 durchgeführten Befragung von RA-Kranken im erwerbsfähigen Alter in Norddeutschland, die über Daten

der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) identifiziert wurden: Die Hälfte von ihnen war nicht zur Teilnahme an einer Reha-Maßnahme bereit [17]. Da sich unter Patienten einer Rheumaambulanz 2000/01 in Hannover nur wenige Patienten gegen die Rehabilitation aussprachen [15], ist nicht sicher zu beurteilen, ob sich im Zeitverlauf ein Einstellungswandel vollzogen hat oder ob unterschiedliche Patientenselektionen und Informationen über die Rehabilitation die differenten Daten erklären können. Die Patienten im Rheumazentrum Hannover, in dem auch eng mit Rehabilitationseinrichtungen kooperiert wird, wurden von Rheumatologen betreut und beraten. Demgegenüber wurden die GKV-Versicherten im norddeutschen Projekt (auch) von Nichtspezialisten ambulant versorgt und durch Krankenkassenmitarbeiter hinsichtlich der Rehabilitation beraten. Die Bedeutung einer überhaupt stattfindenden Reha-Beratung wurde daran erkennbar, dass die Beantragung von RA-bezogenen Reha-Maßnahmen durch die Rentenversicherung bei 48% deutlich häufiger erfolgte als in der nicht beratenen Gruppe (6%) [17].

In der vorliegenden Studie wurde zwar die grundsätzliche Bereitschaft der Patienten zur Reha-Teilnahme nicht explizit erfragt, konkrete Hinderungsgründe wurden von den Betroffenen allerdings selten genannt. Nach Angaben der Patienten und der Rheumatologen stellt die geringere Krankheitsausprägung einen wichtigen Grund gegen Reha dar und kann den seltenen subjektiven Reha-Bedarf teilweise erklären. Dies ist zum Teil sicher nachvollziehbar und akzeptabel, da erhebliche Fortschritte der rheumatologischen, insbesondere medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren zu verzeichnen sind. Andererseits verbleibt trotz intensiver medikamentöser Therapie ein beträchtlicher Teil von nicht dauerhaft remittierten und funktionell mehr oder weniger eingeschränkten Patienten [13]. Grundsätzlich sind bei ausbleibender Remission auch und gerade bei (noch) geringen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten funktionsorientierte und weitere rehabilitative Maßnahmen häufig indiziert, um der drohenden bzw. weiter fortschreitenden Behinderung und Erwerbs-

Hier steht eine Anzeige.



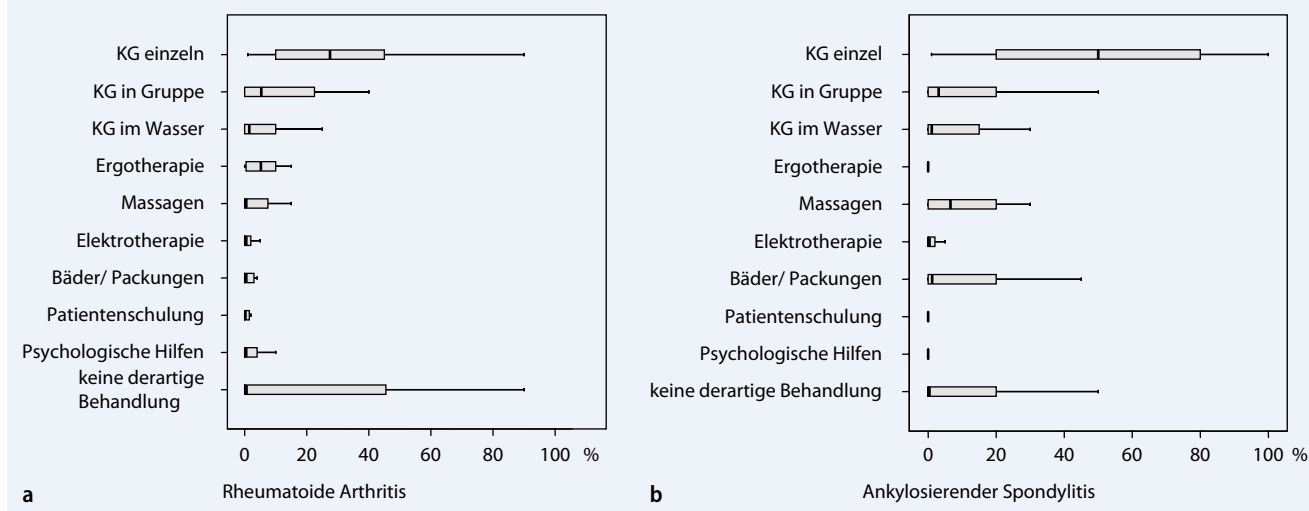


Abb. 5 ▲ Rheumatologenangaben zum Anteil eigener Patienten mit rheumatoider Arthritis (a) bzw. ankylosierender Spondylitis (b) mit selbst durchgeführten Verordnungen im letzten Quartal (FFBH Funktionsfragebogen Hannover)

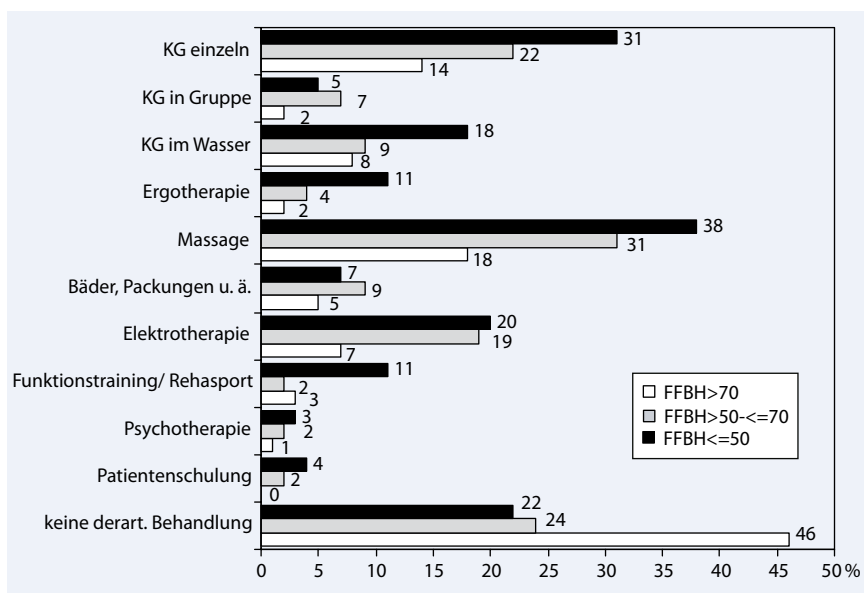


Abb. 6 ▲ Angaben von Patienten mit rheumatoider Arthritis zur ambulanten Verordnung einzelner Behandlungen in den letzten 12 Monaten differenziert nach Funktionskapazität (FFBH Funktionsfragebogen Hannover)

minderung rechtzeitig entgegen zu wirken [10].

Auch wenn viele Rheumatologen rehabilitative Interventionen bei entsprechender Indikation für sinnvoll halten, stellen für sie der hohe bürokratische Aufwand, die häufige Ablehnung der Leistungsträger und der geringe Einfluss auf die Klinikauswahl relevante Hürden dar. Die besonders geringe Bewilligung von Reha-Leistungen der GKV ist nicht nur durch die Daten dieser Studie belegt. Bei einem mittleren Alter der RA-Kranken von 58 Jahren nach der Kerndoku-

mentation der Rheumazentren und dem weit überwiegenden Frauenanteil dürfte die Krankenversicherung für die Mehrheit dieser Patienten der zuständige Rehabilitationsträger sein. Tatsächlich wurden nach Angaben des Bundesverbands der Allgemeinen Ortskrankenkassen (mit einem Anteil von 35% die größte Gesetzliche Krankenkasse mit überdurchschnittlich hohem Anteil von älteren Versicherten) von der AOK im Jahr 2005 bundesweit nur 770 stationäre Rehabilitationsmaßnahmen wegen RA durchgeführt im Vergleich zu 4117 Rehabilitationsmaß-

nahmen der GRV [10]. Bundesweite und öffentlich zugängliche GKV-Daten zu allen Anträgen, Bewilligungen und Durchführungen von Reha-Leistungen – und alternativen niederschweligen Angeboten im In- und Ausland, die nicht dem gemeinsamen Qualitätssicherungsprogramm für die Rehabilitation der GRV und GKV unterliegen – sind nicht vor 2009 nach Etablierung des neuen Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu erwarten. Sie sind dringend einzufordern, um auf der Grundlage von transparenten Versorgungsprozessen notwendige Entscheidungen zu treffen.

Bei schlechter Funktionskapazität ist der Auftrag der rehabilitativen Versorgung wohl am wenigsten von der Hand zu weisen, entweder um den Folgen einer Krankheit/Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken (Zuständigkeitsbereich der GRV nach § 9, Abs. 1 SGB VI) oder – wenn die GRV nicht zuständig ist – um eine Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folge zu mildern (Zuständigkeitsbereich der GKV nach § 11, Abs. 2 SGB V). Vor diesem Hintergrund erscheint der Anteil von 38% dieser RA-Patienten hoch, die bei einer mittleren Krankheitsdauer von 15 Jahren bisher noch nie an einer Rehabilitation teilgenommen haben. Diese Ergebnisse sind keine Besonderheit im untersuchten Rheumazentrum, sondern entsprechen den bundesweiten Daten der

Kerndokumentation, nach denen ca. 30% der RA-Patienten mit ausgeprägter Funktionseinschränkung bisher keine Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen haben [20].

Die Kommunikation zwischen Reha-Ärzten und den zuweisenden Kollegen ist zu verbessern

Verbesserungsfähig ist aus Sicht der Rheumatologen auch die von der Hälfte als zu selten bezeichnete Kommunikation mit den Ärzten der Reha-Einrichtung z. B. bezüglich Fragen zur Medikation/Therapieumstellung. In der früheren Rheumatologenbefragung wurde die Umstellung der eigenen Therapie ebenfalls kritisch erwähnt, obgleich sie gegenüber anderen Hinderungsgründen weniger relevant war [15].

Als Hemmnis wurden von RA- und AS-Patienten genannt, sich von der gewohnten Umgebung zu trennen. Vor diesem Hintergrund ist der Ausbau wohnortnaher ambulanter Reha-Angebote zu diskutieren. Vor allem außerhalb von Ballungszentren ist allerdings die auch erfahrungsbegründete Kompetenzbildung des Reha-Teams für Patienten mit den insgesamt niedrig prävalenten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen in überregionalen Reha-Zentren ein wesentlicher Vorteil [10].

Seltener wurden finanzielle und arbeitsplatzbezogene Hinderungsgründe bestätigt, die bereits in früheren Untersuchungen benannt wurden [15, 17]. Im Zusammenhang mit den geäußerten finanziellen Hinderungsgründen sind weitere Erleichterungen bei der Eigenbeteiligung zu diskutieren, aber primär ausreichende Informationen der Patienten über die bereits existierenden Möglichkeiten zur Befreiung bzw. Minderung der Zuzahlung (<http://www.driv-bund.de> Suche: Zuzahlung).

Effektivität einzelner rehabilitativer Behandlungen

Die einzelnen Therapieverfahren in der Rehabilitation wurden seitens der internistischen Rheumatologen zum größten Teil hoch bewertet. Dies entspricht den Empfehlungen verschiedener Experten-

Tab. 3 Angaben von 118 Patienten mit rheumatoider Arthritis zum verordnenden Arzt bei der Mehrzahl der in den letzten 12 Monaten erhaltenen ambulanten Heilmittelbehandlungen

Verordnender Arzt	FFBH ≤50	FFBH >50 bis ≤70	FFBH >70	RA gesamt
Hausarzt	31%	37%	32%	33%
Internistischer Rheumatologe	25%	21%	21%	22%
Andere Internisten	5%	–	2%	2%
Orthopädischer Rheumatologe	31%	18%	36%	29%
Andere Orthopäde	8%	24%	9%	14%

RA rheumatoide Arthritis, FFBH Funktionsfragebogen Hannover.

Tab. 4 Angaben von 117 internistischen Rheumatologen zur Häufigkeit von Überschreitungen des Richtgrößenvolumens und Regressforderungen im Heilmittelbereich in den letzten 12 Monaten

	Überschreitung des Richtgrößenvolumens	Regressforderungen
Nein	42%	88%
Leicht	11%	0%
Mittel	14%	5%
Erheblich	33%	7%

gruppen und den Ergebnissen eines Vergleichs verschiedener Vertragsarztgruppen [8, 11, 18, 21]. Während auch die Patienten Krankengymnastik und Funktionstraining/Reha-Sport sehr günstig einstufen, gab es Unterschiede in der Einschätzung von Patientenschulungen und psychologischen Hilfen. Insbesondere AS-Kranke sahen Patientenschulungskurse als wenig effektiv an. Dies könnte an fehlenden Erfahrungen mit den Patientenschulungen in dieser Gruppe liegen, da sie später als das RA-Schulungsprogramm entwickelt und etabliert wurden. Jedenfalls wurde bei AS-Patienten, die an einer Schulung teilnahmen, eine hohe Akzeptanz nachgewiesen [1].

Ambulante Verordnung

Angesichts des Gegensatzes zwischen der hohen Bewertung zahlreicher einzelner Reha-Elemente sowohl durch Rheumatologen als auch Patienten und den vorliegenden Hinweisen auf Unterinanspruchnahme der Reha in dieser Studie und anderen Untersuchungen [10] stellt sich die Frage der ambulanten Versorgung mit diesen Behandlungen. Auch in diesem Versorgungssektor deuten die Ergebnisse auf Defizite bei der Verordnung von Heilmitteln, Patientenschulungen und psy-

chologischen Hilfen. Auffällig ist dabei die erhebliche Praxisvariation zwischen den Rheumatologen, die aus den Daten der Kerndokumentation der Rheumazentren bisher vor allem für die medikamentöse Behandlung diskutiert wurde. In der vorliegenden Studie betrug der Interquartilabstand für Einzelkrankengymnastik-Verordnungen im letzten Quartal 10–45% bei eigenen RA-Patienten und 20–81% der AS-Patienten.

Die Höhe dieser Variation ist kaum durch Patientenunterschiede bez. des Versorgungsbedarfs erklärbar. Jedenfalls zeigt die Patientenbefragung, dass von besonders schwer- bzw. mittelgradig eingeschränkten RA-Patienten im Jahr 2007 nur 31% bzw. 22% Einzelkrankengymnastik, 11% bzw. 2% Funktionstraining/Reha-Sport und 11% bzw. 2% Ergotherapie in den letzten 12 Monaten erhielten. Im Zusammenhang mit der geringen Häufigkeit des von Patienten und Ärzten sehr hoch geschätzten Funktionstrainings und Reha-Sports ist die deutliche zeitliche Begrenzung der Leistungsdauer auf 12, maximal 24 Monate trotz ihrer ausdrücklichen gesetzlichen Anerkennung als Pflichtleistung relevant [3]. Für Patientenschulungen und psychologische Unterstützung ist die ambulante Versorgung noch ungünstiger. Die Erstattung von ambulanten Leis-

tungen im Rahmen der Patientenschulung seitens der GKV erfolgt noch immer nicht regelhaft. Bei fast einem Viertel der schwer oder mittelgradig sowie der Hälfte der geringer eingeschränkten RA-Patienten erfolgte in den letzten 12 Monaten keine ambulante Verordnung von Heilmitteln, Patientenschulungen oder psychologischen Hilfen.

Die geringe Verordnungshäufigkeit kann nicht mit einer Ausnahmesituation im Rheumazentrum Halle erklärt werden, auch wenn regionale Unterschiede z. B. bei den Heilmittelrichtgrößen der Kassenärztlichen Vereinigungen Folgen zeigen können (s. unten). Die Ergebnisse entsprechen weitgehend den bis zum Jahr 2004 vorliegenden bundesweiten Daten der Kerndokumentation mit deutlich rückläufigen Verordnungen sämtlicher Heilmittel außer Einzelkrankengymnastik [20]. Da aktuelle Kerndokumentationsdaten noch nicht vorliegen und die Verordnungsmöglichkeiten danach weiter limitiert wurden, ist ein direkter Vergleich mit früheren Daten eingeschränkt.

Heilmittelverordner und ihre finanziellen Rahmenbedingungen

Die Mehrzahl der ambulanten Heilmittelverordnungen erfolgte durch den Hausarzt gefolgt von Orthopäden mit rheumatologischem Schwerpunkt und erst an 3. Stelle durch internistische Rheumatologen. Bei der häufigen Verordnung durch nicht spezialisierte Ärzte ist zu hoffen, dass auf Grund eigener Kompetenz und/oder guter Kommunikation mit sachkundigen Rheumatologen relevante Informationen zu individuellen Patientenproblemen, Zielstellungen und Durchführung der Heilmittelbehandlung die Therapeuten erreichen. Inwieweit dies der Versorgungspraxis entspricht, kann durch diese Studie nicht beantwortet werden.

Ein wichtiger Grund für die häufigere Heilmittelverordnung durch Hausärzte und Orthopäden dürfte deren höheres Richtgrößenvolumen für Heilmittel sein. Die Heilmittelrichtgröße wird von den Rheumatologen in zahlreichen KV-Bezirken auf dem sehr niedrigen Niveau aller Internisten angegeben mit erheblichen regionalen Unterschieden zwischen

2–17 Euro pro Quartal und Patient. In Sachsen-Anhalt liegt die Heilmittelrichtgröße im Jahr 2008 für alle Versicherten einheitlich bei 3,66 Euro für Internisten, 8,04 Euro für Hausärzte und 35,28 Euro für Orthopäden; eine einzige krankengymnastische Einzelbehandlung wird mit 10,49 Euro (AOK) bzw. 12,16 Euro (VDAK) abgerechnet. In einigen KV-Bezirken wurde die Richtgröße für die fachärztlichen Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie ausgesetzt. Die konkreten Auswirkungen sind derzeit noch nicht sicher einschätzbar.

➤ Hausärzte sind die häufigsten Verordner nichtmedikamentöser Behandlungen

Zwischen den KV-Bezirken werden bei deutlichen Überschreitungen des Richtgrößenvolumens für Heilmittel Regressforderungen unterschiedlich praktiziert. 58% der internistischen Rheumatologen gaben Überschreitungen in den letzten 12 Monaten an (ein Drittel in erheblichem Ausmaß), aber nur 12% erhielten Regressforderungen. Vor diesem Hintergrund und dem alltäglichen ärztlichen Spannungsfeld zwischen Sozial- und Zivilrecht ist es einerseits im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots und drohender Sanktionen verständlich, andererseits medizinisch-ethisch bedenklich, dass 62% der Rheumatologen hohe Zustimmungswerte auf die Frage abgeben, ob sie weniger Heilmittel, Schulungen oder psychologische Unterstützung verordnen, als sie für medizinisch sinnvoll halten.

Die regional sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen wie Heilmittelrichtgrößen und praktizierte Regressforderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, aber wahrscheinlich auch die interindividuell differenten Verfahrensweisen der Rheumatologen verdeutlichen Handlungsspielräume, die bei konsequenter Indikationsorientierung u. a. in regionalen Rheumazentren auch gemeinsam gestaltbar sind.

Fazit

Zusammenfassend ergeben sich deutliche Hinweise auf eine Unterinanspruch-

nahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ambulanten Behandlungen aus dem Spektrum der physikalischen Medizin, Patientenschulungen und psychologischen Unterstützung. Daraus lassen sich Empfehlungen ableiten, die sich weitgehend mit dem aktuellen Memorandum der DGRH-Kommission Versorgung [10] decken:

- intensivierte Aufklärung der Betroffenen, der betreuenden Ärzte und der Betriebe,
- rechtzeitige Ausschöpfung der Maßnahmen,
- stärkere Differenzierung und Zugangsoptimierung ambulanter und stationärer Rehabilitationsangebote,
- Minderung finanzieller Belastungen der Patienten z. B. hinsichtlich der Zuzahlungen,
- Umsetzung des gesetzlichen Anspruchs der Rehabilitation als Pflichtleistung im Bereich der GKV,
- Wunsch- und Wahlrecht hinsichtlich der Reha-Einrichtungen auf Basis der Qualitätssicherung,
- Abbau bürokratischer Hürden beim Zugang zur Rehabilitation,
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten der Rehabilitationseinrichtungen und zuweisenden/weiterbetreuenden Kollegen,
- Bedarfsgerechte Verordnung von Heilmitteln durch internistische Rheumatologen mit
 - konsequenter Ausschöpfung des Richtgrößenvolumens für Heilmittel und ggf. darüber hinaus Begründung von Praxisbesonderheiten,
 - Aufhebung der Kopplung von Richtgrößen der Rheumatologen an die Richtgrößen der gesamten Internistengruppe,
 - Erweiterung der Heilmittelrichtlinien bez. Art, Menge und Kombinationsmöglichkeiten,
- Revision der BAR- (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) Empfehlungen zur Verordnungsdauer von Rehabilitationssport und Funktionstraining nicht allein nach der Diagnose, sondern nach Schwere und Verlauf der individuellen Erkrankung,
- Umwandlung der Patientenschulung von einer Kann-Leistung der GKV in eine Pflichtleistung,

- **Transparenz und Qualitätssicherung für alle Träger und Bereiche der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation), niederschwelliger Alternativenangebote, Heil- und Hilfsmittel bez. Antragstellung/Verordnung, Bewilligung und Durchführung.**

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. W. Mau



Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
06097 Halle/Saale
wilfried.mau@medizin.uni-halle.de

Danksagung. Die Autoren danken den Mitgliedern der Projektgruppe Rehabilitation des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Halle für die Mitwirkung bei der Gestaltung des Patientenfragebogens, den Mitgliedern der Kommission Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie für die wertvollen inhaltlichen Anregungen bei der Rheumatologenbefragung, den Rheumatologen und ihren Praxismitarbeitern im Rheumazentrum Halle für die Unterstützung bei der Patientenbefragung, den Mitarbeitern der Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie für die Unterstützung bei der Befragung der DGRH-Mitglieder und besonders den Patienten und Rheumatologen für die Beantwortung der Fragebögen.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bönisch A, Ehlebracht-König I, Krauth C, Rieger J (2005) Evaluation eines Schulungsprogramms für Patienten mit Spondylitis ankylosans. In: Petermann F (ed) Prädikation, Verfahrensoptimierung und Kosten in der medizinischen Rehabilitation. Roderer, Regensburg pp 51–102
2. Bräuer W, Mau W (2000) Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen im Langzeitverlauf der frühen chronischen Polyarthrit. DRV-Schriften 20: 74–76
3. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2007) Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining. www.bar-frankfurt.de/Empfehlungen. BAR (Stand 16.6.2008)
4. Ehlebracht-König I, Mau W (2008) Rheumatologische Rehabilitation heute: Veranschaulichung an zwei Fallbeispielen. Z Rheumatol (DOI: s00393-008-0319-0)
5. Ewert T, Fuessl M, Cieza A et al. (2004) Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. J Rehabil Med 22–29
6. Gemeinsamer Bundesausschuss (2004) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) <http://www.g-ba.de/pdf/richtlinien/RL-Heilmittel.pdf> (Stand 16.06.2008)

7. Gemeinsamer Bundesausschuss (2004) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-249/RL-Reha-2007-12-20.pdf> (Stand 16.06.2008)
8. Jäckel W, Beyer WF, Droste U et al. (1996) Memorandum zur Lage und Entwicklung der Rehabilitation bei Rheumakranken. Z Rheumatol 55: 410–422
9. Jäckel WH, Mau W, Zink A et al. (2005) Routineberichterstattung zur medizinischen Rehabilitation bei muskuloskeletalen Krankheiten. Z Rheumatol 64: 345–350
10. Kommission Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (2008) Memorandum: Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland. <http://www.dgrh.de/versorgung.html> (Stand 16.6.2008)
11. Kusak G, Mattussek S, Hülsemann JL et al. (2006) Medizinische Rehabilitation bei Patienten mit chronischer Polyarthrit aus Sicht von Vertragsärzten mit unterschiedlicher Spezialisierung. Phys Med Rehab Kuror 16: 9–16
12. Lautenschläger J, Mau W, Kohlmann T et al. (1997) Vergleichende Evaluation einer deutschen Version des Health Assessment Questionnaires (HAQ) und des Funktionsfragebogens Hannover (FFBH). Z Rheumatol 56: 144–155
13. Listing J, Strangfeld A, Rau R et al. (2006) Clinical and functional remission: even though biologics are superior to conventional DMARDs overall success rates remain low—results from RABBIT, the German biologics register. Arthritis Res Ther 8: 66
14. Mau W, Beyer WF, Ehlebracht-König I et al. (2008) Krankheitslast: Erste Routineberichterstattung zu sozialmedizinischen Folgen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen in Deutschland. Z Rheumatol 67: 157–164
15. Mau W, Mattussek S, Kusak G et al. (2004) Einstellungen zur Rehabilitation bei vertragsärztlich tätigen Rheumatologen und Patienten mit chronischer Polyarthrit oder Spondylitis ankylosans. Akt Rheumatol 29: 238
16. Riehemann W, Muthny FA (1995) Was Ärzte von der Rehabilitation halten - eine empirische Untersuchung mit Rheumatologen. Rehabilitation 34: 154–160
17. Schlademann S, Hüppe A, Raspe H (2007) Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie zur Akzeptanz und zu Outcomes einer Beratung auf stationäre medizinische Rehabilitation unter erwerbstätigen GKV-Versicherten mit rheumatoider Arthritis (clinicaltrials.gov identifier NCT00229541). Gesundheitswesen 69: 325–335
18. Schneider M, Lelgemann M, Abholz HH et al. (2007) DGRh-Leitlinie Interdisziplinäre Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis. Steinkopff, Darmstadt
19. Weigl M, Schwarzkopf SR, Stucki G (2008) Anwendung der ICF in der rheumatologischen Rehabilitation. Z Rheumatol (DOI: s00393-008-0320-7)
20. Zink A (2007) Entwicklungen bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen. Fachtagung der Deutschen Rheumaliga: Zukunft der Rehabilitation rheumakranker Menschen 19.10.2007 Berlin. http://www.rheuma-liga.de/home/layout2/page_sta_785.html (Stand 16.06.2008)
21. Zochling J, van der Heijde D, Burgos-Vargas R et al. (2006) ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis 65: 442–452

Best of CME - Innere Medizin
CME-Highlights aus den internistischen Fachzeitschriften des Springer Verlags

Vom 19. bis 22. November 2008 findet in Düsseldorf die diesjährige Medica, das 40. Weltforum der Medizin, statt. Im wissenschaftlichen Kongressprogramm gibt es dieses Jahr ein besonderes Highlight: Vier Spezialisten aus den internistischen Teildisziplinen Diabetologie, Kardiologie, Pneumologie und Gastroenterologie referieren am Donnerstag, dem 20.11.2008, über vier Topthemen der inneren Medizin. Die Vorträge basieren dabei auf herausragenden, aktuellen CME-Beiträgen, die in verschiedenen internistischen Schwerpunktschriften aus dem Programm des Springer Medizin Verlags erschienen sind.

Die wissenschaftliche Leitung der Veranstaltung hat Herr Professor Dr. Werner A. Scherbaum inne, Direktor der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie des Universitätsklinikums Düsseldorf und Präsident der Medica – Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e. V.

Das Programm:

- Einführung: CME bei Springer – Online-Lernen mit Augen und Ohren
- Dr. Paul Herrmann, Heidelberg
- Frühdiagnostik bei Typ-I-Diabetes
- Dr. Peter Achenbach, München
- Plötzlicher Herztod
- Prof. Dr. Hans-Joachim Trappe, Bochum
- Differenzialdiagnose zwischen Asthma und COPD; Prof. Dr. Heinrich Worth, Fürth
- Funktionelle Magen- und Darmkrankungen; Prof. Dr. Hubert Mönnikes, Berlin

Der Termin:

Veranstaltung 221: Best of CME – Innere Medizin
20.11.08, Medica 2008 Düsseldorf
14:30-17:30 Uhr
CCD,Süd, 1. OG, Raum 3

Die Regelfortbildung im Rahmen des DMP, zertifiziert mit 4 Punkten, ist beantragt.

Weitere Informationen:
CME.springer.de
www.medica.de