

Redaktion

J. Wollenhaupt, Hamburg
 A. Zink, Berlin

C. Fiehn

ACURA-Rheumazentrum Baden-Baden

Welche Versorgungsstrukturen werden für ältere Patienten mit rheumatischen Erkrankungen benötigt?

Die demographische Entwicklung in Deutschland macht das Problem der Versorgung einer wachsenden Anzahl von älteren Menschen mit rheumatischen Erkrankungen von Jahr zu Jahr drängender. Lag im Jahr 2010 nach Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums die mittlere Lebenserwartung für Männer noch bei 77,6 und für Frauen bei 82,8 Jahren, so wird sie im Jahr 2050 bei 83,7 bzw. 88,1 Jahren liegen (www.bmg.bund.de). Daraus lässt sich schließen, dass schon im Jahr 2020 je nach Bundesland zwischen 25 und 36% der Bevölkerung über 60 Jahre alt sein werden. Am Beispiel Baden-Württembergs bedeutet das eine 28%ige Steigerung gegenüber dem Jahr 2010. Die muskuloskelettalen Erkrankungen insgesamt, aber auch ein großer Teil der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, nehmen dadurch jedes Jahr zu. Dies liegt v. a. daran, dass die rheumatoide Arthritis (RA), als häufigste Erkrankung aus dieser Gruppe, im späteren Lebensalter besonders häufig erstmals manifest wird.

Mithilfe der neuen Klassifikationskriterien des American College of Rheumatism (ACR) und der European League against Rheumatism (EULAR, [1]) wurde die altersabhängige Inzidenz der RA neu berechnet: Bei einer Auswertung in Großbritannien zeigte sich, dass die RA bei Frauen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren und bei Männern zwischen 65

und 74 Jahren am häufigsten neu auftritt [2]. Dazu kommen die Erkrankungen Polymyalgia rheumatica und Riesenzellarteriitis, die ebenfalls typische rheumatische Erkrankungen des höheren Lebensalters sind.

Überlegungen zur verbesserten Versorgung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen im höheren Lebensalter werden ganz wesentlich von zwei Themenkomplexen bestimmt:

- durch die *Multimorbidität* als einem wichtigen und wesentlich den Ressourcenbedarf bestimmenden Charakteristikum von älteren Rheumapatienten sowie
- durch die *drohende Behinderung*, d. h. durch den dauerhaften und oft irreversiblen Verlust der physischen und psychischen Funktionsfähigkeit bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen, die in einem höheren Lebensalter erkranken oder aber dieses mit einer seit Längerem bestehenden rheumatischen Erkrankung erreichen.

Es ist wichtig zu betonen, dass sowohl Multimorbidität wie auch Behinderung keine exklusiven Probleme von geriatrischen Rheumapatienten sind, sondern durchaus auch jüngere Menschen mit rheumatischen Erkrankungen betreffen. Diese Problemkomplexe sind bei Jüngeren aber geringer im Fokus, zum einen, da die Häufigkeit dieser Probleme niedriger ist, zum anderen aber auch, da diese – oft zum Schaden des Patienten – weniger wahrgenommen werden.

Die systematische Erfassung und Behandlung sowohl von Komorbiditäten wie auch der Risikofaktoren für dauerhafte funktionelle Defizite sind fest etablierte Teile spezifischer geriatrischer Behandlungen. Darüber hinaus werden Themen, die den Behandlungserfolg beeinflussen können, wie soziale Strukturen oder kognitive Defizite, aber auch Medikamentenwechselwirkungen durch Polypharmazie in der Geriatrie regelhaft erfragt, problematisiert und in das Behandlungskonzept mit einbezogen.

Ähnliche systematische Herangehensweisen sind für diese Themen in der Behandlung von Rheumapatienten im jungen oder mittleren Erwachsenenalter kaum etabliert, obwohl sie durchaus relevant sind. Das Bewusstsein für Komorbiditäten, wie kardiovaskuläre Erkrankungen oder Osteoporose bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen, ist zwar in den letzten Jahren erheblich gewachsen, systematische Assessments oder auch Behandlungskonzepte, die regelhaft biopsychosoziale Faktoren wie Compliance oder soziales Umfeld mit einbeziehen, sind im Gegensatz zur Geriatrie aber in der Rheumatologie weiterhin die Ausnahme.

Von der Geriatrie zu lernen, heißt deswegen nicht nur die Versorgungsstrukturen für ältere Patienten mit rheumatischen Erkrankungen zu verbessern, sondern auch die für Jüngere. Wer wird bestreiten, dass z. B. fallbezogene, interdisziplinäre Teambesprechungen, wie sie im akutstationären Bereich für geriatrische frührehabilitative Behandlungen Stan-

dard sind, nicht auch für jüngere Rheumapatienten von Nutzen wären.

Schließlich sollte man betonen, dass unabhängig von der o. g. speziellen Problematik der älteren Patienten die prinzipiellen Regeln der Behandlung rheumatischer Erkrankungen auch bei Älteren gelten. Zwar sind ältere und multimorbide Patienten in klinischen Studien unterrepräsentiert, die existierenden Daten lassen aber nicht den Schluss zu, dass z. B. Therapien mit Biologicals der RA weniger sicher oder wirksam wären [3, 4]. Trotzdem wurde ein Trend festgestellt, dass ältere RA-Patienten weniger Kombinationstherapien mit „disease-modifying anti-rheumatic drugs“ (DMARD) und Biologicals erhalten als jüngere [5]. Um auch älteren Rheumapatienten sinnvolle und notwendige Therapien nicht vorzuenthalten, müssen Versorger älterer Menschen mit rheumatischen Erkrankungen die vollen Möglichkeiten der modernen Rheumatologie anbieten und sinnvoll einsetzen, gleichzeitig aber auch die besonderen Probleme und Therapierisiken in dieser Patientenpopulation beherrschen.

Multimorbidität und deren Berücksichtigung in der Patientenversorgung

Multimorbidität und die daraus resultierende Polypharmazie sind ein typisches Charakteristikum von älteren Patienten mit rheumatischen Erkrankungen [6]. Dazu sind in dieser Zeitschrift erst kürzlich zwei umfassende Übersichten erschienen [7, 8]. Fast zwei Drittel aller Menschen über 65 Jahre sind multimorbid und haben im Durchschnitt sieben chronische Erkrankungen [7].

» Fast zwei Drittel aller Menschen über 65 Jahre sind multimorbid

Rheumapatienten sind von dieser Problematik jedoch noch stärker betroffen. Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) haben z. B. auch in neuen Untersuchungen [9] ein um etwa 50% erhöhtes kardiovaskuläres Risiko im Vergleich zu Nicht-RA-Patienten, was in etwa dem erhöhten Risiko beim Diabetes mellitus entspricht.

Ebenso als sehr problematisch erkannt, wurde inzwischen das Risiko von schweren Infektionen unter dem Einfluss des Alters, der Komorbiditäten und der Medikation. Listing et al. [10] konnten kürzlich anhand von Daten des deutschen RABBIT-Registers (Rheumatoide Arthritis: Beobachtung der Biologika-Therapie) eindrucksvoll zeigen, dass die Rate von schweren Infektionen bei Patienten mit RA anhand von Risikofaktoren berechnet werden kann. Das Alter >65 Jahre ist einer dieser Risikofaktoren, als weitere spielen

- Nierenerkrankungen,
- chronisch pulmonale Erkrankungen,
- eine hohe Rate an Therapieversagen der RA und
- (mit dem stärksten Einfluss) die tägliche Prednisondosis

eine Rolle. Patienten, die alle diese Faktoren vereinen und mehr als 14 mg Prednison/Tag einnehmen, haben bei einer DMARD-Therapie ein gegenüber Kontrollen fast 20-fach, und bei einer zusätzlichen TNF-Inhibitortherapie 45-fach erhöhtes Risiko eine schwere Infektion zu erleiden. Die Autoren haben daraus einen Risikoscore errechnet, mithilfe dessen das individuelle Risiko für Infektionen berechnet werden kann [11].

Komorbiditäten haben darüber hinaus Einfluss nicht nur auf die Sterblichkeit, sondern auch auf das subjektiv empfundene Erleben der Funktionseinschränkung, also der Behinderung, und die Lebensqualität [12, 13].

Nun kann der Rheumatologe die rheumatologische Therapie auch der älteren Rheumapatienten mit Kenntnis der Zusammenhänge so steuern, dass bestimmte Risiken durch Komorbiditäten reduziert werden. Sowohl das Risiko von schweren Infektionen wie auch der kardiovaskulären Ereignisse lässt sich positiv beeinflussen, in dem die Krankheitsaktivität der RA im Verlauf, aber gleichzeitig auch die Prednisondosis möglichst gering gehalten wird. Damit ist auf Dauer auch dem Ziel des Erhalts der Funktion und somit die Vermeidung von Behinderung am Besten gedient.

So sehr der Rheumatologe inzwischen auch geschult ist, Probleme der Multimorbidität bei seinen Therapieentscheidungen zu berücksichtigen, die gene-

relle Problematik der Folgen der Multimorbidität für den Patienten ist aber in den heute präsenten ambulanten Versorgungsstrukturen meist ungenügend abgedeckt. Dies ist für Rheumapatienten besonders problematisch. Die Koordination der vielfältigen Problemfelder bei chronisch kranken Patienten, von der Vermeidung von Übertherapie bei verschiedenen fachärztlichen Medikationen bis zur Kontrolle von z. B. kardiovaskulären Risikofaktoren, liegt meist in den Händen der Hausärzte, d. h. von Allgemeinmedizinern und hausärztlichen Internisten. Diese haben aber ganz besonders mit den Folgen der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin zu kämpfen, u. a. mit der Konsequenz, dass es immer schwieriger wird, noch einen Überblick über die Fachgebiete zu behalten, aber auch durch die Überladung mit Aufgaben verschiedenster Art. Darüber hinaus sinkt die Zahl der Hausärzte kontinuierlich. Nach den Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums (www.bgm-bund.de) waren im Jahr 1993 in Deutschland noch 0,77 Hausärzte pro 1000 Einwohner als Vertragsärzte tätig, im Jahr 2011 waren es nur noch 0,52. Die Zahl der Fachärzte pro 1000 Einwohner stieg dagegen in der gleichen Zeit von 0,69 auf 0,80. Gerade in ländlichen Gebieten, wo für ältere Patienten noch das Problem der weiten Wege hinzukommt, wird es immer schwerer für Hausärzte, zusätzlich die Funktion des Mittlers zwischen den Disziplinen bei chronisch kranken Patienten zu spielen. Die Fachärzte kommen daher bei chronisch kranken Patienten immer mehr selbst in die Rolle, Verantwortung für die Gesamtheit der Probleme des Patienten übernehmen zu müssen. Optimalerweise lässt sich dies in echten interdisziplinären Strukturen verwirklichen, in denen die Expertise der verschiedenen Fachgebiete in gemeinsamen Entscheidungen mündet.

» Interdisziplinarität unter spezialisierten Fachärzten ist ein Ziel, das der Versorgung älterer Rheumapatienten besonders zugute kommt.

Ein multimodales Therapiekonzept mit interdisziplinärer Versorgung ist z. B. ein Kriterium der Strukturqualität von rheu-

matologischen Akutkrankenhäusern [14], die deshalb prädestiniert sind, eine wichtige Rolle bei der Versorgung von älteren Patienten mit rheumatischen Erkrankungen zu spielen. Optimaler-, aber nicht notwendigerweise sind alle Fachgebiete unter einem Dach versammelt. Das erleichtert die Kommunikation und erspart dem Patienten aufwendige Transporte (■ **Tab. 1**).

Im ambulanten Bereich hat der Gesetzgeber seit einigen Jahren mit den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und den §116-Ambulanzen für spezialärztliche Versorgung Strukturen geschaffen, bei denen die Interdisziplinarität institutionalisiert und bei der Gründung Bedingung ist. Die §116b-Ambulanzen sind entweder für seltene oder aber schwere Erkrankungen mit besonderen Verlaufsformen vorgesehen. In Deutschland gibt es nach den Zahlen des Bundesgesundheitsamts 1730 MVZ mit insgesamt 9434 tätigen Ärzten (Stand 06/2011, www.bgm-bund.de). Sie sind im Vergleich zu den §116b-Ambulanzen in der Zuordnung zu Patientengruppen freier und, zumindest nach ihrer gesetzlich vorgeschriebenen multidisziplinären Struktur, eigentlich besonders gut für die ambulante interdisziplinäre Versorgung von älteren Rheumapatienten geeignet. ■ **Tab. 2** fasst Aspekte zusammen, die eine ambulante interdisziplinäre Einheit besonders für betagte Patienten mit rheumatischen Erkrankungen leisten könnte.

Wegen den multiplen Belastungen der Ärzte wird in der Zukunft auch die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal eine zunehmende Bedeutung erlangen. Rheumatologische Fachassistenten der DGRh/BDRh (Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie/Berufsverband deutscher Rheumatologen) übernehmen in vielen Praxen und Kliniken immer mehr dieser Aufgaben. In dem Aufbaukurs *Interaktive Rheumatologie in Klinik und Praxis* des zertifizierten Lehrgangs Rheumatologische Fachassistenten werden spezielle Fähigkeiten auch für ältere Rheumapatienten (z. B. Wundversorgung, sozialmedizinische Fragen, spezielle Schmerztherapie u. a.) durch Kurse der Rheumaakademie vermittelt [15]. Die Rheumaakademie bietet außerdem für Ärzte in der Weiterbildung oder fertige Rheumatologen Kurse mit dem Titel

Z Rheumatol 2014 · 73:217–224 DOI 10.1007/s00393-013-1242-6
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

C. Fiehn

Welche Versorgungsstrukturen werden für ältere Patienten mit rheumatischen Erkrankungen benötigt?

Zusammenfassung

In den nächsten Jahren wird die Zahl älterer Patienten mit rheumatischen Erkrankungen in Deutschland stetig steigen. Dies macht es nötig, dass die Versorgungsstrukturen für Rheumapatienten auf diese Herausforderung vorbereitet sind. Zwei wichtige Problemfelder sind dabei von besonderer Relevanz: Multimorbidität und die Verhinderung von Behinderung. Beide Punkte betreffen nicht nur ältere Patienten, sind aber bei diesen besonders wichtig. Zur Lösung müssen Strukturen gestärkt werden, die Interdisziplinarität ermöglichen. Darüber hinaus müssen die Institutionen für die Versorgung älterer Rheumapatienten genutzt werden, die Rehabilita-

tion leisten können. Beides kann sowohl ambulant wie auch stationär erfolgen. Interdisziplinär arbeitende Rheumatologen sowie das rheumatologische Akutkrankenhaus nehmen dabei in der Versorgung älterer Rheumapatienten Schlüsselfunktionen ein. Sowohl die Praxen wie auch die Kliniken haben aber auch eine spezielle Problematik der Vergütung sowie die Schnittstellenproblematik zwischen den Sektoren zu lösen.

Schlüsselwörter

Versorgung · Alter · Rheumatoide Arthritis · Komorbidität · Rehabilitation

Which kind of structures and facilities are needed for the care of elderly patients with rheumatic diseases?

Abstract

In the coming years the number of elderly patients with rheumatic diseases in Germany will continuously increase. Therefore, it is necessary that the structures of the health-care system for elderly patients with rheumatic diseases are prepared for this challenge. Two important fields are of particular relevance: multimorbidity and the prevention of disability. Both points do not only affect elderly patients but are particularly important in this group. In order to solve the problems structures which facilitate interdisciplinary care should be supported. Moreover, institutions which provide rehabilitation should be utilized for the care of elderly patients with

rheumatic diseases. Both can be performed in either outpatient or inpatient settings. Rheumatologists working in interdisciplinary fields, in outpatient practices, and in specialized rheumatology hospitals have key functions in the care of elderly patients with rheumatic diseases. However, practices and hospitals both have to solve the special problems of reimbursement and interfaces between the sectors.

Keywords

Delivery of health care · Age · Rheumatoid arthritis · Comorbidity · Rehabilitation

Rheuma und Alter an, die die Versorgung von älteren Patienten mit rheumatischen Erkrankungen zum Inhalt haben (www.rheumakademie.de).

Wege zur Vermeidung von Behinderung

Neben der Multimorbidität ist die drohende Behinderung ein typisches Problem des betagten Rheumapatienten. Dies betrifft ältere Patienten mit rheumatischen Erkrankungen heute umso mehr als die Lebenserwartung älterer Menschen gegenüber früher deutlich verbessert ist. So hat ein Mann mit 60 Jahren, also in et-

wa um den Gipfel der Altersinzidenz der RA, heute eine mittlere Lebenserwartung von 19,2 Jahren. Bei Frauen liegt diese sogar bei 23,5 Jahren mit steigender Tendenz. Die Diagnose z. B. einer RA in diesem Alter bedeutet also, dass die Erkrankung noch für viele Jahre die Funktionsfähigkeit und damit die Lebensqualität einschränken kann.

Anders als man früher dachte, ist die Altersform der rheumatoiden Arthritis auch nicht prinzipiell gutartiger als die des Menschen im jungen oder mittleren Lebensalter. Beim Vorliegen von negativen prognostischen Zeichen wie positivem Rheumafaktor oder Anti-CCP-An-

Tab. 1 Strukturmerkmale und Prozesse rheumatologischer Akutkliniken, die die Versorgung von älteren Rheumapatienten erleichtern

Merkmale und Prozesse	Vorteile
Multidisziplinäres therapeutisches Team aus Physiotherapie, physikalischer Therapie, Ergotherapie und Psychologie	Verbindung von multimodalen Komplexbehandlungen mit diagnostischen Abläufen sowie medikamentösen Therapieumstellungen möglich
Verschiedene Fachärzte oder Fachabteilungen unter einem Dach	Effektivere Diagnostik und Behandlung von Komorbiditäten durch kurze Wege und bessere Kommunikation
Spezielle pflegerische Expertise und ausreichender Stellenschlüssel für die Versorgung pflegebedürftiger Patienten	Mobilisierende Pflege, welche den therapeutischen Effekt unterstützt und Selbstständigkeit fördert
Bauliche Voraussetzungen wie Barrierefreiheit, Möglichkeiten der Einzelzimmerbelegung u. a.	Erleichterung der Pflege und individuelleres Eingehen möglich
Strukturierte Versorgungspfade einschließlich poststationäre Versorgung, Anschlussheilbehandlung und ambulante Weiterbetreuung	Reduzierung der Schnittstellenproblematik

Tab. 2 Auswahl möglicher Schwerpunkte und Aufgaben in der Behandlung älterer Patienten mit rheumatischen Erkrankungen in einer interdisziplinären Einheit

Fachgebiete	Interdisziplinäre Aufgaben (Beispiele)
Ärztlich	
Rheumatologie	Differenzialdiagnose und Steuerung der rheumatologischen Therapie, osteologische Diagnostik und Behandlung
Nephrologie/Hypertensiologie	Medikamentenüberwachung (Nephrotoxizität, Dosisanpassungen), Kontrolle Hypertonus, DD mutmaßlicher renaler Manifestationen
Kardiologie/Diabetologie	Primär- und Sekundärprophylaxe kardiovaskulärer Komorbiditäten, Kontrolle Diabetes
Angiologie	DD und Überwachung Großgefäßvaskulitiden, Wundversorgung
Pneumologie	Mitbehandlung pulmonaler Komorbiditäten und Manifestationen rheumatologischer Erkrankungen
Neurologie/Psychiatrie	DD zerebraler Symptome, Polyneuropathien, lokaler Nervenengpasssyndrome, Mitbehandlung von gerontopsychiatrischer Syndrome
Orthopädie	Indikationsstellung Endoprothetik u. a. operativer Eingriffe
Radiologie	Spezifische radiologische Fragestellungen (bei Älteren z. B. Insuffizienzfrakturen)
Gastroenterologie	Ausschluss NSAR-Nebenwirkungen am GI-Trakt, Tumorsuche
Nichtärztlich	
Rheumatologische Fachassistenten	Medikamentenanamnese, Assessments, Wundversorgung, Patienteninformation
Physiotherapie/physikalische Therapie/Sporttherapie	Mobilisierung, Schmerzbehandlung, Erhaltung von Beweglichkeit
Ergotherapie	Erhaltung von Funktionen des täglichen Lebens, Hilfsmittelversorgung
Ernährungsberatung	Prophylaxe von Fehlernährung und Sarkopenie
Sozialarbeit	Evaluation und Verbesserung häusliche Versorgung

DD Differenzialdiagnose, *GI* Gastrointestinaltrakt, *NSAR* nichtsteroidale Antirheumatika.

tikörpern hat die RA des Älteren prinzipiell einen genauso aggressiven Verlauf wie bei Jüngeren [16]. Nichts spricht aber auch dafür, dass ältere Patienten mit RA in der Reduktion der Krankheitsaktivität schlechter als jüngere auf Medikamenten wie z. B. Biologicals ansprechen [3, 4].

Prinzipiell ist daher auch bei Älteren der Weg frei, über die frühe Reduktion der Krankheitsaktivität auch die funktionelle Prognose positiv zu beeinflussen und somit Behinderung zu verhüten. Es wurde sogar gezeigt, dass das typische geriatrische Syndrom der Stürze bei RA-Patienten

mit der Krankheitsaktivität korreliert und somit wahrscheinlich durch Kontrolle der entzündlichen Aktivität zumindest teilweise verhindert werden kann [17]. Ausreichende Untersuchungen, ob auch bei betagten RA-Patienten die gleichen Therapieziele wie bei Jüngeren, v. a. das Konzept des „treat to target“ mit dem Ziel der Remission [18] anwendbar ist, gibt es jedoch nicht.

Krankheitsaktivität und Funktionseinschränkung bei der RA der Älteren

Der Autor hat in einer systematischen Nachuntersuchung seiner Patienten des Projekts OBRA (Outcome Benchmarking rheumatologischer Akutversorgung) die Frage untersucht, ob sich der Kurzzeit-Outcome der jüngeren und der älteren Patienten mit RA unterscheidet. Es konnten die bereits vorher publizierten Ergebnisse bestätigt werden, dass bei den älteren Patienten >65 Jahre kein Unterschied im Ansprechen auf DMARD und Biologicals bezüglich der Krankheitsaktivität nach 3 Monaten bestand [4]. Wohl gab es aber einen signifikanten Unterschied im Erreichen eines minimal-relevanten funktionellen Ansprechens, gemessen durch das Erreichen von 11% Verbesserung im Funktionsfragebogen Hannover (FFbH) nach 3 Monaten. Diesen erreichten bei den Älteren nur 20,6%, während dies bei 35,1% der Jüngeren der Fall war. Bei einem Teil der älteren Patienten war das Ansprechen der Krankheitsaktivität von der Funktionsverbesserung wie entkoppelt, während diese beiden Parameter bei den jüngeren Patienten eng korrelierten [4]. Man kann aus diesen Daten schließen, dass während bei Jüngeren eine Reduktion der Krankheitsaktivität der RA in den meisten Fällen auch einen Schutz vor fortschreitendem Funktionsverlust bedeutet, bei Älteren oft zusätzliche Interventionen notwendig sind, um wirksam die Behinderung zu verhindern. Eine Art der Intervention kann unter Umständen im Fall bereits zerstörter Gelenke auch Endoprothetik sein, obwohl sich Daten zum Langzeiteffekt von Endoprothetik auf Funktion und Lebensqualität bei RA-Patienten in der Litera-

Hier steht eine Anzeige.



tur erstaunlich wenig finden [19]. Auf der anderen Seite können aber Rehabilitationsmaßnahmen, die Folgeschäden lindern und verlorene Funktion wiedergeben, zu dem Ziel der dauerhaften Funktionsbewahrung beitragen. Die Institutionen, die diese Funktionen innehaben, sind neben dem

- rheumatologischen Akutkrankenhauses, das Akutrehabilitation im Rahmen des stationären Aufenthalts durchführen kann,
- die Rehabilitationskliniken mit entweder primär rheumatologisch/orthopädischer oder aber geriatrischer Ausrichtung.

Dass für die Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen ein großer und im Alter steigender Bedarf besteht, zeigen Daten der Deutschen Rentenversicherung im Rehabericht 2012 (www.reha-berichterdrv.de). Etwa jede dritte Rehabilitationsmaßnahme wird in dieser Indikationsgruppe durchgeführt. Die muskuloskelettalen Erkrankungen nehmen daher mit Abstand die Spitzengruppe ein. Bei Frauen um die 50 Jahre sind dies 17 Rehaleistungen auf 1000 Versicherte im Jahr 2010, während die nächsthäufigste Indikationsgruppe der psychischen Erkrankungen in dieser Altersgruppe pro Jahr nur 10 von 1000 Versicherte wahrnehmen.

Die besondere Bedeutung der muskuloskelettalen Erkrankungen in der Rehabilitation wird mit steigendem Alter immer größer.

Mit 60 Jahren sind es schon 30 auf 1000 Versicherte pro Jahr für diese Indikationsgruppe, während es bei der nächsthäufigsten Indikation in diesem Alter, bösartige Neubildungen, 14 auf 1000 Versicherte sind.

Bei Männern sind die Proportionen ganz ähnlich, nur dass bei diesen die kardiovaskulären Erkrankungen eine größere Rolle spielen, die aber nur etwa halb so oft wie die muskuloskelettalen Erkrankungen die Indikation für eine Rehamaßnahme darstellen. In der ambulanten Rehabilitation dominieren die muskuloskelettalen Erkrankungen noch stärker: bei Männern sind es 60% und bei Frauen 69% der Patienten die ambulan-

ten Rehamaßnahmen aus dieser Indikation wahrnehmen.

Zusammengefasst ist die Funktionserhaltung, und damit die Vermeidung von Behinderung, bei Rheumapatienten im höheren Lebensalter schwieriger zu erreichen als bei Jüngeren. Bei der RA scheint dies damit zu zusammenzuhängen, dass in dieser Altersgruppe in höherer Frequenz als bei Jüngeren nicht allein die Kontrolle der Krankheitsaktivität ausreicht, um dieses Ziel zu erreichen. Maßnahmen der Rehabilitation, ambulant oder aber stationär, spielen daher eine deutlich wichtigere Rolle.

In Deutschland steht dafür eine Vielzahl von Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung. Wenn die speziellen Probleme der Rheumapatienten wie körperliche und psychische Komorbidität oder Patientenschulung mitberücksichtigt werden, ist dies eine wichtige Ressource, die auf jeden Fall genutzt werden sollte.

Ambulante oder stationäre Versorgung

Aufgrund der Multimorbidität älterer Rheumapatienten befinden sich diese häufig in den Schnittstellen zwischen

- auf der ambulanten Seite dem rheumatologischen Facharzt und Hausarzt sowie
- auf der stationären Seite dem spezialisierten rheumatologischen Akutkrankenhaus, Kliniken anderer Disziplinen und Rehabilitationskliniken.

Im ambulanten Sektor ist der internistische Rheumatologe der Spezialist, der primär die rheumatologische Diagnose stellen und deren Behandlung einleiten und steuern muss. Oft ist dies im Ablauf der Praxis bei älteren, gebrechlichen und multimorbiden Patienten äußerst schwierig zu leisten. Für solche Patienten ist keine andere Honorierung wie für jüngere Patienten vorgesehen, der Aufwand aber erheblich höher. Die einzelnen Schritte der medizinischen Betreuung,

- angefangen von der Medikamentenanamnese,
- über die Entkleidung zur körperlichen Untersuchung
- bis zur Aufklärung und Einwilligung zur Therapie

sind oft zeitraubend und belasten den Ablauf in einer Praxis stark. Nach dem Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (www.dgrh.de) ist aber in vielen Regionen Deutschlands die Anzahl der benötigten Rheumatologen noch zu gering, sodass nicht nur Wartezeiten für einen Termin, sondern auch ein Zeitdruck im Ablauf der Praxis entsteht. Eine große Anzahl von älteren Rheumapatienten kann daher für Praxen zur Belastung werden. Ein Anstieg der Zahlen älterer Rheumapatienten ist jedoch allein aufgrund der demographischen Entwicklung zu erwarten.

Rheumatologische Akutkrankenhäuser sind für die Versorgung dieser Patienten daher prädestiniert, da prinzipiell sowohl die notwendigen pflegerischen Kapazitäten wie auch mehr Zeit zur Verfügung stehen, um eine den älteren Patienten gemäße Versorgung zu gewährleisten. Dabei sind gerade die für Ältere besonders wichtigen multidisziplinären Therapieverfahren unter Einschluss von aktivierender Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie im rheumatologischen Akutkrankenhaus vorhanden und werden im Rahmen der multimodalen rheumatologischen Komplexbehandlung eingesetzt. Es besteht also die Chance, bei einem älteren Patienten mit einer aktiven entzündlich-rheumatischen Erkrankung schon während des ansonsten von Diagnostik und medikamentöser Therapieumstellung geprägten akutstationären Aufenthalts eine frührehabilitative Behandlung einzuleiten. Nach der Regel „früh wirkt besser“ ist zu hoffen, dass dadurch ein nachhaltiger Effekt erreicht wird.

Aspekte der Honorierung

Nun haben die rheumatologischen Akutkrankenhäuser aber – ebenso wie Praxen – mit speziellen wirtschaftlichen Problemen in der Versorgung älterer Patienten zu kämpfen. Der Ressourcenaufwand der multimodalen rheumatologischen Komplexbehandlungen (OPS-8-983) wird im Fallpauschalensystem vergütet, wenn die Behandlung länger als 14 Tage notwendig ist. Diese Form der Komplexbehandlung ist jedoch für ältere, pflegebedürftige Rheumapatienten in vieler Hinsicht oft nicht geeignet und umfasst kei-

ne spezifisch geriatrischen Anteile [20]. Dem älteren Rheumapatienten mehr gemäß ist ein stationäres Behandlungskonzept, das Anteile der rheumatologischen mit einer geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung verbindet. Im ACURA-Rheumazentrum Baden-Baden wie auch in einigen anderen rheumatologischen Akutkliniken sind daher gerontorheumatologische Komplexbehandlungen etabliert worden, die spezieller auf die Problematik der Älteren eingehen. Für die Kodierung als geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS-8-550) ist aber neben anderen Voraussetzungen die Leitung durch einen Facharzt für klinische Geriatrie notwendig. **Tab. 1** zeigt einige wünschenswerte Strukturmerkmale, die für die Versorgung von älteren Patienten mit rheumatischen Erkrankungen in rheumatologischen Akutkliniken hilfreich sind.

Schnittstellenproblematik der Sektorengrenzen

Die Schnittstellenproblematik auf der einen Seite zwischen stationärer und ambulanter Behandlung, auf der anderen Seite aber auch horizontal zwischen verschiedenen Kliniken der Versorgung, wie z. B. allgemein-internistischen und spezialisierten akutrheumatologischen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken, ist ebenfalls ein kritischer und versorgungsrelevanter Punkt. So wie die bereits genannten Aspekte betrifft dies ebenfalls die Versorgung von allen Rheumapatienten, ist im höheren Lebensalter aber besonders wichtig.

In einem Versorgungsforschungsprojekt der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) zusammen mit dem Berufsverband der Internisten (BDI) wird sich dem Thema der zukunftsorientierten integrierten internistischen Versorgung mit der Modellregion Schleswig-Holstein angenommen (www.DGIM/Jahresbericht2013/htlm). Mit der Polyangiitis mit Granulomatose (M. Wegener) ist dabei auch eine rheumatologische Erkrankung Gegenstand der Untersuchung.

Man erhofft sich von diesem Projekt, das wissenschaftlich von Hans-Heinrich Raspe, Seniorprofessor für Bevölkerungs-

medizin der Universität Lübeck, koordiniert wird und dessen Ergebnisse Ende 2014 in einem Memorandum veröffentlicht werden, Aufschlüsse über Versorgungspfade der Inneren Medizin und in welcher Form diese optimiert werden können.

Fazit für die Praxis

- Die Versorgung älterer Patienten mit rheumatischen Erkrankungen ist ein Problem, das durch die demographische Entwicklung in den nächsten Jahren immer drängender an Bedeutung gewinnen wird.
- Die Berücksichtigung von Multimorbidität und Vermeidung von Behinderung sind bei älteren Rheumapatienten besonders wichtige Ziele der ärztlichen Behandlung.
- Zur Verbesserung der Versorgung älterer Rheumapatienten sind die konsequente Umsetzung interdisziplinärer Konzepte und die Nutzung von Rehabilitation in akuter Form im spezialisierten Krankenhaus und elektiv in Rehabilitationseinrichtungen notwendig.
- Die Qualität der Versorgung im ambulanten wie auch im stationären Sektor benötigt adäquate Vergütungsstrukturen und neue Konzepte zur Verminderung von Schnittstellenproblemen.
- Neue Konzepte, die die Versorgung von älteren Rheumapatienten verbessern, können auch für jüngere Patienten mit rheumatischen Erkrankungen beispielhaft sein.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. C. Fiehn
ACURA-Rheumazentrum Baden-Baden
Rotenbachtalstr. 5, 76530 Baden-Baden
c.fiehn@apura-kliniken.com

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Fiehn gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ et al (2010) 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 69(9):1580–1588
2. Humphreys JH, Verstappen SM, Hyrich KL et al (2013) The incidence of rheumatoid arthritis in the UK: comparisons using the 2010 ACR/EULAR classification criteria and the 1987 ACR classification criteria. Results from the Norfolk Arthritis Register. *Ann Rheum Dis* 72(8):1315–1320
3. Bathon JM, Fleischmann RM, Heijde D van der et al (2006) Safety and efficacy of etanercept treatment in elderly subjects with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 33(2):234–243
4. Fiehn C, Kessler S (2009) Is the treatment response in elderly patients with rheumatoid arthritis diminished? Results of a prospective study over 3 months. *Z Rheumatol* 68(1):69–74
5. Tutuncu Z, Reed G, Kremer J, Kavanaugh A (2006) Do patients with older-onset rheumatoid arthritis receive less aggressive treatment? *Ann Rheum Dis* 65(9):1226–1229
6. Dougados M, Soubrier M, Antunez A et al (2014) Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (COMORA). *Ann Rheum Dis* 73(1):62–68
7. Lakomek HJ, Brabant T, Lakomek M, Luttje D (2013) Multimorbidity in elderly rheumatic patients part 2. *Z Rheumatol* 72(6):539–546
8. Lakomek HJ, Brabant T, Lakomek M, Luttje D (2013) Multimorbidity in elderly rheumatic patients part 1. *Z Rheumatol* 72(6):530–538
9. Lindhardsen J, Ahlehoff O, Gislason GH et al (2011) The risk of myocardial infarction in rheumatoid arthritis and diabetes mellitus: a Danish nationwide cohort study. *Ann Rheum Dis* 70(6):929–934
10. Listing J, Gerhold K, Zink A (2013) The risk of infections associated with rheumatoid arthritis, with its comorbidity and treatment. *Rheumatology (Oxford)* 52(1):53–61
11. Zink A, Manger B, Kaufmann J et al (2013) Evaluation of the RABBIT risk score for serious infections. *Ann Rheum Dis* (elektronisch publiziert vor Drucklegung)
12. Radner H, Smolen JS, Aletaha D (2011) Comorbidity affects all domains of physical function and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 50(2):381–388
13. Westhoff G, Weber C, Zink A (2006) Comorbidity in rheumatoid arthritis of early onset. Effects on outcome parameters. *Z Rheumatol* 65(6):487–488, 490–494, 496
14. Lakomek HJ, Braun J, Gromnica-Ihle E et al (2011) Amendment of the structural quality for inpatient rheumatology. A forward-looking concept. *Z Rheumatol* 70(7):615–619
15. Schuch F, Kern P, Kreher G et al (2011) Curriculum for „Rheumatology health professionals DGRh-BDRh“ as a way of qualification for clinical nursing specialists: concept and results of an evaluation. *Z Rheumatol* 70(8):670–677
16. Pease CT, Bhakta BB, Devlin J, Emery P (1999) Does the age of onset of rheumatoid arthritis influence phenotype?: a prospective study of outcome and prognostic factors. *Rheumatology (Oxford)* 38(3):228–234
17. Bohler C, Radner H, Ernst M et al (2012) Rheumatoid arthritis and falls: the influence of disease activity. *Rheumatology (Oxford)* 51(11):2051–2057

18. Vermeer M, Kuper HH, Hoekstra M et al (2011) Implementation of a treat-to-target strategy in very early rheumatoid arthritis: results of the Dutch Rheumatoid Arthritis Monitoring remission induction cohort study. *Arthritis Rheum* 63(10):2865–2872
19. Momohara S, Inoue E, Ikari K et al (2011) Efficacy of total joint arthroplasty in patients with established rheumatoid arthritis: improved longitudinal effects on disease activity but not on health-related quality of life. *Mod Rheumatol* 21(5):476–481
20. Fiehn C (2006) The elder patient with a rheumatic disease and comorbidities. Aspects of rheumatology in an ageing population. *Z Rheumatol* 65(6):472, 474–477, 479–481

Forschungspreis Komplementärmedizin 2014

Die NATUM ist eine wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Die Förderung von Komplementärmedizin und Naturheilverfahren sowie deren Integration in eine moderne ganzheitliche Medizin ist ein zentrales Ziel der NATUM.

Die NATUM vergibt im Jahr 2014 zum zweiten Mal einen Preis für herausragende Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Komplementärmedizin und Naturheilverfahren. Hiermit möchte die NATUM Studierende und wissenschaftlich engagierte Ärztinnen/Ärzte vor oder in der Facharztausbildung bzw. Fachärztinnen/-ärzte auszeichnen. Ziel ist es, die Verbreitung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse auf dem Gebiet der Komplementärmedizin und Naturheilverfahren zu fördern. Die Sponsoren sind forschungsfördernde Firmen, -Gesellschaften und -Stiftungen auf dem Gebiet der Komplementärmedizin und Naturheilverfahren (Pool). Das Preisgeld beträgt 3.000,- Euro.

Anforderungen: Wissenschaftliche Originalarbeiten, die im Zeitraum 2011–2014 einer Universität vorgelegt wurden oder werden oder in einer Fachzeitschrift publiziert bzw. zur Publikation angenommen wurden. Der Forschungspreis ist ausgeschrieben für innovative Leistungen zu den Themen Komplementärmedizin, Naturheilverfahren, Akupunktur, Homöopathie und Umweltmedizin. Ein Bezug zur Frauenheilkunde ist wünschenswert, aber nicht Voraussetzung.

Bewerbung – Einzureichen sind:

- die Arbeit (deutschsprachig) auf CD-ROM oder per E-Mail im Word- oder PDF-Format
- eine Kurzzusammenfassung („Abstract“) samt Begründung, warum die Arbeit für die oben genannten Themenkreise relevant ist (maximal zwei DIN A4-Seiten)
- Kopie der Benotung der Arbeit (falls vorhanden)
- Kopie der Bewertungsgutachten (fakultativ)
- Curriculum vitae + Nachweis über den Aus- bzw. Weiterbildungsstatus

Preisrichter: Die Jury besteht aus den Mitgliedern des Vorstandes der NATUM sowie ggf. zwei externen Gutachtern.

Einsendeschluss: **15. Juli 2014**

Die Bewerbung ist zu richten an die Geschäftsstelle der NATUM e. V., Bosdorfer Straße 20, 27367 Hellwege.
E-Mail: info@natum.de

Quelle: NATUM, Arbeitsgemeinschaft für Naturheilkunde, Akupunktur, Umwelt- und Komplementärmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, DGGG e.V., www.natum.de



Kommentieren Sie diesen Beitrag auf springermedizin.de

► Geben Sie hierzu den Beitragstitel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.