

Aus dem Institut für Rehabilitationsmedizin

der Medizinischen Fakultät an der Martin – Luther – Universität Halle – Wittenberg

(Direktor: Prof. Dr. med. habil. Wilfried Mau)

**Rehabilitationsleistungen und ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen
bei Rheumatoide Arthritis-Kranken**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Claudia Maria Matthes

geboren am 17.11.1988 in Leipzig

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. W. Mau

2. Prof. Dr. med. K.-St. Delank

3. Prof. Dr. med. W. F. Beyer (Erlangen- Nürnberg)

07.07.2015

17.12.2015

Referat:

Zielsetzung: Es soll der aktuelle Stand der Versorgung von rheumatologisch betreuten Patienten mit rheumatoider Arthritis mit ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen (Funktionstraining, Rehabilitationssport, Medizinische Trainingstherapie, Ergotherapie), stationärer sowie ganztägig ambulanter medizinischer Rehabilitation in Abhängigkeit von der Funktionseinschränkung, die Praxisvariation sowie der Unterschied zwischen Erwerbstätigen und Altersrentnern dargestellt werden.

Probanden und Methoden: Die quantitative Querschnittsanalyse wurde in Form einer Patientenbefragung in 9 rheumatologischen Schwerpunktpraxen im Jahr 2012 durchgeführt. Daten konnten aus einem eigens dazu erstellten Fragebogen von 347 Patienten ausgewertet werden.

Ergebnisse: Mit steigender Funktionseinschränkung stiegen auch die Teilnahmeraten an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen sowie medizinischer Rehabilitation (ambulant ganztägig oder stationär). Mit 17 % bleibt ein erheblicher Anteil, der trotz hoher Funktionseinschränkung weder eine ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme noch eine medizinische Rehabilitation erhalten hat. Die Praxisvariation der Teilnahme an den genannten Maßnahmen wies große Spannbreiten auf. Gründe gegen eine Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen waren fehlendes Wissen, keine Zeit, gesundheitliche Probleme aber auch fehlendes Interesse. Gegen eine rehabilitative Maßnahme sprachen geringe Beschwerden, finanzielle Gründe, Probleme mit dem Arbeitsgeber bzw. dem Arbeitsplatz und die Unabkömmllichkeit zu Hause. Altersrentner gaben zwar eine körperliche Aktivität von geringerer Intensität als Erwerbstätige, allerdings eine genauso häufige freiwillige körperliche Betätigung in der Freizeit mit 74 % an. Die Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen wie an rehabilitativen Maßnahmen lag unter Altersrentnern länger als bei Erwerbstätigen zurück.

Schlussfolgerungen: Insgesamt werden die aus bereits vorliegenden Arbeiten gewonnenen Hinweise der Unterversorgung der RA-Patienten mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen in Deutschland bestätigt und durch neue differenzierte Daten ergänzt. Mit der intensiveren Bearbeitung von Schnittstellenproblemen, Weiterbildung medizinischen Personals und Aufklärung der Patienten über mögliche Maßnahmen sollten auch zukünftig Versorgungsdefizite abgebaut werden.

Matthes, Claudia: Rehabilitationsleistungen und ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen bei Rheumatoide Arthritis-Kranken, Halle (Saale), Martin- Luther- Universität, Medizinische Fakultät, Dissertation, 70 Seiten, 2015

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Epidemiologie und Krankheitsbild der RA	1
1.2	Bewegungsverhalten von Patienten mit RA	3
1.3	Therapie-Empfehlungen	4
1.4	Rahmenbedingungen für medizinische Rehabilitation und ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen	5
1.4.1	Medizinische Rehabilitation.....	5
1.4.2	Funktionstraining	6
1.4.3	Rehabilitationssport.....	7
1.4.4	Medizinische Trainingstherapie	8
1.4.5	Krankengymnastik.....	8
1.4.6	Ergotherapie	8
1.5	Versorgung mit medizinischer Rehabilitation und ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen	9
1.5.1	Medizinische Rehabilitation.....	9
1.5.2	Funktionstraining	10
1.5.3	Rehabilitationssport	10
1.5.4	Medizinische Trainingstherapie	11
1.5.5	Krankengymnastik.....	11
1.5.6	Ergotherapie	12
2	Zielstellung	13
3	Material und Methodik	15
3.1	Studiendesign.....	15
3.2	Fragebogen und Instrumente	15
3.3	Patientenselektion	21
3.4	Patienteninformation und Datenschutz	21
3.5	Auswertung.....	21
3.6	Statistik	22
4	Ergebnisse	23
4.1	Charakterisierung der Probanden.....	23
4.2	Bewegungsverhalten in den Gruppen der Funktionseinschränkung.....	24
4.3	Versorgung mit ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen.....	26
4.4	Versorgung mit Rehabilitationsmaßnahmen.....	28

4.5	Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen insgesamt	29
4.6	Unterschiede bezüglich der Versorgung mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen zwischen den teilnehmenden Praxen	31
4.6.1	Ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen.....	31
4.6.2	Medizinische Rehabilitation.....	33
4.6.3	Versorgung mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen insgesamt	34
4.7	Rahmenbedingungen, Zufriedenheit und Wünsche zu wahrgenommenen ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen	36
4.7.1	Erlebte und gewünschte Rahmenbedingungen ambulanter bewegungs- und funktionsorientierter Maßnahmen insgesamt	36
4.7.2	Erlebte und gewünschte Rahmenbedingungen speziell für Gruppentherapien	38
4.8	Gründe gegen die Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen.....	39
4.9	Vergleich der Erwerbstätigen mit den Altersrentnern	41
4.9.1	Charakterisierung beider Gruppen	41
4.9.2	Unterschiede im Bewegungsverhalten unter Erwerbstätigen und Rentnern	42
4.9.3	Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen	43
4.9.4	Erlebte Rahmenbedingungen der ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen.....	45
5	Diskussion	47
5.1	Bewegungsverhalten von Patienten mit RA	47
5.2	Versorgung der Befragten mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen	48
5.2.1	Teilnahme an medizinischer Rehabilitation.....	48
5.2.2	Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen.....	50
5.2.3	Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen insgesamt	52
5.3	Praxisvariation bezüglich der Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen.....	52
5.3.1	Ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen.....	52
5.3.2	Medizinische Rehabilitation.....	53
5.3.3	Variation der Versorgung mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen insgesamt.....	54
5.4	Rahmenbedingungen, Zufriedenheit und Wünsche zu wahrgenommenen ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen	54
5.5	Gründe gegen die Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen.....	55

5.5.1	Gründe gegen die Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen.....	55
5.5.2	Gründe für keine oder eine zu seltene Teilnahme an medizinischer Rehabilitation	56
5.6	Vergleich der Erwerbstätigen mit den Altersrentnern	57
5.6.1	Unterschiede im Bewegungsverhalten zwischen Altersrentnern und Erwerbstätigen.....	57
5.6.2	Unterschiede in der Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen zwischen Erwerbstätigen und Altersrentnern	58
5.7	Limitationen der Arbeit.....	58
6	Zusammenfassung	60
	Literatur	61
	Thesen	69

I. Verzeichnis der Abkürzungen und Symbole

ACR	American College of Rheumatology
AU	Arbeitsunfähigkeit
χ^2	Chi-Quadrat-Test (Test zur Überprüfung von Häufigkeitsverteilungen)
df	Freiheitsgrad (engl.: degree of freedom)
DGRh	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V.
DMARDs	Disease Modifying Antirheumatic Drugs (krankheitsmodifizierende Antirheumatika zur Basistherapie)
ET	Ergotherapie
F	statistischer Wert angewendet in Varianzanalysen
FEG	Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens
FFbH	Funktionsfragebogen Hannover
FFbH-P+R	Funktionsfragebogen Hannover für Rücken- und Gelenkerkrankungen
FT	Funktionstraining
GdB	Grad der Behinderung
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (engl.: International Classification of Functioning, Disability and Health)
HAPA	Health Action Process Approach (Fragebogen zur Erhebung der Motivation zur körperlichen Aktivität)
KG	Krankengymnastik
MTT	Medizinische Trainingstherapie
min	Minuten
MW	Mittelwert
n	absolute Häufigkeit
NSAR	Nicht steroidale Antiphlogistika
p-Wert	Signifikanzwert oder Irrtumswahrscheinlichkeit

RA	rheumatoide Arthritis
RS	Rehabilitationssport
SD	Standardabweichung (engl. standard deviation)
SF – 12	Kurzform des SF – 36 (Lebensqualitätsfragebogen)
SF – 36	Messinstrument zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
SPSS	Statistik- und Analyse-Software
TNF- α -Inhibitoren	monoklonale Antikörper, die den Botenstoff TNF- α hemmen
WHO	Welt-Gesundheits-Organisation (engl.: World Health Organisation)

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Durchführung von Sportarten in der Freizeit mindestens einmal pro Woche in den Gruppen der Funktionseinschränkung (n = 335).....	25
Abbildung 2: Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen insgesamt und in den Kategorien der Funktionseinschränkung	27
Abbildung 3: Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen	27
Abbildung 4: Teilnahme an stationärer oder ganztägig ambulanter medizinischer Rehabilitation gesamt und in den Gruppen der Funktionseinschränkung	28
Abbildung 5: Bisherige Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen und ganztägig ambulanter oder stationärer medizinischer Rehabilitation insgesamt und in den Gruppen der Funktionseinschränkung.....	31
Abbildung 6: Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen in den rheumatologischen Schwerpunktpraxen A - I bisher	32
Abbildung 7: Praxisvariation der Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen in den letzten 12 Monaten in den Gruppen der Funktionskapazität	33
Abbildung 8: Teilnahme an ganztägig ambulanter oder stationärer medizinischer Rehabilitation jemals in den rheumatologischen Schwerpunktpraxen.....	33
Abbildung 9: Praxisvariation der jemaligen Teilnahme an ganztägig ambulanter oder stationärer medizinischer Rehabilitation in den Gruppen der Funktionskapazität.....	34
Abbildung 10: Gegenüberstellung der Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen jemals gegenüber einer noch nie erfolgten Teilnahme aufgeschlüsselt nach den rheumatologischen Schwerpunktpraxen	35
Abbildung 11: Praxis-Unterschiede in der Versorgung der Patienten mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen (medizinische Rehabilitation oder ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen) jemals in den FFbH-Gruppen	35
Abbildung 12: Gründe gegen die Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen in den letzten 12 Monaten	40
Abbildung 13: Gründe für keine oder eine zu seltene Teilnahme an medizinischer Rehabilitation.....	40
Abbildung 14: Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen unter Erwerbstätigen und Altersrentnern	44
Abbildung 15: Teilnahme an ganztägig ambulanter oder stationärer Rehabilitation unter den Erwerbstätigen und den Befragten im Rentenalter	44
Abbildung 16: Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen bisher unter Erwerbstätigen und Befragten im Rentenalter	45

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Inhalt des Fragebogens.....	17
Tabelle 2: Charakterisierung der Befragten	23
Tabelle 3: Teilnahme an stationärer medizinischer Rehabilitation in den drei verschiedenen FFbH- Gruppen	29
Tabelle 4: Zusammenhang zwischen der Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen und ganztägig ambulanter oder stationärer medizinischer Rehabilitation bisher	30
Tabelle 5: Anzahl der beantworteten und zurückgesendeten Fragebögen in den rheumatologischen Praxen A-I	31
Tabelle 6: Erlebte Rahmenbedingungen und Wünsche von Teilnehmern an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen in den letzten 12 Monaten	37
Tabelle 7: Erlebte Rahmenbedingungen und Wünsche der Teilnehmer einer ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahme in der Gruppe innerhalb der letzten 12 Monate	39
Tabelle 8: Charakterisierung der Erwerbstätigen (erwerbstätig und < 65 Jahre) und der Altersrentner (≥ 65 Jahre).....	42
Tabelle 9: Ausübung und Absicht zur regelmäßigen Ausübung körperlicher Aktivität unter Erwerbstätigen und Altersrentnern	43
Tabelle 10: Teilnahme an stationärer medizinischer Rehabilitation- Ergebnisse der vorliegenden Arbeit im Vergleich zur Publikation von Müller und Mau von 2008.....	49

1 Einleitung

Die rheumatoide Arthritis (RA) ist eine entzündliche Erkrankung des Bindegewebe- und Skelettsystems, welche betroffene Patienten vor allem aufgrund verminderter Beweglichkeit der Gelenke und damit verbundenen Schmerzen stark im alltäglichen Leben und der Erwerbstätigkeit beeinträchtigt [1 - 3]. Um diese auf die soziale Teilhabe und das Arbeitsleben wirkenden Folgen zu verhindern, gilt es, adäquate Maßnahmen und Rahmenbedingungen für die Betroffenen zu schaffen. Vorgaben dieser Art sind in den aktualisierten Leitlinien seit Jahren festgehalten [4]. Neben den Auswertungen der Kerndokumentation der nationalen Rheuma-Zentren untersuchten bisher zahlreiche weitere Studien die Versorgung der Betroffenen in Deutschland [5 - 13]. Zu den ambulant durchführbaren bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen Krankengymnastik, Rehabilitationssport, Funktionstraining, Medizinische Trainingstherapie und Ergotherapie sowie medizinischen Leistungen zur Rehabilitation gibt es allerdings keine aktuellen Daten aus Deutschland, die ein Bild von der Versorgung ambulant behandelter Patienten mit ebendiesen Therapien in Abhängigkeit von Funktionseinschränkungen darstellen. Diese Arbeit soll deshalb die Versorgung mit ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen sowie medizinischer Rehabilitation darstellen. Dabei werden die alltagsbezogene Funktionseinschränkung sowie praxisbezogene Unterschiede berücksichtigt und Gemeinsamkeiten und Unterschiede von erwerbstätigen und altersverrenteten Patienten analysiert. Außerdem soll untersucht werden, wie sich Rahmenbedingungen der tatsächlich wahrgenommenen Therapien und Wünsche der Patienten bezüglich bewegungs- und funktionsbezogener Angebote voneinander unterscheiden.

1.1 Epidemiologie und Krankheitsbild der RA

Die RA ist mit einer Punktprävalenz von 0,65 % eine der häufigsten Krankheiten des rheumatischen Formenkreises [1]. Ursache ist ein vielfältiges immunologisches Geschehen, welches zur Zerstörung der Bindegewebsstrukturen des Kapsel- Band-Apparates der Gelenke und der Knochenstruktur führt [14]. Sie ist eine Erkrankung, welche in jedem Lebensalter vorkommen kann, jedoch einen Anstieg der Prävalenz im vierten bis sechsten Lebensjahrzehnt zeigt und bei Frauen etwa zweieinhalb Mal häufiger als bei Männern auftritt.

Zu Beginn empfinden die Betroffenen eine zunehmende Morgensteifigkeit, Schwellungen sowie Schmerzen meist symmetrisch an mehreren Gelenken [14]. Der Prozess kann schleichend aber auch akut einsetzen und große sowie kleine Gelenke betreffen. Die Morgensteifigkeit stellt das Symptom der Synovitis dar und gilt als ein Parameter um die Krankheitsaktivität zu beurteilen. Die Gelenkentzündung fällt durch Schmerzen, Schwellungen, Erguss im Gelenk und Überwärmung auf

und ist in ihrer Ausprägung unter den Patienten sehr variabel. Im Verlauf können die entzündeten Strukturen fibrosieren, wodurch akute Entzündungszeichen schwinden und der Funktionsverlust im Vordergrund steht. Weiterhin kommt es zur Gelenkdestruktion, zum Einen durch die entzündungsbedingte Knorpelzerstörung, zum Anderen durch Osteoklasten-vermittelte Knochenerosionen. Vielfach werden auch das periartikuläre Bindegewebe wie Schleimbeutel, Sehnen und Sehnenscheiden geschädigt. Später kommt es zu sogenannten (Sub)-Luxationen (Gelenkfehlstellungen) und Muskelatrophie.

Gerade im Bereich der Finger- und Handgelenke können diese Prozesse zur deutlichen Einschränkung der feinmotorischen Fähigkeiten führen und die Patienten im alltäglichen Leben nicht nur aufgrund der Schmerzen sondern auch aufgrund der verminderten Beweglichkeit behindern [14]. Da die Entzündungsprozesse alle Gelenke betreffen können, ist auch der Ablauf des Laufens, des Hebens von Gegenständen, der täglichen Körperhygiene, des Anziehens und anderer alltäglicher Tätigkeiten gestört.

Die Kriterien zur Klassifikation der rheumatoiden Arthritis des American College of Rheumatology (ACR) erfassen [4]:

1. die Anzahl der betroffenen Gelenke,
2. serologische (Rheumafaktor und Anti-citrullinierte Peptid-Antikörper) Parameter,
3. akute-Phase-Parameter (C-reaktives Protein und Blutsenkungsgeschwindigkeit) und
4. die Symptombdauer.

Für jede dieser vier Kategorien wurden verschiedene Ausprägungsgrade (z. B. Symptombdauer: „kürzer als 6 Wochen“ oder „6 Wochen und länger“) definiert, denen ein Punktwert zugeteilt wurde. Wird insgesamt ein Wert von sechs und mehr Punkten erreicht, lässt sich bei gleichzeitigem Bestehen einer gesicherten Synovitis in mindestens einem für die RA typischen Gelenk mit Ausschluss anderer Ursachen die Erkrankung als RA klassifizieren.

Die Erkrankung zieht häufig den Verlust der Selbstversorgung und der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben mit sich [1]. Sie führt neben anderen entzündlichen Bindegewebserkrankungen zu langen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit (AU). Eine Längsschnittstudie aus dem Jahr 2008 zeigte, dass es bereits im ersten Jahr der Erkrankung an RA häufig zu AU-Zeiten von bis zu 76 % kommt [15]. Aus neuen Daten der Kerndokumentation der Deutschen Rheumazentren im Rahmen einer Querschnittstudie geht hervor, dass der Anteil von Personen mit mindestens einer AU-Episode in den letzten 12 Monaten unter erwerbstätigen Patienten mit RA von 38,6 % im Jahr 1997 auf 26,3 % im Jahr 2011 gefallen ist [16]. Die mittlere jährliche AU-

Dauer von RA-Patienten mit AU liegt allerdings bei 40,7 Tagen. Neben der zeitweisen AU ist vor allem die Erwerbsminderungsverrentung langfristig eine Folge der Funktionseinschränkung. Bezüglich RA-Patienten, die bereits in den ersten Jahren der Erkrankung Erwerbsminderungsrente bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten, wird in einer prospektiven Studie ein Anstieg von 5 % (nach einem Jahr) auf 28 % (nach 6,5 Jahren) berichtet [2]. Mehr als die Hälfte der RA-Patienten mit sehr geringer Funktionskapazität (im Funktionsfragebogen Hannover bzw. FFbH < 50) berichtete über eine Erwerbsminderungsrente [15]. Die neuen Daten der Kerndokumentation der Rheumazentren weisen 2011 im Vergleich zu 1997 eine Verminderung der Anzahl der Patienten mit Erwerbsminderungsrenten in Abhängigkeit von der Krankheitsdauer um bis zu 8,3 % (Krankheitsdauer > 5 bis 10 Jahre- 1997: 22,8%; 2011: 14,5 %) auf [16]. Bei einer Krankheitsdauer länger als 10 Jahre liegt der Anteil der RA-Patienten mit Erwerbsminderungsrente bei 32,6 % (im Jahr 2011) statt 40,3 % (im Jahr 1997). Umgekehrt stieg der Anteil der Erwerbstätigen unter allen RA-Patienten am deutlichsten bei den Frauen von 1997 bis 2011 in den Altersgruppen 40 bis 54 Jahre und 55 bis 65 Jahre jeweils um 14 %. Bei den Männern mit RA stieg dieser Anteil um 12 % in den beiden Altersgruppen. Insgesamt lassen die neuen Entwicklungen bezüglich Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung auf eine deutliche Verbesserung der Erwerbstätigkeits-Situation für RA-Patienten schließen. Trotz allem zeigen die Zahlen, dass es noch einen erheblichen Anteil an RA-Patienten gibt, der langfristig aufgrund starker Einschränkungen aus dem Berufsleben ausscheiden muss.

1.2 Bewegungsverhalten von Patienten mit RA

Obwohl es keine eindeutigen Hinweise auf eine mögliche Verschlechterung der körperlichen Funktionsfähigkeit aufgrund regelmäßiger körperlicher Aktivität gibt, sondern eher eine Verbesserung von aerober Kapazität, Muskelkraft und Beweglichkeit [17 - 20], ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein weniger aktiver Lebensstil unter Patienten mit RA festzustellen [21 - 24]. In keiner der durchgeführten Studien zur Effektivität von Bewegungstherapien konnte eine Verschlechterung der genannten Parameter bei Durchführung eines Bewegungsprogramms festgestellt werden [19]. So lässt sich folglich laut Plasqui sagen, dass für einen Patienten das Gesundheitsrisiko durch Inaktivität höher ist als durch Aktivität („The risk for a patient of being too inactive is much higher than being too active.“) [22]. Allerdings konnte in einigen Studien durch Fragebögen und Selbsteinschätzungen der Probanden eine verminderte körperliche Betätigung festgestellt werden [22 - 24]. So ergab eine multizentrische Studie aus dem Jahr 2008, dass 14 % aller untersuchten RA-Patienten mehr als dreimal pro Woche körperlicher Aktivität nachgingen [22]. Für Deutschland ergab sich hierfür ein Anteil von 8 % der befragten RA-

Patienten, ein- bis zweimal die Woche waren 24 % der in Deutschland befragten Betroffenen körperlich aktiv. Auch Arne et al. bestätigten mit ihren Daten die geringe körperliche Aktivität von Patienten mit RA [24]. So betätigten sich gerade einmal 24 % der RA-Patienten für mehr als 30 Minuten mindestens ein- bis zweimal pro Woche körperlich. Eine Kohortenstudie in Brasilien ergab dagegen erst kürzlich eine Quote von 43 % an körperlich Aktiven unter Patienten mit früher RA [25]. Die Zahlen lassen dabei vermuten, dass Patienten im Stadium der frühen RA mehr Sport treiben als jene mit einem bisher längeren Krankheitsverlauf. Zum Vergleich lässt sich der Anteil an körperlich Aktiven aus einer epidemiologischen Befragung in São Paulo heranziehen [26]. Insgesamt gaben hier 31 % der Befragten an, irgendeiner sportlichen Betätigung nachzugehen. Die Gruppe der Betroffenen, die überhaupt Sport treiben, scheint insgesamt doch angesichts der allgemeinen Empfehlungen zur körperlichen Aktivität recht gering. So stellten Sokka et al. zu 68 % körperliche Inaktivität unter den in Deutschland befragten RA-Patienten fest [22]. Der positive Einfluss körperlicher Betätigung auf Gesundheitseinschätzung, Bewältigungsvermögen und Lebensqualität ist ebenfalls belegt [27]. Verschiedene Einflussfaktoren auf die Aktivität konnten bereits zusammen getragen werden. So sind jüngeres Alter, höhere Level der Selbstwirksamkeit, die Ausübung einer bezahlten Arbeit und geringere Beeinflussung durch die krankheitsbedingte Fatigue Prädiktoren für körperliche Aktivität [18; 21]. RA-Patienten, die einer sportlichen Betätigung nachgingen, berichteten von einer besseren Funktionsfähigkeit, weniger Schmerzen, mehr Kraft und einer von ihnen wahrgenommenen verminderten Progression der Krankheit [21]. Weiterhin waren auch die Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe und bereits durchgeführte sportliche Aktivitäten mit einer höheren Bereitschaft zur körperlichen Betätigung assoziiert. Negativen Einfluss hingegen hatten der Mangel an adäquaten Angeboten, Zeitmangel, anderweitige Verpflichtungen sowie zu hohe Kosten und die Angst vor einer Verschlimmerung der Schmerzen [21]. Die Patienten wünschten sich mehr Information von betreuenden Ärzten zu Sport und Bewegung, gut ausgebildete Kursleiter in rheumaspezifischen Angeboten und geringere Kosten [28]. Berufliche Veränderungen, ambulante Therapieangebote und eine verbesserte interdisziplinäre Versorgung werden als Vorschläge zur Verbesserung des eigenen Gesundheitszustandes angegeben [28].

1.3 Therapie-Empfehlungen

Viele Autoren haben aufgrund von Studien die Notwendigkeit der frühzeitigen medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie unterstrichen [1; 3 - 5; 18; 29].

In den vergangenen Jahren konnte die medikamentöse Therapie der RA-Patienten stark verbessert werden [4; 29 - 30]. Es gehören nun nicht mehr nur Glucocorticoide und NSARs

(Nichtsteroidale Antiphlogistika) wie Ibuprofen und Diclofenac sowie Basistherapeutika (DMARDs-disease modifying antirheumatic drugs) wie das weit verbreitete Methotrexat zur Standardtherapie einer rheumatoiden Arthritis, sondern auch sogenannte Biologica wie die TNF- α -Inhibitoren. Der Einsatz dieser neuen Therapieoptionen konnte den Funktionsstatus der RA-Patienten deutlich steigern, allerdings nicht für alle Patienten im gewünschten Ausmaß [3 - 4; 30].

Die zweite wichtige Säule in der Therapie der RA stellt die nicht-medikamentöse Therapie dar. Sie beinhaltet sowohl physikalische Therapieansätze wie Elektro-, Hydro- und Thermotherapie, die Versorgung mit Hilfsmitteln, die Ergotherapie als auch die Bewegungstherapien wie Krankengymnastik, Funktionstraining, Rehabilitationssport und Medizinische Trainingstherapie. Die körperliche Betätigung durch regelmäßige Teilnahme an Bewegungstherapien konnte oftmals positive Effekte auf aerobe Kapazität, Muskelkraft und Funktionsfähigkeit vorweisen [3; 6; 17; 19; 22; 31 - 33]. Die durch die stetige körperliche Aktivität deutlich verbesserten Funktions- sowie Krankheitsparameter waren unter anderem von einer kontinuierlichen dauerhaften Durchführung abhängig, da oftmals bei Nachbeobachtungen von Patienten mit RA und anderen muskuloskelettalen Erkrankungen ein Absinken der relevanten Effekte nach Aufgabe der körperlichen Tätigkeit zu beobachten war [6; 17; 19; 34;]. Auch die Ausübung von Freizeitsportarten steigert die Kraft der Muskulatur, die Beweglichkeit und die Gelenkführung. So empfiehlt die DGRH die Patienten zur körperlichen Betätigung zu motivieren und Informationen zu möglichen Sportarten zu geben [4]. Desweiteren wurden Empfehlungen für die Verordnung von bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen veröffentlicht [35].

1.4 Rahmenbedingungen für medizinische Rehabilitation und ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen

1.4.1 Medizinische Rehabilitation

Rehabilitationsmaßnahmen - auch als Leistungen zur Teilhabe bezeichnet - sollen durch Verbesserung der Leistungs- und Funktionsfähigkeit unter anderem Erwerbstätigkeit erhalten oder nach Möglichkeit wieder herstellen [1]. Dadurch kann die Lebensqualität der Betroffenen angehoben werden. In diesem Sinne sind die Grundsätze "Rehabilitation vor Rente", "Rehabilitation vor Pflege" und "ambulant vor stationär" zu beachten [36]. In der medizinischen Rehabilitation werden verschiedene Therapien mit dem Ziel der Funktionsverbesserung, Muskelkräftigung, Beweglichkeitsverbesserung, Minderung der Krankheitsaktivität, Krankheitsbewältigung durch Hilfsmittelanwendung, physikalische Maßnahmen und Maßnahmen zur Bewältigung von Anforderungen im beruflichen, sozialen und privaten Umfeld (zum Beispiel

Maßnahmen zur Wiedereingliederung in den beruflichen Alltag) individuell auf die Bedürfnisse des Rehabilitanden angewendet [37 - 38]. Dafür ist ein multidisziplinäres Team nötig, um möglichst alle Bereiche der Einschränkung gemäß der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) zu erreichen. Diese von der WHO (World Health Organisation) vorgeschlagene Klassifikation beruht auf dem bio-psycho-sozialen Konzept, das die Funktionsfähigkeit eines Menschen in verschiedenen Bereichen seines Lebens und mit Einbeziehung seiner Umwelt besser beschreiben und bei der optimalen Behandlung helfen soll [39; 40]. Dabei unterscheidet man zum Einen die Körperfunktionen und -strukturen, die Aktivität sowie die Teilhabe und zum Anderen Kontextfaktoren.

Die ganztägig ambulante Rehabilitationsmaßnahme bietet die Möglichkeit, dass der Patient sein häusliches Umfeld nicht vollständig verlassen muss. Bedingung ist allerdings, dass die Anreise für den Patienten zumutbar ist (Anreise maximal 45 Minuten dauernd, nötige Mobilität vorhanden) und dass die häusliche Versorgung gewährleistet ist [1]. Abzuwägen ist, ob die ganztägig ambulante Rehabilitation nicht zu einer Doppelbelastung durch Haushaltsführung und Verpflichtungen gegenüber Angehörigen einerseits und der ganztägigen Therapie andererseits führt [41]. Die stationäre medizinische Rehabilitation erfordert im Gegensatz dazu eine komplette Herausnahme des Patienten aus dem häuslichen Alltag. Liegen Kontraindikationen für eine ganztägig ambulante Rehabilitation vor, wie zum Beispiel zu starke Funktionseinschränkung, Multimorbidität oder die Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Überwachung, so kommt die stationäre Durchführung der Rehabilitation in Betracht [1]. Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn bei Vorliegen einer voraussichtlich länger bestehenden, drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigung eine kurative Versorgung allein zum Erhalt der Teilhabe am Alltags- oder Berufsleben nicht ausreicht und somit eine medizinische Rehabilitation erforderlich ist [41]. Der Regelabstand zwischen zwei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beträgt bei der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung vier Jahre und kann bei gesundheitlich dringender Erfordernis verkürzt werden [42].

1.4.2 Funktionstraining

Das Funktionstraining gilt als ergänzende Leistung, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen [43]. Das Konzept ist auf die Verminderung der Funktionseinschränkung durch Krankheiten der Stütz- und Bewegungsorgane ausgelegt, wobei hier das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe angewendet wird. Die Patienten sollen durch die Teilnahme am Funktionstraining lernen, Bewegungstraining selbst durchzuführen. Sie sollen motiviert werden, die körperliche Aktivität aufrecht zu erhalten und auf eigene Verantwortung Bewegungsangebote nach Ende der

Teilnahme am Funktionstraining wahrzunehmen. Die Rahmenbedingungen wurden in den Rahmenvereinbarungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation festgelegt [43]. Angewendet werden Bestandteile der Krankengymnastik und Ergotherapie. Die Durchführung erfolgt als Trocken- oder Wassergymnastik in Gruppen und wird von der Deutschen Rheuma-Liga angeboten. In den Rahmenvereinbarungen wurde der Leistungsumfang der Deutschen Rentenversicherung auf 6, maximal 12 Monate sowie für die gesetzliche Krankenversicherung auf 12 Monate festgelegt, wobei in Einzelfällen eine längere Kostenübernahme genehmigt werden kann. Trockengymnastik soll die Dauer einer Behandlungseinheit von 30 Minuten, Wassergymnastik von mindestens 15 Minuten nicht unterschreiten. In der Regel können bis zu zwei, in begründeten Fällen bis zu drei Übungsveranstaltungen pro Woche stattfinden. Das Funktionstraining findet in Gruppen mit maximal 15 Teilnehmern statt, da sich Bewegungstherapien in der Gruppe unter Anleitung auf Dauer als effektiver herausgestellt haben, als Bewegungsübungen allein [3; 33].

1.4.3 Rehabilitationssport

Wie das Funktionstraining stand auch der Rehabilitationssport im Fokus der Rahmenvereinbarungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation [43]. Rehabilitation soll möglichst die Patienten dabei unterstützen sich in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern und Hilfe zur Selbsthilfe anbieten. Allerdings steht hinter dem Konzept des Rehabilitationssports ein ganzheitlicher, alle körperlichen Funktionen betreffender Ansatz. Ausdauer, Kraft, Flexibilität und Koordination sollen geschult werden, um eine aktive Teilhabe am sozialen und Arbeitsleben zu ermöglichen bzw. wieder herzustellen. Verwendete Sportarten stellen Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen sowie Bewegungsspiele in Gruppen dar. Rehabilitationssport wird vom Deutschen Behindertensportverband bzw. dessen Landesbehinderten-Sportverbänden angeboten und von den Kostenträgern für 6 bis 12 Monate (Deutsche Rentenversicherung) bzw. 18 Monate (gesetzliche Krankenversicherung) übernommen. Auch hier ist im Einzelfall eine Verlängerung nach entsprechendem Antragsverfahren möglich. Die Dauer einer Veranstaltung ist auf mindestens 45 Minuten, die Frequenz auf bis zu zweimal pro Woche, in Ausnahmefällen bis zu dreimal pro Woche, festgelegt. Aufgrund der positiven Effekte eines Trainings in der Gruppe wird auch hier die Therapie in Kursen mit bis zu 15 Teilnehmern durchgeführt.

1.4.4 Medizinische Trainingstherapie

Die Medizinische Trainingstherapie ist eine Bewegungstherapie, die zur Steigerung von Muskelkraft, Ausdauer und Beweglichkeit entwickelt wurde. Dabei werden spezielle Trainingsgeräte eingesetzt und die Therapie unter Aufsicht durchgeführt. Diese Form der Therapie konnte schon in einigen Studien positive Effekte vorweisen [3; 19 - 20; 30]. Die Verordnung ist in Deutschland als Teil der Nachsorgeleistungen bei rehabilitativen Maßnahmen unter anderem bei Erkrankungen der Bewegungsorgane zum Teil durch einzelne Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung gewährleistet [44 - 45]. Sie kann zunächst für 6 Monate zu zwei Einheiten pro Woche à eine Stunde durchgeführt werden.

1.4.5 Krankengymnastik

Die Verordnung der Krankengymnastik wird in den Richtlinien zur Heilmittelverordnung geregelt [35; 46; 47]. Krankengymnastik kann nach entsprechender Indikation als Erst- und Folgeverordnung verschrieben werden. Dabei werden den aus Einzeldiagnosen zusammengesetzten Diagnosegruppen Leitsymptomaten, Therapieziele, ordnungsfähige Heilmittel und der Umfang der möglichen Verordnungen zugeordnet [35]. Für Patienten mit schweren dauerhaften Schädigungen, bei denen auch dauerhaft Behandlungsbedarf besteht, ist eine langfristige Genehmigung von Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles möglich. Nach Ablauf der maximal möglichen Folgeverordnungen, die auf eine Erstverordnung bezüglich einer konkreten Diagnose folgen dürfen, muss eine Therapiepause von mindestens 12 Wochen eingelegt werden [35]. Allerdings dürfen aufgrund einer anderen konkreten Diagnose auch weiterhin Heilmittel verschrieben werden.

Auch für die Durchführung von Physiotherapie sind die gruppenspezifischen positiven Effekte gewünscht, falls eine Gruppentherapie möglich ist. Die Form ist je nach Bedarf Trockengymnastik, Wassergymnastik und Krankengymnastik unter Zuhilfenahme von Geräten. Die Zuzahlung liegt laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung bei 10 % der Kosten sowie 10 € pro Verordnung [48].

1.4.6 Ergotherapie

Die Ergotherapie soll gestörte Funktionen im sensorischen, motorischen, kognitiven und psychischen Bereich behandeln und wiederherstellen. Die Ergotherapie-Verordnung wird ebenfalls in den Richtlinien zur Heilmittelverordnung festgelegt [46 - 47]. Die Therapie kann für die Indikation der RA für maximal 20 Einheiten pro Regelfall verordnet werden und bezieht sich auf Bewegungsstörungen und -einschränkungen, Muskeldysbalancen sowie Schmerzen. Die Ergotherapie beinhaltet Übungen für die Motorik und Geschicklichkeit, bietet Beratung zum

Gelenkschutz und dem Einsatz von Hilfsmitteln und schult im Umgang mit Schienen und Orthesen. Studien zeigen Evidenzen für eine Besserung der Funktionsfähigkeit bezüglich der Anleitungen zum Gelenkschutz und der Anwendung von Schienen [30; 32]. Schmerzen erfahren allerdings keinen Einfluss durch die Ergotherapie.

1.5 Versorgung mit medizinischer Rehabilitation und ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen

1.5.1 Medizinische Rehabilitation

Autoren weisen auf die zu geringe Versorgung mit medizinischer Rehabilitation hin [8; 37; 49]. Vor allem wird die Rechtzeitigkeit der Inanspruchnahme von Reha angezweifelt. Die Daten der Kerndokumentation zeigten bereits 2001 eine Verminderung des Anteils an Patienten mit entzündlich-rheumatischen Krankheiten, die eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erhielten [9]. Der Anteil derjenigen, die jemals an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnahmen, belief sich auf knapp ein Drittel. In neueren Untersuchungen der Daten der Kerndokumentation ergab sich eine weitere Reduktion der Patienten mit RA, die eine stationäre Rehabilitation erhielten [50]. So sank deren Anteil unter den gering funktionsbeeinträchtigten RA-Patienten von 14 % auf 4 % und unter den mäßig und stark beeinträchtigten Befragten ($FFbH \leq 70$) um etwa die Hälfte von 20 % auf 11 %.

Die Tatsache, dass etwa die Hälfte der Patienten, die 2005 eine Erwerbsminderungsrente bewilligt bekommen hatten, in den vorangegangenen fünf Jahren keine rehabilitativen Maßnahmen erhielten, verdeutlicht die Unterversorgung [15]. Neue Auswertungen der Daten der Deutschen Rentenversicherung konnten darstellen, dass unter den inzidenten Verrentungen der Anteil an Betroffenen, die keine medizinische Rehabilitation in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung erhielten, von 2001 bis 2012 um 10 % auf etwa die Hälfte stieg [50]. Schlademann et al. verweisen auf nationale und regionale Daten, die eine Unterversorgung an Rehabilitation bei Rheuma-Kranken wahrscheinlich machen [28]. Diese und neuere Daten geben den Hinweis darauf, dass noch zu wenige derjenigen RA-Patienten, bei denen Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, tatsächlich auch eine medizinische Rehabilitation erhielten. In der Patientenbefragung von Müller und Mau aus dem Jahr 2008 hatten im Median 40 % der rehabilitationsbedürftigen RA-Kranken eine Rehabilitationsmaßnahme beantragt [10]. Befragte Rheumatologen äußerten sich zu Schwierigkeiten in der Kommunikation mit den Rehabilitations-Einrichtungen. RA-Patienten mit starker Funktionseinschränkung erhielten in dieser Umfrage zu

38 % keine stationäre Rehabilitation. In den Gruppen mittlerer und geringer Einschränkung lagen die Anteile bei 48 % und 70 %.

Rheumatologen gaben als Gründe gegen eine Rehabilitationsmaßnahme die Ablehnung durch die Patienten sowie durch den Leistungsträger, zu hohen bürokratischen Aufwand und patientenbezogene Faktoren wie zu hohes Alter, schwere Komorbidität, geringe Krankheitsausprägung an [10]. Die Patienten begründeten eine Ablehnung der Rehabilitation mit geringer Krankheitsausprägung, häuslicher Bindung, Arbeitsplatzproblemen und zu starken Beschwerden.

Ein wichtiges Thema ist auch die medizinisch-rehabilitative Versorgung der älteren Patienten mit RA, also jene, die bereits kurz vor oder schon im Rentenalter stehen. Denn im Durchschnitt sind RA-Patienten weiblich und etwa 58 Jahre alt [50]. Da in diesem Fall der Erhalt der Funktionsfähigkeit bzw. „die Vermeidung oder Verminderung von alltagsrelevanten Funktionsstörungen“ und von „Pflegebedürftigkeit“ als Rehabilitationsziel im Vordergrund steht, ist die gesetzliche Krankenversicherung für notwendige Leistungen zuständig. Allerdings zeigen Daten, dass medizinische Rehabilitation unter anderem wegen RA von der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber der Deutschen Rentenversicherung bis zu 14-mal seltener geleistet wird [50]. Mau et al. stellen fest, dass in diesem Fall von einer Unterversorgung gesprochen werden kann.

1.5.2 Funktionstraining

Eine Befragung von aktuellen und ehemaligen Mitgliedern der Rheuma-Liga in Niedersachsen konnte zeigen, dass durch die Aufnahme des Funktionstrainings die Funktionskapazität der Betroffenen deutlich gesteigert werden konnte. Außerdem konnte eine Abnahme der ärztlichen Verordnung von Einzelkrankengymnastik während der regelmäßigen Teilnahme am Funktionstraining verzeichnet werden [6]. Der Großteil der Mitglieder und ehemaligen Mitglieder hatte Funktionstraining in Anspruch genommen (ca. 90 %). Allerdings gibt es keine Aufstellung, wie groß der Anteil an RA-Patienten insgesamt ist, der bereits Funktionstraining absolviert hat. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gibt an, dass sich in den Jahren 2010 bis 2012 die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für Funktionstraining oder Rehabilitationssport um 0,1 % verringert hätten [51].

1.5.3 Rehabilitationsport

Zur Versorgung mit Rehabilitationssport in Deutschland finden sich kaum Daten. Eine Auswertung bezüglich Nachsorgeempfehlungen nach orthopädischer Rehabilitation ergab, dass die

Durchführung von Funktionstraining und Rehabilitationssport mit 9,5 % und 4 % eher selten empfohlen wurde [52]. Bei nur einem Viertel der Patienten wurde der vorgeschlagene Reha-Sport auch umgesetzt.

1.5.4 Medizinische Trainingstherapie

Eine Vergleichsstudie in Deutschland stellte drei ambulante Therapieformen bei chronischen Rückenschmerzen in Form von Medizinischer Trainingstherapie, ambulanter medizinischer Rehabilitation und einer erweiterten ambulanten Physiotherapie anhand gewonnener Daten zu Durchführung, Behandlungsergebnissen und Zufriedenheit der Patienten nebeneinander [53]. Dabei wurde deutlich, dass die Medizinische Trainingstherapie im Schnitt viel früher als die beiden anderen Therapieformen nach der Veranlassung der Therapie durch einen niedergelassenen Arzt angetreten werden konnte. So betrug die Wartezeit auf den Beginn der Medizinischen Trainingstherapie für 91 % 3 Wochen oder weniger. Außerdem waren die Therapiekosten im Vergleich geringer.

Daten zur Versorgung von RA-Patienten in Deutschland mit der ambulant durchführbaren Medizinischen Trainingstherapie sind allerdings nicht zu finden.

1.5.5 Krankengymnastik

Daten der Kerndokumentation der nationalen Rheumazentren von 2001 ergaben, dass 36 % der Patienten ambulante Physiotherapie in den letzten 6 Monaten erhielten, gerade einmal 7 % nahmen an einer Gruppen-Physiotherapie teil [9]. Sekundär-Auswertungen der RheumaDat-Studie von 2009 ergaben, dass etwa 60 % der befragten RA-Patienten Krankengymnastik in den letzten sechs Monaten erhalten hatten [54]. Der Anteil an physiotherapeutisch versorgten RA-Patienten lag dagegen bei der Auswertung von Daten einer Krankenkasse bei gerade einem Drittel [55]. Bei einer Patientenbefragung aus dem Jahr 2008 ergab sich ein Anteil von einem Viertel, das im letzten Quartal Einzelkrankengymnastik erhielt [10]. In der Kategorie der höchsten Alltagseinschränkung (FFbH < 50) hatten nur 31 % in den letzten 12 Monaten Krankengymnastik erhalten. Gründe für die wahrgenommene Unterversorgung mit Physiotherapie wurden in einer Pilotstudie exemplarisch von Betroffenen erfragt [56]. Dabei wurden terminliche Schwierigkeiten seitens der Ärzte und Physiotherapeuten, fehlende Folgeverordnungen und lange Wartezeiten als Störfaktoren für einen reibungslosen Ablauf der Verordnung und Durchführung von Krankengymnastik aufgeführt.

1.5.6 Ergotherapie

Aus Daten der Kerndokumentation von 2001 geht hervor, dass etwa 15 % der RA- Patienten entweder ambulant oder stationär an einer Ergotherapie teilgenommen hatten [9]. Bezogen auf rein ambulante Maßnahmen hatten gerade einmal 5 % Ergotherapie erhalten. Im Zeitraum von 1994 bis 2004 wurde bezüglich ergotherapeutischer Maßnahmen eine Abnahme der Verordnung um 3 % verzeichnet (nach Thieme et al [13]). Die Beteiligungsrate an Ergotherapie in der Gruppe der Patienten mit hoher Funktionseinschränkung (Score im Funktionsfragebogen Hannover-FFBH < 50) lag in einer Studie zur ergotherapeutischen Versorgung durch Auswertung von Daten des RheumaDat-Panels bei 13 % [13]. Müller und Mau stellten anhand der Daten einer Patientenbefragung fest, dass Ergotherapie in der Gruppe der funktionell am stärksten beeinträchtigten Patienten (FFbH < 50) nur zu 11 % wahrgenommen wurde [10]. In den Gruppen mittlerer und geringer Einschränkung lagen die Anteile bei 4 % und 2 %. Insgesamt hatten 13 % der RA-Patienten bereits Ergotherapie erhalten. Patienten mit hoher Funktionseinschränkung hatten zu 13 %, mit mittlerer Funktionseinschränkung zu 16 % und mit niedriger Einschränkung (FFbH > 75) zu 12 % Ergotherapie wahrnehmen können. Bei einer Untersuchung zur ergotherapeutischen Versorgung mithilfe Daten einer gesetzlichen Krankenkasse ergab sich ein Anteil von gerade einmal 2 % unter den bei dieser Krankenkasse versicherten RA-Patienten [55].

2 Zielstellung

Zur Versorgung mit den ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen Krankengymnastik, Ergotherapie, Medizinische Trainingstherapie, Funktionstraining und Rehabilitationssport von ambulant behandelten Patienten mit RA in Deutschland liegen derzeit wenige Daten vor. In bisherigen Untersuchungen liegt der Fokus meist nur auf einer oder zwei der genannten Maßnahmen. Ob die Teilnahme an allen fünf Therapien nach Funktionseinschränkung variiert, wurde bisher nicht untersucht. Weiterhin finden sich kaum Untersuchungen mit dem Ziel, Rehabilitationsteilnahme und die Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen gemeinsam zu betrachten. Ob die Verordnung von ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen sowie medizinischer Rehabilitation in verschiedenen rheumatologischen Schwerpunktpraxen deutschlandweit gleichermaßen erfolgt, konnte noch nicht geklärt werden.

Deshalb wurden folgende Fragestellungen untersucht:

- Weisen Patienten mit RA in Abhängigkeit der alltagsbezogenen Funktionseinschränkung Unterschiede im Bewegungsverhalten, insbesondere freiwillig durchgeführter sportlicher Betätigung und Teilnahme an Selbsthilfegruppen auf?
- Wie sind die Teilnahmeraten an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen und medizinischer Rehabilitation in Abhängigkeit vom Grad der Funktionseinschränkung?
- Finden sich Unterschiede in der Versorgung mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen zwischen den teilnehmenden Praxen bei Berücksichtigung der Funktionseinschränkungen?
- Inwiefern variieren Ansprüche der Teilnehmer und Nichtteilnehmer, der Erwerbstätigen und Altersrentner an die oben genannten ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen?
- Welche Gründe gegen die Inanspruchnahme angebotener Leistungen (ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen, medizinische Rehabilitation) äußern die Betroffenen?
- Wie ist die Versorgung Erwerbstätiger und Altersrentner mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen? Worin unterscheiden sich diese beiden Gruppen bezüglich ihres Bewegungsverhaltens und ihrer Wünsche zu ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen?

Diese Arbeit soll einen Beitrag zur Diskussion über die derzeitige Versorgung mit ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen und medizinischer Rehabilitation von RA-Patienten in Abhängigkeit von der Funktionseinschränkung liefern. Weiterhin werden Wünsche der RA-Patienten zu ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen näher beleuchtet. Ziel ist es, Schwachstellen bezüglich der Versorgung verschiedener Zielgruppen aufzudecken, um Optimierungsmöglichkeiten anzuregen.

3 Material und Methodik

3.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine quantitative Querschnittsanalyse von anonymen Daten aus einem eigens erstellten Fragebogen. Dazu wurden 32 rheumatologische Schwerpunktpraxen in ganz Deutschland um Teilnahme gebeten, von denen 9 Ihre Zusage erteilten. In den teilnehmenden Praxen wurden Fragebögen an mindestens 18 Jahre alte Patienten mit der fachrheumatologisch gesicherten Diagnose Rheumatoide Arthritis (ICD 10: M05/ M06) verteilt.

3.2 Fragebogen und Instrumente

Im Wesentlichen wurde der Fokus auf die Funktionen im Alltag auf Basis des ICF-Modells (International Classification of Functioning, Disability and Health) der WHO (World Health Organisation) gelegt [39 - 40].

Um den derzeitigen Status der körperlichen Einschränkung im Alltag zu erheben, wurde der Funktionsfragebogen Hannover für Gelenk- und Rückenerkrankungen (FFbH-P+R) verwendet. Dieses Instrument gilt als ein in der Praxis gut anwendbares Mittel um durch einfache Fragen zur Durchführbarkeit von alltäglichen Aktivitäten (z. B. Heben eines schweren Gegenstandes) die Einschränkung aufgrund der Erkrankung wiederzugeben [59 - 64].

Zur Erfassung der Lebensqualität wurde die verkürzte Version des SF-36 (Short-Form-Health-Survey), der SF-12 eingesetzt. Hierbei handelt es sich um Fragen zu Schmerzen, Gesundheitswahrnehmung sowie Einfluss der Erkrankung auf das psychische Wohlbefinden [61 - 63; 65 - 67]. Zur Beurteilung der körperlichen und psychischen Befindlichkeit wird anhand der 12 Items eine Punktzahl zwischen 0 und 100 für die Items zur Einordnung auf der psychischen sowie der körperlichen Summenskala errechnet. Diese Werte auf der körperlichen und psychischen Summenskala können dann mit Werten einer der Normalbevölkerung entsprechenden Stichprobenpopulation verglichen werden [65].

Um einen Eindruck von der körperlichen Aktivität, der Motivation zu dieser sowie zum Einfluss der Erkrankung auf die körperliche Aktivität zu erlangen, wurden einige Fragen aus dem HAPA (Health Action Process Approach) sowie Fragen zur Bewegung aus dem FEG (Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens) ausgewählt [61 - 63; 68]. Die Zufriedenheit mit dem eigenen Sportverhalten wurde auf einer numerischen Skala von 0 (gar nicht zufrieden) bis 10 (völlig zufrieden) abgebildet. Die Motivation, sich mehr im Alltag bewegen zu wollen sowie regelmäßiger

Sport auszuüben, wurde auf einer numerischen Ratingskala von 0 (stimmt nicht) bis 6 (stimmt völlig) abgefragt.

Außerdem konnten die Befragten Angaben zur regelmäßigen Durchführung von Sport in der Freizeit mindestens einmal pro Woche machen sowie Auskunft über die Sportart über einige vorgegebene Sportarten und eigene Anmerkungen geben.

Zur Abbildung des Versorgungstandes wurden die Patienten zur Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen sowie deren Rahmenbedingungen befragt. Desweiteren konnten die Befragten Angaben zu deren Zufriedenheit mit der wahrgenommenen Therapie und zu Änderungswünschen machen. Die Gruppe derer, die nicht innerhalb der letzten 12 Monate bzw. noch nie eine ambulante Maßnahme durchgeführt hatten, wurde gebeten, die Vorstellungen und Anforderungen an eine ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme bezüglich Rahmenbedingungen und Inhalt der Therapie anzugeben.

Fragen zu soziodemografischen Aspekten wie z. B. Alter, Bildung und Berufsstand wurden dem Fragebogen zur Erstellung des Winkler-Index entnommen [69 - 70].

Der Fragebogen beinhaltet Fragen zu folgenden Themen:

- Krankengeschichte (Dauer der Erkrankung an RA, Komorbidität, Medikamenteneinnahme, anerkannter Grad der Behinderung „GdB“ [71], Funktionskapazität mittels FFbH [64], Lebensqualität erfragt durch SF-12 [65])
- körperliche Aktivität (HAPA: Health Action Process Approach [68], FEG: Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens [63], Freizeitaktivitäten, Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe)
- Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen (explizit bei stattgefundenener Teilnahme in den letzten 12 Monaten Fragen zu Rahmenbedingungen, Bedingungen bei Teilnahme an einer Gruppentherapie, Zufriedenheit mit den Maßnahmen, Änderungswünsche)
- Nichtteilnahme in den letzten 12 Monaten (Gründe, Vorstellungen von einer guten ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahme)
- Rehabilitationsspezifische Fragen (Teilnahme an ganztägig ambulanter und stationärer Rehabilitation, Gründe gegen eine Rehabilitation [10; 71])
- Soziodemographische Aspekte [70]

Den Überblick über den Inhalt des Fragebogens gibt die Tabelle 1 (Aufgrund der Fülle an Daten sollen in dieser Dissertation nicht alle dokumentierten Daten ausgeschöpft werden, sondern Gegenstand weiterer Publikationen sein).

Tabelle 1: Inhalt des Fragebogens

GEGENSTAND	INSTRUMENT BZW. ANTWORTMÖGLICHKEITEN	NR. IM FRAGEBOGEN	ZITAT
Soziodemographie:			
Geschlecht	männlich/weiblich	57	[70]
Alter	Geburtsjahr	58	
Wohnsituation	allein lebend/mit einem Partner lebend	59	
Wohnort	Postleitzahl	60	
Haushaltsnettoeinkommen pro Monat	in Euro	61	[70]
Schulabschluss	verschiedene Schulabschlüsse	62	
Berufsausbildung	verschiedene Arten der Berufsausbildung	63	
Berufliche Stellung	verschiedene Arten der beruflichen Stellung	66	
Erwerbstätigkeit	verschiedene Formen des Erwerbstätigkeitstatus	64	
Gesundheitsparameter:			
Krankheitsdauer	Zeit vom Datum der ersten Symptome bis zum Datum der Auswertung	01	
Diagnosedauer	Zeit vom Datum der ärztlichen Diagnosestellung bis zum Datum der Auswertung	02	
Komorbidität	verschiedene, häufige chronische Erkrankungen	04	
Medikamenteneinnahme	Medikamente, die bei RA indiziert sind, sowie Medikamente für chronische Erkrankungen	05	
Behinderungsgrad	ja, nein, Antragsstellung, Grad der Behinderung	06	[71]
alltagsbezogene Funktionsfähigkeit	Funktionsfragebogen Hannover für Gelenk- und Rückenerkrankungen: FFbH-P+R	07	[64]
gesundheitsbezogene Lebensqualität	Short-Form-Health-Survey: SF-12	08 - 14	[65]

Tabelle 1: Inhalt des Fragebogens

GEGENSTAND	INSTRUMENT BZW. ANTWORTMÖGLICHKEITEN	NR. IM FRAGE- BOGEN	ZITAT
körperliche Aktivität			
Motivation zu körperlicher Aktivität	Health Action Process Approach: HAPA	15 - 18	[68]
Zufriedenheit mit Bewegungsaktivitäten	Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens: FEG, Numerische Rating-Skala von 0 - 10	19	[63]
Veränderungswünsche bei Bewegungsaktivitäten	Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens: FEG, Numerische Rating-Skala von 1 - 6	20	[63]
Gewöhnung an das Ausüben regelmäßiger Sportarten	Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens: FEG, Numerische Rating-Skala von 1 - 6	21	[63]
körperlicher Anspruch am Arbeitsplatz	leichte, mäßige, schwere körperliche Tätigkeit	65	
Mitgliedschaft in Selbsthilfegruppe	ja, nein, Gründe gegen eine Mitgliedschaft, Auswahl häufiger Selbsthilfegruppen und Eigenangabe	22	
Teilnahme an ambulanten bewegungs-/ funktionsorientierten Maßnahmen			
Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen	Mehrfachantworten, Angabe des Zeitraumes der Therapieaufnahme (nie, > 12 Monate, ≤ 12 Monate) für jede Therapie (FT, RS, MTT, KG, ET)	23	
bisherige Dauer der Teilnahme an der bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahme	Zeit zwischen dem Datum des ersten Termins und dem Datum der Auswertung	25	
Therapieform	Auswahl verschiedener Formen der Therapiedurchführung	26	
Zuzahlung pro Monat	in Euro	27	
Therapie- Ort	verschiedene Orte und Eigenangabe	28	
Anbieter der Maßnahme	Auswahl und Eigenangabe	29	
Anfahrtsweg	Dauer und Verkehrsmittel	30	
Zugang zur Maßnahme	Auswahl und Eigenangabe	31	
Terminhäufigkeit und Zufriedenheit	Auswahl	32, 33	
Termindauer und Zufriedenheit	Auswahl	34, 35	

Tabelle 1: Inhalt des Fragebogens

GEGENSTAND	INSTRUMENT BZW. ANTWORTMÖGLICHKEITEN	NR. IM FRAGEBOGEN	ZITAT
Gruppeneigenschaften			
Anzahl der Teilnehmer und Zufriedenheit	Auswahl	36, 37	
Alter der Gruppenteilnehmer	Einschätzung im Vergleich zum Alter des Befragten	38	
Geschlechtsverteilung	Auswahl	39	
Krankheitsbildvielfalt innerhalb der Gruppe, Angabe bei Wissen um die verschiedenen Krankheitsbilder	verschiedene Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates	40, 41	
Teilnehmerwechsel	immer, oft, manchmal, nie	42	
Therapeutenwechsel			
Veränderung des Schweregrads			
Individuelle Übungen	nie, selten, manchmal, oft	43	
eigene Leistung im Verhältnis zu den übrigen Teilnehmern	gar nicht schwer, kaum schwer, mittel, schwer, sehr schwer	44	
körperliche Anstrengung (wenig, mittel, stark)	wenig, mittel, sehr anstrengend	45	
Zufriedenheit und persönliche Einschätzung			
Therapeut	überhaupt nicht zufrieden, eher nicht zufrieden, eher zufrieden, völlig zufrieden, nicht zutreffend	46	
Anforderung an Ausdauer			
Durchhaltevermögen			
Abwechslung			
Individualität			
Wichtigkeit der Therapie			
Alltagstauglichkeit der Übungen			
spürbarer Erfolg	trifft überhaupt nicht zu, trifft eher nicht zu, trifft eher zu, trifft völlig zu, nicht zutreffend		
soziale Kontakte	überhaupt nicht zufrieden, eher nicht zufrieden, eher zufrieden, völlig zufrieden, nicht zutreffend	47	
Wohlbefinden in der Gruppe			
Spaß			
Wille, die Therapie weiterzuführen	trifft überhaupt nicht zu, trifft eher nicht zu, trifft eher zu, trifft völlig zu, nicht zutreffend		
Weiterempfehlung			
gute Elemente der Therapie	Freitext	48	
schlechte Elemente der Therapie	Freitext	49	

Tabelle 1: Inhalt des Fragebogens

GEGENSTAND	INSTRUMENT BZW. ANTWORTMÖGLICHKEITEN	NR. IM FRAGEBOGEN	ZITAT
Verbesserungswünsche von Patienten, die an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen in den letzten 12 Monaten teilgenommen haben			
Anfahrtsweg	höchste Dauer in Minuten und Strecke in Kilometer	50	
Häufigkeit der Termine	Auswahl		
Dauer der Termine	Auswahl (länger/kürzer, Angabe in Minuten)		
Altersdurchschnitt der Teilnehmer	Auswahl (im Vergleich zu sich selbst)		
Geschlechtsverteilung der Teilnehmer	Auswahl		
Krankheitsbild-Spektrum	Auswahl häufiger Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates		
Übungen (zusätzliche Wünsche, zu vernachlässigende Übungen, körperliche Anstrengung)	Freitext		
zusätzliche Angebote (Sportspiele)	Auswahl		
weitere Anmerkungen	Freitext		
gewünschte Tageszeit	Auswahl (Mehrfachantworten)		
präferierte Therapien	Auswahl (Mehrfachantworten)		
Anspruch an eine bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme bei bisheriger Nichtteilnahme (nie oder vor > 12 Monaten):			
Gründe für Nichtteilnahme in den letzten 12 Monaten	Auswahl	51	
höchste akzeptierte Beitragszahlung	Angabe in Euro	52	
Anfahrtsweg	maximale Dauer in Minuten und Strecke in Kilometer		
Häufigkeit der Termine	Auswahl		
Dauer eines Termins	Angabe in Minuten		
Altersdurchschnitt der Teilnehmer	Auswahl (im Vergleich zu sich selbst)		
Geschlechtsverteilung der Teilnehmer	Auswahl		
Krankheitsbild-Spektrum	Auswahl häufiger Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates		
Vorstellung von einzelnen Übungselementen, körperliche Anstrengung	Freitext		
Wunsch bezüglich zusätzlich Angebote	Auswahl (Sportspiele) und Freitext		
weitere Anmerkungen	Freitext		
gewünschte Tageszeit	Auswahl (Mehrfachantworten)		
präferierte Therapien	Auswahl (Mehrfachantworten)		

Tabelle 1: Inhalt des Fragebogens

GEGENSTAND	INSTRUMENT BZW. ANTWORTMÖGLICHKEITEN	NR. IM FRAGE- BOGEN	ZITAT
medizinische Rehabilitation			
Teilnahme an stationärer Rehabilitation	nein, innerhalb der letzten 4 Jahre, vor mehr als 4 Jahren, mehrmals	53	[10, 71]
Teilnahme an ganztägig ambulanter Rehabilitation	s.o.	54	modifiziert nach [71]
Gründe für keine/zu seltene Rehabilitation	Auswahl (Mehrfachantwort)	55	[71]
Teilnahme an ambulanter oder teilstationärer Vorsorge und Rehabilitation ("offene Badekur") und Finanzierung	Auswahl	56	[71]

3.3 Patientenselektion

Von 700 versendeten Fragebögen wurden 372 (53 %) beantwortet und von den Patienten an uns zurück gesendet. Aufgrund verschiedener Merkmale, wie z. B. Angaben, dass diese Therapie nach einer Operation in einer Klinik oder während einer medizinischen Rehabilitation durchgeführt wurde, mussten 25 Fälle von den Auswertungen ausgeschlossen werden. Hier musste davon ausgegangen werden, dass sich die Beantwortung zu den Rahmenbedingungen von ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen auf rehabilitative Maßnahmen (z. T. aufgrund anderer nicht RA-betreffender Indikationen oder im Rahmen stationärer Aufenthalte in einer Klinik) und daher nicht auf den ambulanten Versorgungssektor bezieht. Somit ergibt sich eine Datengrundlage von 347 Patienten (50 %).

3.4 Patienteninformation und Datenschutz

Die an der Studie teilnehmenden Patienten erhielten mit Erhalt des Fragebogens eine Information über den Gegenstand und das Ziel der Befragung sowie eine ausführliche Erklärung über die anonyme Beantwortung und Auswertung (ohne Angabe von Name bzw. Adresse) unter Einhalten der aktuellen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

3.5 Auswertung

Die Charakterisierung der Befragten bezieht sich auf die gültigen 347 Fälle. Dabei wurde das Alter zum Zeitpunkt der Befragung durch das angegebene Geburtsjahr berechnet. Ebenso wurde bei der Berechnung der Krankheitsdauer vorgegangen, wobei hier das Datum, seit dem Beschwerden bestanden, die Grundlage bildete.

Die Befragten wurden anhand der Alltagseinschränkung in FFbH-Kategorien eingeteilt. Patienten mit einer Punktzahl über 70 gehörten der Kategorie geringer Funktionseinschränkung (hohe Funktionskapazität, FFbH > 70) an. Bei einer Punktzahl von 50 bis 70 wurden die Befragten zur Gruppe mit mittlerer Einschränkung (mittlere Funktionskapazität, FFbH 50 - 70) zugeordnet. Mit einer Punktzahl unter 50 wurden die Probanden als stark eingeschränkt (mit niedriger Funktionskapazität, FFbH < 50) eingestuft [nach [10]].

Für die Auswertung der Rahmenbedingungen, Zufriedenheit mit einzelnen Begebenheiten, Änderungswünschen sowie Vorstellungen von einer bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahme wurden jeweils die gültigen Fälle bezüglich der jeweiligen Fragestellung herangezogen.

3.6 Statistik

Die Auswertung erfolgte mit der Statistik-Software SPSS 22.0. Hierbei wurden quantitative Analysen mittels deskriptiver Statistik und Chi-Quadrat-Tests für kategoriale Variablen durchgeführt. Bei stetigen Variablen, wie z. B. Alter, Items mit numerischer Ratingskala zur Beurteilung des eigenen Bewegungsverhaltens, die gewünschte Dauer von Therapien und Zuzahlungen, wurden Varianzanalysen zum Vergleich verschiedener Gruppen angewendet. In den folgenden Darstellungen sind die Signifikanzwerte (p-Werte) für alle durchgeführten Tests angegeben.

4 Ergebnisse

4.1 Charakterisierung der Probanden

Die 347 befragten Patienten mit rheumatoider Arthritis waren im Mittel 58 Jahre alt, das Alter variierte zwischen 21 und 87 Jahren (siehe Tabelle 2). Zwei Drittel (n = 217; 66 %) waren im erwerbstätigen Alter (< 65 Jahre). Der Anteil der Frauen lag bei drei Viertel (n = 258; 78 %). Von den Befragten waren 140 (43 %) voll- oder in Teilzeit beschäftigt, 37 (11 %) erhielten eine Erwerbsminderungsrente. Etwas mehr als die Hälfte (n = 191; 60 %) hatten maximal einen Hauptschulabschluss (max. 9. Klasse). Die mittlere Krankheitsdauer der Patienten lag bei 12 Jahren. Die meisten Patienten hatten eine geringe Funktionseinschränkung (nach dem Funktionsfragebogen Hannover: FFbH > 70: n = 221; 65 %), zu fast gleichen Anteilen wurden mittlere und schwere Funktionseinschränkungen angegeben (FFbH 50 - 70: n = 60; 17 % bzw. FFbH < 50: n = 61; 18 %). Für die gesundheitsbezogene Lebensqualität (nach Short-Form-Health-Survey, SF-12) erreichten die Befragten auf der körperlichen Summenskala einen Mittelwert von 38,5 (SD = 10,1), der im Vergleich zur Normstichprobe der deutschen Bevölkerung (MW = 49,0) niedriger ausfiel. Das arithmetische Mittel auf der psychischen Summenskala war mit 47,7 (SD = 10,9) nur wenig niedriger als das der Normstichprobe (MW = 52,2). Knapp zwei Drittel der Betroffenen hatten weitere chronische Erkrankungen (n = 224; 67 %), eine regelmäßige Medikamenteneinnahme bestand bei fast allen (n = 341; 99 %). Über einen Grad der Behinderung berichteten 179 (53 %) Befragte, schwerbehindert waren 120 (35 %).

Tabelle 2: Charakterisierung der Befragten (n = 347)

MERKMAL (ANZAHL GÜLTIGER FÄLLE)	ABSOLUTE HÄUFIGKEIT (PROZENT)/ MITTELWERT ± STANDARDABWEICHUNG
Soziodemografische Parameter	
Frauen (n = 330)	258 (78 %)
mittleres Alter in Jahren (n = 326)	57,8 ± 12,7
im erwerbstätigen Alter bzw. < 65 Jahre (n = 327)	217 (66 %)
allein lebend (n = 330)	64 (19 %)
Erwerbstätigkeit (n = 330)	
Voll- oder Teilzeitbeschäftigung	140 (43 %)
Altersrente	110 (33 %)
Erwerbsminderungsrente	37 (11 %)
arbeitslos	16 (5 %)
sonstiges	27 (8 %)
max. Hauptschulabschluss (9. Klasse) (n = 321)	191 (60 %)

Tabelle 2: Charakterisierung der Befragten (n = 347)

Krankheitsausprägung	
Krankheitsdauer in Jahren (n = 314)	12,3 ± 9,6
Alltagsbezogene Funktionskapazität (nach FFbH, n = 342)	
geringe Einschränkung (FFbH > 70)	221 (65 %)
mittlere Einschränkung (FFbH 50 - 70)	60 (17 %)
hohe Einschränkung (FFbH < 50)	61 (18 %)
Grad der Behinderung (n = 339)	179 (53 %)
Schwerbehinderung	120 (35 %)
gesundheitsbezogene Lebensqualität (nach SF-12, n = 328)	
körperliche Summenskala	38,5 ± 10,1
psychische Summenskala	47,7 ± 10,9
Komorbidität vorhanden (n = 335)	224 (67 %)
andere Erkrankungen des Bewegungssystems	138 (41 %)
Herz-Kreislaufkrankungen	134 (40 %)
Stoffwechselerkrankungen	50 (15 %)
Atemwegserkrankungen	24 (7 %)
sonstige	36 (11 %)
medikamentöse Behandlung (n = 343)	
regelmäßige Medikamenteneinnahme	341 (99 %)
langwirksame Antirheumatika	244 (71 %)
Schmerzmedikamente	239 (70 %)
Cortison	177 (52 %)
Mitglied in einer Selbsthilfegruppe (n = 341)	46 (13 %)

4.2 Bewegungsverhalten in den Gruppen der Funktionseinschränkung

Eine tendenzielle Zunahme der regelmäßigen, mindestens einmal wöchentlichen, sportlichen Aktivitäten in der Freizeit fand sich mit abnehmender Funktionseinschränkung von 65 % (n = 39) in der Gruppe der stärksten Funktionseinschränkung (FFbH < 50) auf 79 % (n = 172) in der Gruppe der niedrigsten Funktionseinschränkung (FFbH > 70; $\chi^2 = 5,010$, $df = 2$, $p = 0,082$; siehe Abbildung 1).

Die am häufigsten angegebenen Sportarten waren in allen drei Gruppen der Funktionseinschränkung Fahrradfahren bzw. Ergometertraining (35 % - 46 %), Gymnastik (23 % - 45 %), Ausdauersportarten wie Wandern, (Ski-) Langlauf oder Nordic Walking (17 % - 29 %) und Schwimmen (21 % - 25 %).

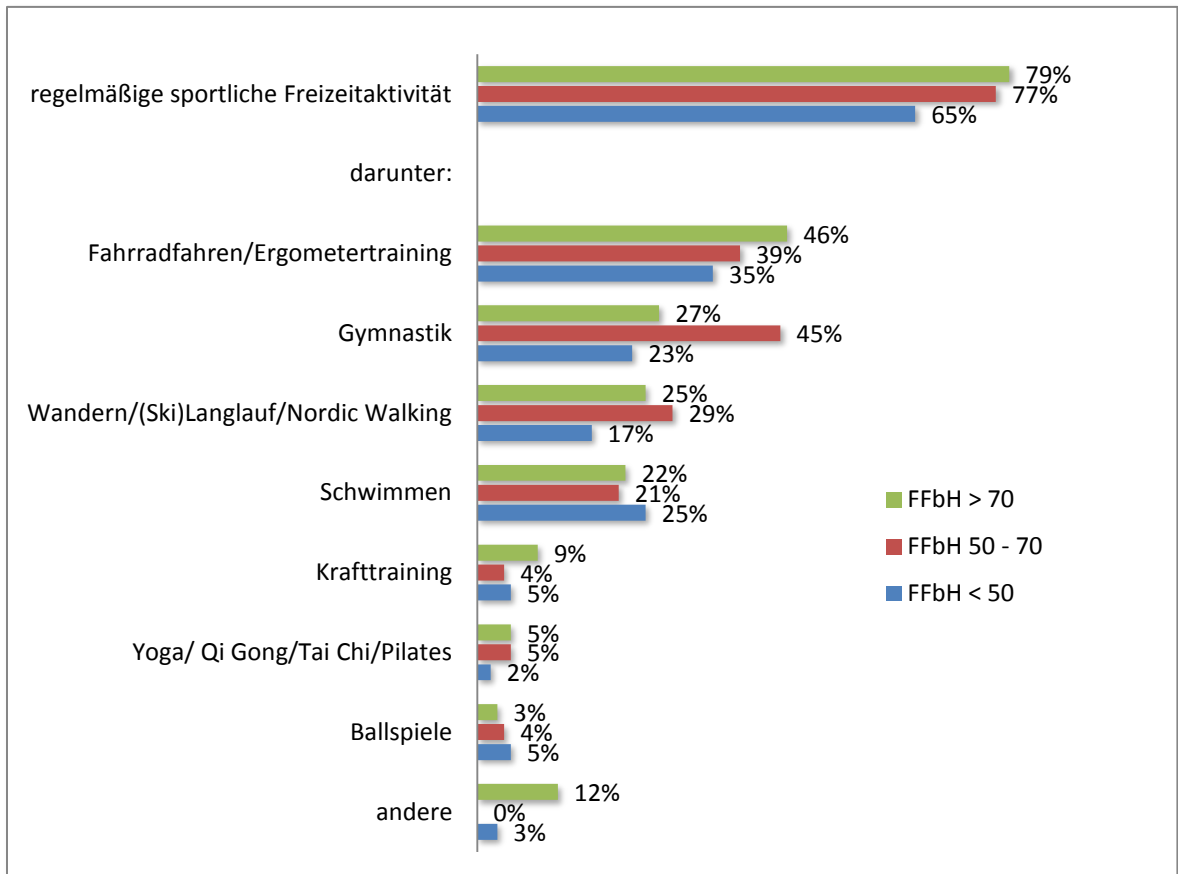


Abbildung 1: Durchführung von Sportarten in der Freizeit mindestens einmal pro Woche in den Gruppen der Funktionseinschränkung (n = 335)

Chi²-Tests:

regelmäßige sportliche Freizeitaktivität: Chi² = 5,010; df = 2; p = 0,082; Fahrradfahren/Ergometertraining: Chi² = 2,613; df = 2; p = 0,271; Gymnastik: Chi² = 7,657; df = 2; p < 0,05; Wandern/ (Ski)Langlauf/ Nordic Walking: Chi² = 2,561; df = 2; p = 0,278; Schwimmen: Chi² = 0,238; df = 2; p = 0,888; Krafttraining: Chi² = 2,672; df = 2; p = 0,263; Yoga/ Qi Gong/ Tai Chi/ Pilates: Chi² = 1,567; df = 2; p = 0,457; Ballspiele: Chi² = 0,763; df = 2; p = 0,683; andere Sportarten: Chi² = 11,260; df = 2; p < 0,01

Mit stärkerer Funktionseinschränkung nahm die Zufriedenheit mit dem eigenen Bewegungsverhalten (Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens: FEG) von 5,3 (SD = 2,8) auf 3,8 (SD = 2,3) ab (Varianzanalyse: F = 8,103; p < 0,001). Mit zunehmender Funktionseinschränkung hatten die Betroffenen auch tendenziell weniger vor, sich im Alltag mehr zu bewegen (FFbH > 70: 3,9 ± 1,8; FFbH 50 - 70: 3,6 ± 1,9; FFbH < 50: 3,5 ± 1,8; Varianzanalyse: F = 1,668; p = 0,190). Auch der Wille, regelmäßiger Sport auszuüben, sinkt bei steigender Funktionseinschränkung (FFbH > 70: 3,9 ± 1,9; FFbH 50 - 70: 3,8 ± 1,9; FFbH < 50: 3,2 ± 2,0; Varianzanalyse: F = 3,175; p < 0,05).

Die Betroffenen mit hoher Funktionseinschränkung (FFbH < 50) gaben mit 48 % (n = 28) tendenziell seltener an, anstrengende körperliche Aktivitäten an mindestens 3 Tagen in der Woche für wenigstens 30 Minuten durchzuführen, als RA-Patienten mit nur geringer Funktionseinschränkung (FFbH > 70; n = 138; 65 %; $\chi^2 = 8,726$; df = 4; p = 0,680). Die Anteile derer, die über eine Aufnahme solch einer regelmäßigen körperlichen Betätigung nachdachten, variierten in den Gruppen der Funktionseinschränkung zwischen 21 % (FFbH > 70: n = 46) und 35 % (FFbH 50 - 70: n = 20). Ein Fünftel der am stärksten beeinträchtigten Befragten (n = 12; 20 % in FFbH < 50) gab an, nicht vorzuhaben eine körperliche Aktivität mit der beschriebenen Frequenz und Dauer aufzunehmen. Auch fiel es den Befragten mit starker Funktionseinschränkung (FFbH < 50: n = 38; 67 %) häufiger schwerer, körperlich aktiv zu sein, als den gering Funktionsbeeinträchtigten (FFbH > 70: n = 28; 14 %; $\chi^2 = 89,736$; df = 4; p < 0,001). Die RA-Patienten mit einer geringen Funktionseinschränkung gaben außerdem häufiger (FFbH > 70: n = 76; 39 %) an, dass ihnen regelmäßige körperliche Aktivität zur Gewohnheit geworden ist, als jene mit starker Funktionseinschränkung (FFbH < 50: n = 10; 18 %; $\chi^2 = 16,564$; df = 4, p < 0,01).

4.3 Versorgung mit ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen

Von 316 Befragten gaben 43 % (n = 136) an, in den letzten 12 Monaten an einer ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahme (Funktionstraining, Rehabilitationssport, Medizinische Trainingstherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie) teilgenommen zu haben (siehe Abbildung 2). In den Gruppen der mäßigen bzw. starken Funktionseinschränkung betraf dies mit etwa der Hälfte (FFbH 50 – 70: 55 % bzw. FFbH < 50: 54 %) mehr als in der Gruppe der geringen Funktionseinschränkung (FFbH > 70: n = 78; 37 %; $\chi^2 = 9,082$; df = 4; p = 0,059). Fast ein Drittel der Befragten (n = 93; 29 %) hatte noch nie eine ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme durchgeführt, mit geringen Unterschieden zwischen den Gruppen der Funktionseinschränkung (21 % - 32 %). Bei etwa genauso vielen RA-Patienten (n = 87; 28 %) lag eine Therapie mehr als 12 Monate zurück.

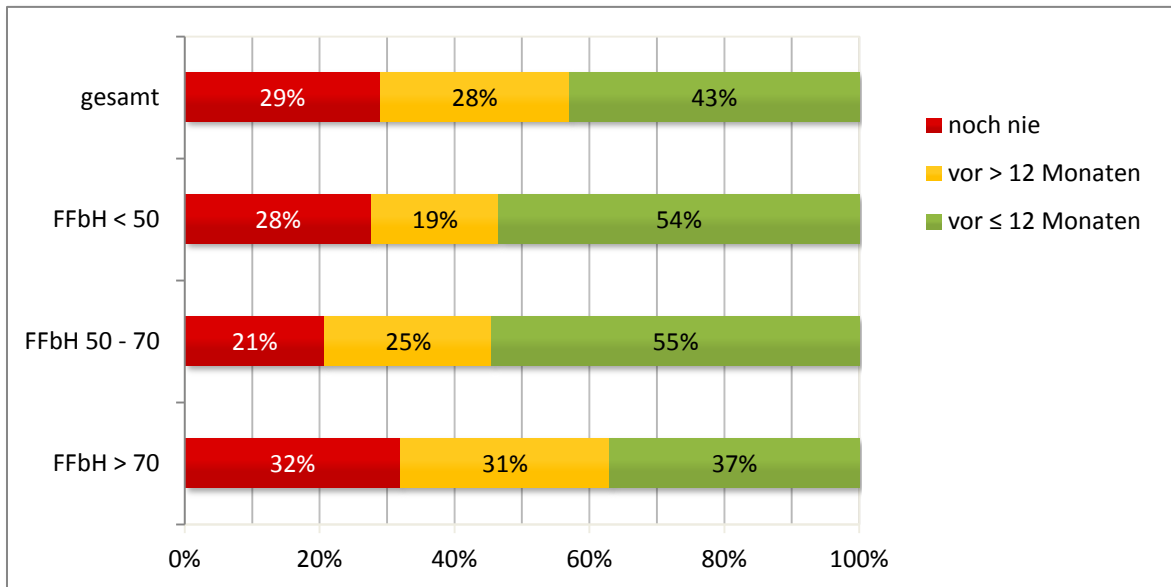


Abbildung 2: Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen insgesamt und in den Kategorien der Funktionseinschränkung (n = 316; $\chi^2 = 9,082$; df = 4; p = 0,059)

Von 320 Befragten gab knapp die Hälfte (n = 153; 48 %) an, noch nie an Krankengymnastik teilgenommen zu haben (siehe Abbildung 3). Ein Drittel (n = 94; 29 %) erhielt Physiotherapie innerhalb der letzten 12 Monate. Etwa vier von fünf Patienten hatte noch nie Funktionstraining (n = 254; 79 %) bzw. Rehabilitationssport (n = 256; 80 %) durchgeführt. Im letzten Jahr wurde Funktionstraining bzw. Rehabilitationssport nur von 12 % (n = 39) und 7 % (n = 23) wahrgenommen.

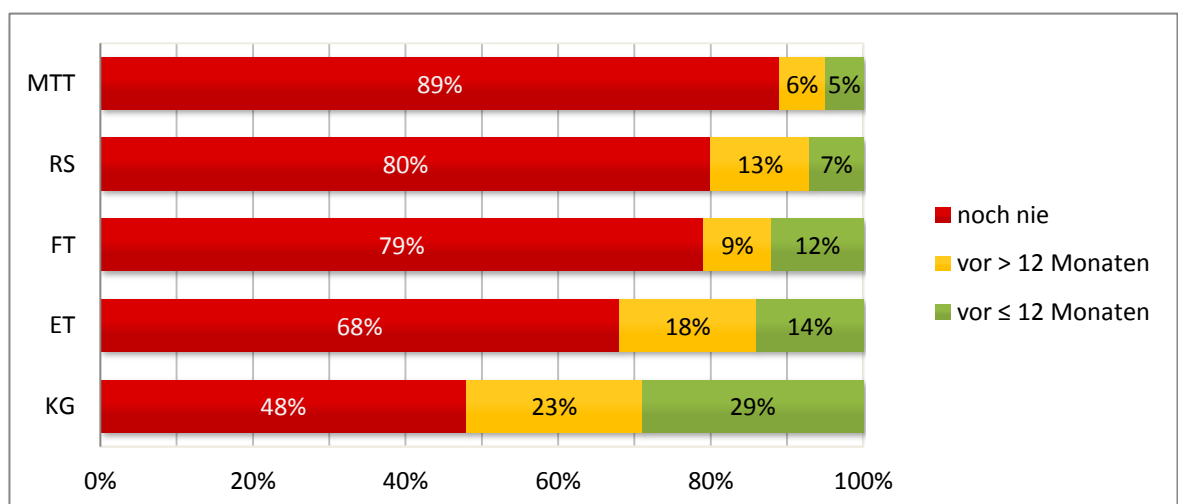


Abbildung 3: Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen (FT = Funktionstraining, RS = Rehabilitationssport, MTT = Medizinische Trainingstherapie, KG = Krankengymnastik, ET = Ergotherapie, n = 320, Mehrfachantworten)

4.4 Versorgung mit Rehabilitationsmaßnahmen

Mit steigender Funktionseinschränkung sinkt die Anzahl der Betroffenen, die noch nie an einer ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation teilgenommen haben, deutlich von 144 (70 %) in der besten FFbH-Gruppe (> 70) auf 19 (34 %) in der Gruppe mit der höchsten Funktionseinschränkung (FFbH < 50, $p < 0,001$; siehe Abbildung 4). Dies bedeutet im Umkehrschluss allerdings auch, dass ein Drittel der Betroffenen trotz schlechtem Funktionsstatus (FFbH < 50) bisher an keiner Rehabilitationsmaßnahme teilnahm.

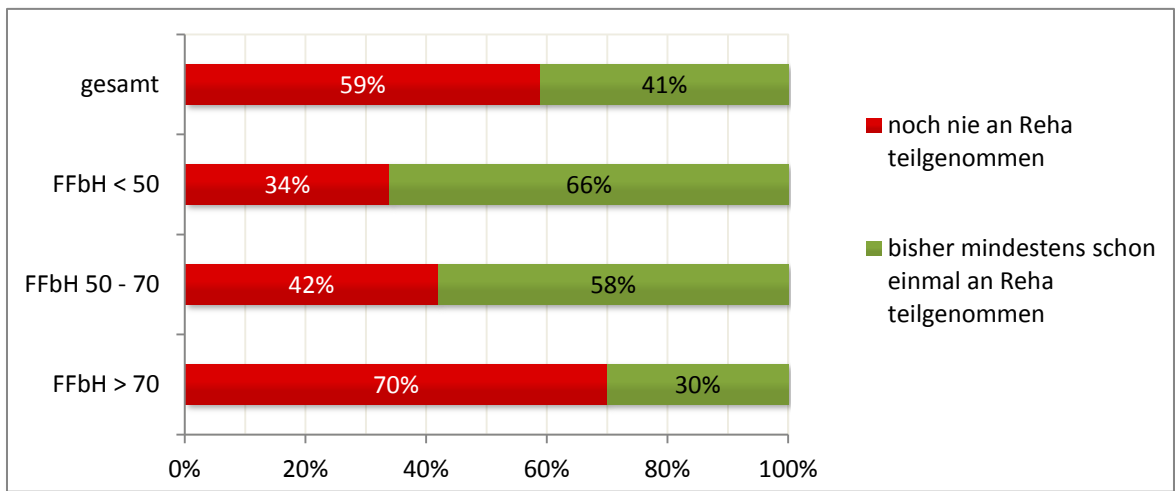


Abbildung 4: Teilnahme an stationärer oder ganztägig ambulanter medizinischer Rehabilitation gesamt und in den Gruppen der Funktionseinschränkung (n = 317, $\chi^2 = 31,299$; df = 2; $p < 0,001$)

Trotz starker Funktionseinschränkung haben 38 % (FFbH < 50: n = 21) noch nie eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme erhalten ($\chi^2 = 34,009$; df = 6; $p < 0,001$; siehe Tabelle 3). Dieser Anteil steigt mit geringer Funktionseinschränkung bis auf 71 % (FFbH > 70: n = 145). Ein Fünftel der Betroffenen mit starker Funktionseinschränkung (FFbH < 50: n = 12; 21 %) gab an, auch mehrmals eine stationäre Rehabilitation besucht zu haben. Der Anteil unter den Befragten mit geringer Funktionseinschränkung (FFbH < 70) war dagegen mit 7 % (n = 14) geringer.

Tabelle 3: Teilnahme an stationärer medizinischer Rehabilitation in den drei verschiedenen FFbH-Gruppen (n = 315)

Angabe	FFbH > 70 n = 204	FFbH 50 - 70 n = 55	FFbH < 50 n = 56	gesamt n = 315
nein	145 (71 %)	25 (46 %)	21 (38 %)	191 (61 %)
ja, einmal vor > 4 Jahren	24 (12 %)	6 (11 %)	12 (21 %)	42 (13 %)
ja, einmal ≤ 4 Jahren	21 (10 %)	10 (18 %)	11 (20 %)	42 (13 %)
ja, mehrmals	14 (7 %)	14 (25 %)	12 (21 %)	40 (13 %)

Chi² = 34,009; df = 6; p < 0,001

Für die Teilnahme an einer ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme fanden sich zwischen den einzelnen FFbH-Gruppen unter 312 RA-Patienten keine gravierenden Unterschiede (Chi² = 1,481; df = 2; p = 0,477). Mit 92 % (n = 286) war der Anteil der RA-Patienten, die noch nie eine ganztägig ambulante Rehabilitation wahrgenommen hatten, allerdings sehr hoch und variierte in den Gruppen der Funktionseinschränkung zwischen 89 % (FFbH < 50: n = 50) und 93 % (FFbH > 70: n = 188). Gerade einmal 8 % (n = 26) hatten jemals eine ganztägig ambulante Rehabilitation erhalten, ohne wesentliche Unterschiede nach Funktionseinschränkung zwischen 7 % (FFbH > 70) und 11 % (FFbH < 50).

4.5 Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen insgesamt

Von 303 Befragten lagen sowohl Angaben zur Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen als auch zur Teilnahme an ganztägig ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen vor (siehe Tabelle 4). Ein Viertel dieser 303 RA-Patienten (n = 74; 25 %) hatte bisher weder eine ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme noch eine ganztägig ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme erhalten (Chi² = 34,862; df = 1; p < 0,001). Etwa ein Drittel (n = 104; 34 %) konnten eine ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme wahrnehmen, hatte aber noch nie eine medizinische Rehabilitation.

Tabelle 4: Zusammenhang zwischen der Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen und ganztägig ambulanter oder stationärer medizinischer Rehabilitation bisher (n = 303)

		Teilnahme an medizinischer Rehabilitation		
		noch nie	ja	gesamt
Teilnahme an einer ambulanten bewegungs-/ funktionsorientierten Maßnahme	noch nie	74 (25 %)	13 (4 %)	87 (29 %)
	ja	104 (34 %)	112 (37 %)	216 (71 %)
	gesamt	178 (59 %)	125 (41 %)	303 (100 %)

Chi² = 34,862; df = 1; p < 0,001

Unter 301 Befragten hatten die RA-Patienten mit einer starken bzw. mittleren Funktionseinschränkung (FFbH < 50: n = 53; FFbH 50 – 70: n = 50) zu 17 % (n = 9) bzw. 18 % (n = 9) bisher noch keine der beiden angeführten Maßnahmen erhalten (Chi² = 35,081; df = 6; p < 0,001; siehe Abbildung 5). Unter den RA-Patienten mit geringer Funktionseinschränkung (FFbH > 70, n = 198) war dieser Anteil höher (n = 55; 28 %). Mehr als die Hälfte der Patienten mit mäßiger oder starker Funktionseinschränkung hatte sowohl ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen als auch medizinische Rehabilitation (ganztägig ambulant oder stationär) bereits durchgeführt (FFbH 50 – 70: 54 % und FFbH < 50: 57 %). Dieser Anteil ist unter den 198 Befragten mit niedriger Funktionseinschränkung mit 27 % (FFbH > 70: n = 54) deutlich geringer. Erkennbar ist hier, dass die Patienten mit FFbH > 70 vor allem ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen erhalten haben (n = 82; 41 %), wohingegen Patienten mit mäßiger bzw. starker Funktionseinschränkung häufiger zusätzlich medizinische Rehabilitationsmaßnahmen wahrgenommen haben (sowohl ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen als auch medizinische Rehabilitation: FFbH 50 – 70: 54 % bzw. FFbH < 50: 57 %).

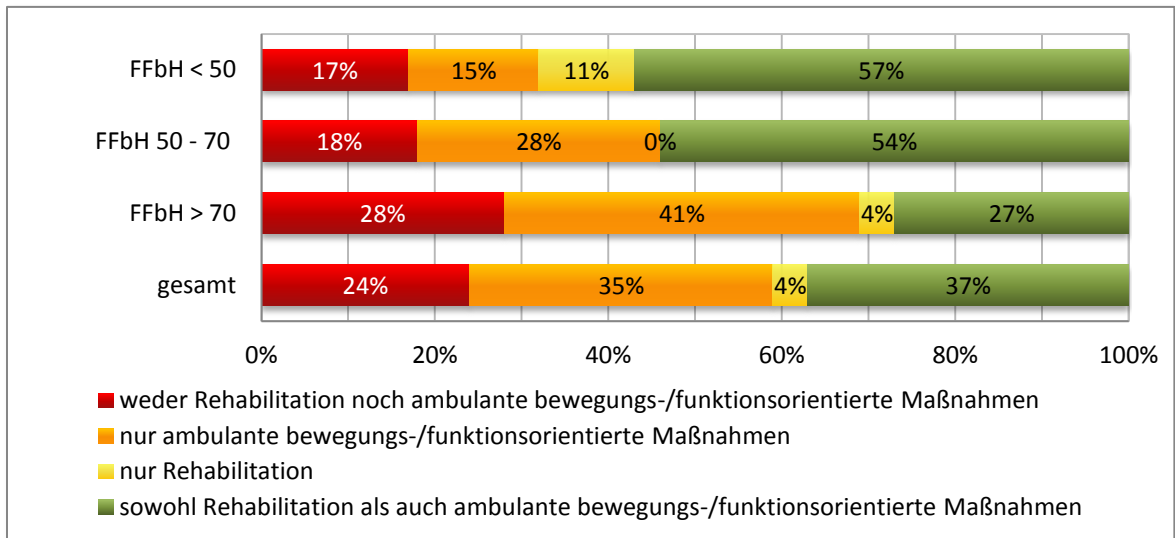


Abbildung 5: Bisherige Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen und gantztägig ambulanter oder stationärer medizinischer Rehabilitation insgesamt und in den Gruppen der Funktionseinschränkung (n = 301, Chi² = 35,081; df = 6; p < 0,001)

4.6 Unterschiede bezüglich der Versorgung mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen zwischen den teilnehmenden Praxen

Aus den rheumatologischen Schwerpunktpraxen (A - I) wurden zwischen 12 und 71 Fragebögen zurückgesendet (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Anzahl der beantworteten und zurückgesendeten Fragebögen in den rheumatologischen Praxen A-I (n = 347)

PRAXIS	A	B	C	D	E	F	G	H	I
ANZAHL DER BEANTWORTETEN FRAGEBÖGEN (PROZENT)	12 (3 %)	14 (4 %)	24 (7 %)	29 (8 %)	38 (11 %)	47 (14 %)	48 (14 %)	64 (18 %)	71 (20 %)

4.6.1 Ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen

Bezogen auf die Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen gab es zwischen den Praxen deutliche Unterschiede (Chi² = 40,769; df = 16; p < 0,001; n = 320; siehe Abbildung 6). So variierten die Anteile der Patienten, die in den letzten 12 Monaten eine der ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen erhalten hatten, zwischen 33 % und 59 %. Vor mehr als 12 Monaten hatten zwischen 8 % und 48 % der Patienten der teilnehmenden Praxen an einer ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahme teilnehmen können. Die größte Praxisvariation war bei den Patienten festzustellen, die noch nie

eine ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme wahrgenommen hatten, sie lag zwischen 4 % und 52 %.

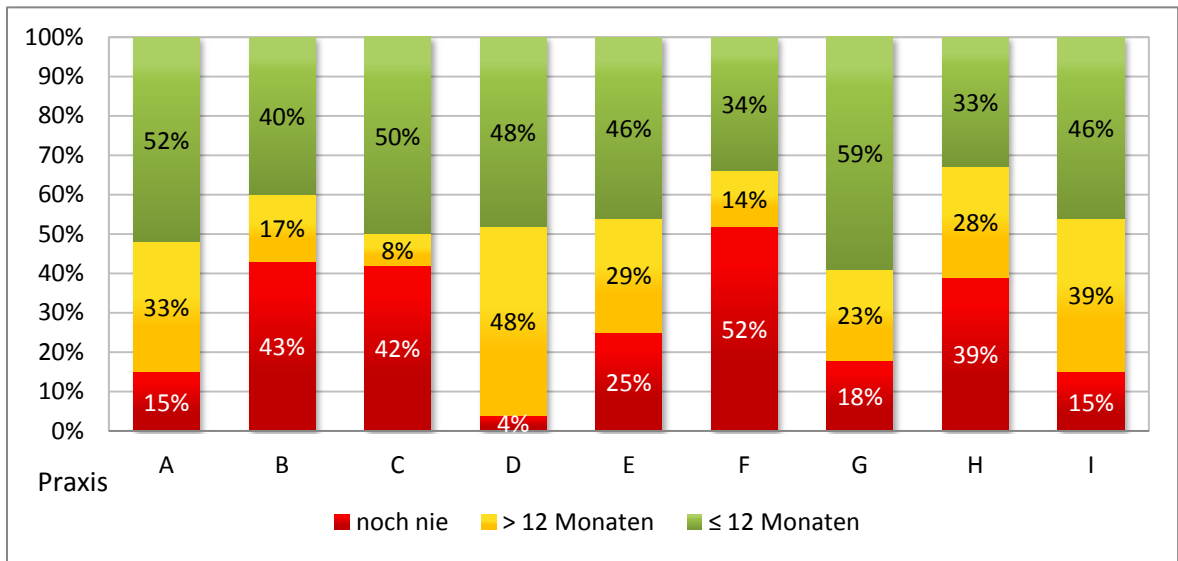


Abbildung 6: Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen in den rheumatologischen Schwerpunktpraxen A - I bisher (n = 320, Chi² = 40,769; df = 16; p < 0,001)

Betrachtet man die Patienten getrennt nach der Funktionseinschränkung (FFbH-Gruppen) einzeln für jede Praxis (n = 316), so findet man erheblich schwankende Anteile der Teilnehmer an einer ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahme in den letzten 12 Monaten (siehe Abbildung 7). So hatten zwischen 0 % und 100 % (MW = 49 %) der RA-Patienten mit ausgeprägter Funktionseinschränkung eine ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme erhalten. In der Gruppe der mäßigen bzw. geringen Funktionseinschränkung variierte der Anteil von 33 % bis 100 % bzw. 22 % bis 100 % (FFbH 50 - 70: MW = 57 %; FFbH > 70: MW = 47 %).

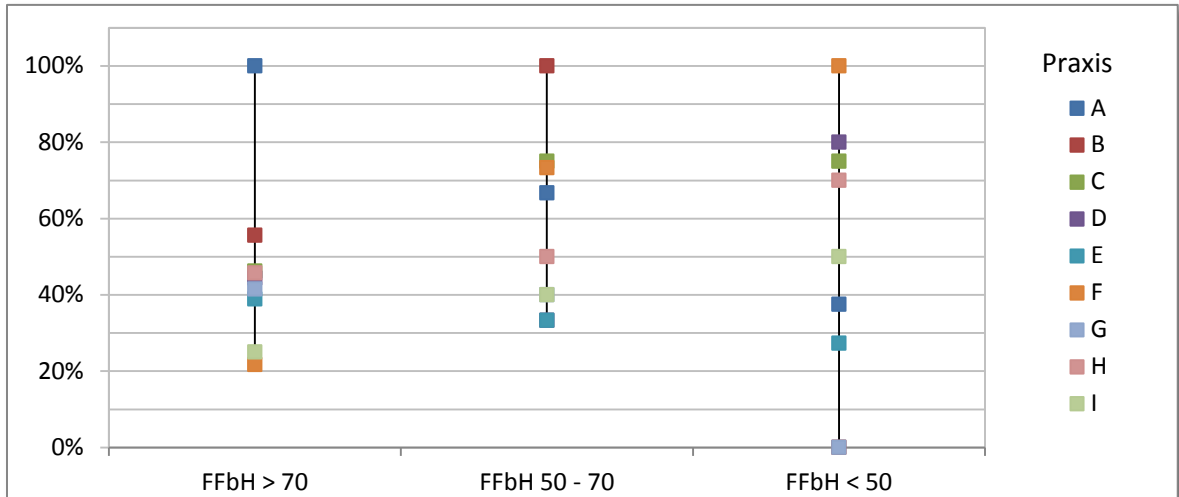


Abbildung 7: Praxisvariation der Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen in den letzten 12 Monaten in den Gruppen der Funktionskapazität (n = 316)

4.6.2 Medizinische Rehabilitation

Auch bezüglich der Teilnahme an stationärer oder ganztägig ambulanter Rehabilitation jemals ließen sich Schwankungen der Teilnahmequoten der Patienten in den einzelnen Praxen feststellen ($\chi^2 = 20,768$; $df = 8$; $p < 0,01$; $n = 317$; siehe Abbildung 8). Hier variierten die Zahlen für eine Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen zwischen 24 % und 66 % und für diejenigen, die noch nie eine Rehabilitationsmaßnahme erhalten hatten, zwischen 34 % und 76 %.

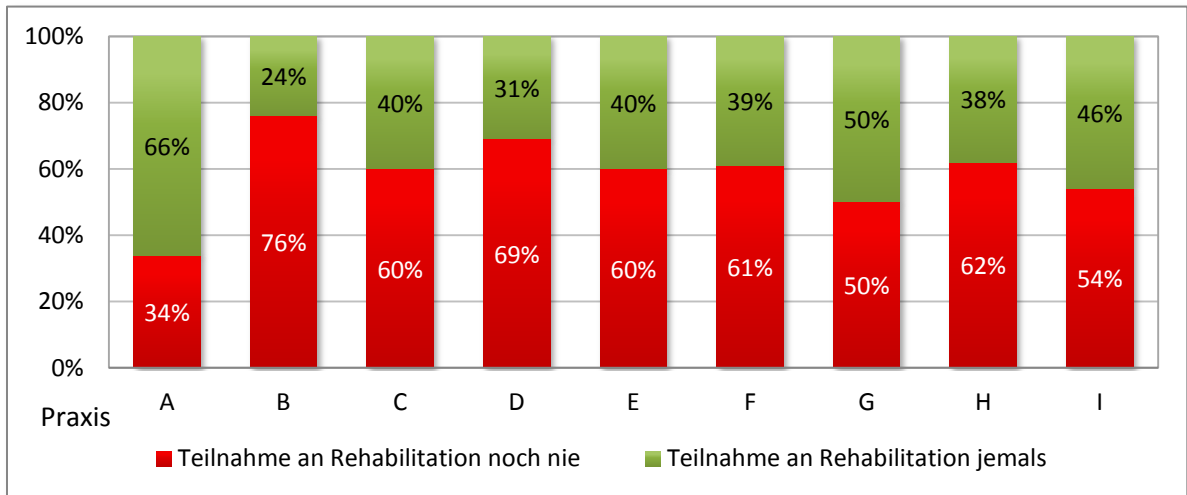


Abbildung 8: Teilnahme an ganztägig ambulanter oder stationärer medizinischer Rehabilitation jemals in den rheumatologischen Schwerpunktpraxen (n = 317, $\chi^2 = 20,768$; $df = 8$; $p < 0,01$)

Bei der Betrachtung der Häufigkeiten an RA-Patienten in den drei Gruppen der Funktionseinschränkung für die einzelnen rheumatologischen Schwerpunktpraxen (n = 317) fallen große Schwankungen in der einmaligen Teilnahme an ganztägig ambulanter oder stationärer

medizinischer Rehabilitation auf (siehe Abbildung 9). So variieren die Patientenzahlen in der Gruppe der höchsten Funktionseinschränkung (FFbH < 50) zwischen 40 % und 100 % (MW = 73 %). In der Gruppe der geringen Funktionseinschränkung (FFbH > 70) haben die Patienten zu 20 % bis 58 % sichtlich seltener eine medizinische Rehabilitation erhalten (MW = 29 %). In der Gruppe mäßiger Funktionseinschränkung (FFbH 50 - 70) fällt die Variation mit 33% bis 100 % am größten aus (MW = 67 %).

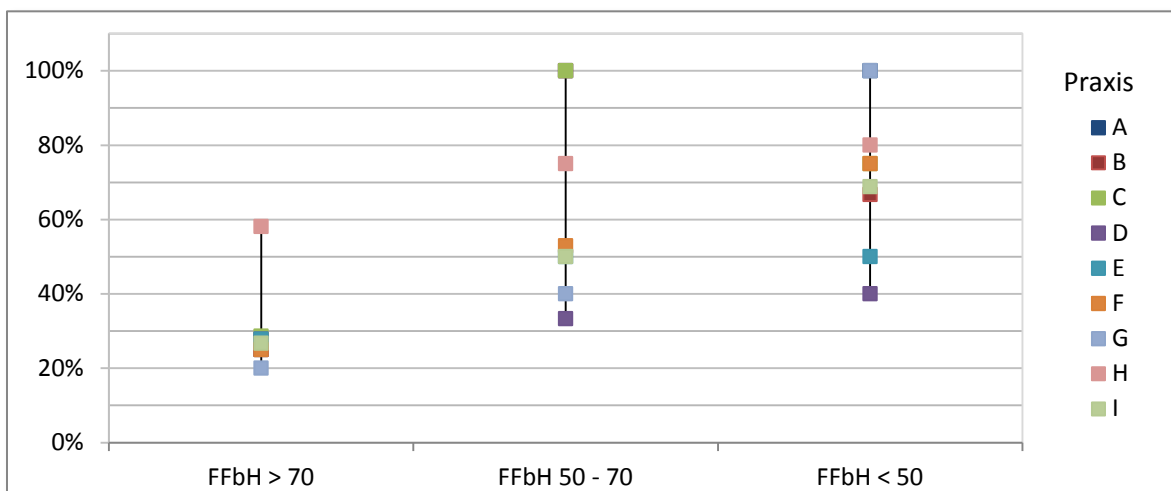


Abbildung 9: Praxisvariation der jemaligen Teilnahme an ganztägig ambulanter oder stationärer medizinischer Rehabilitation in den Gruppen der Funktionskapazität (n = 317)

4.6.3 Versorgung mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen insgesamt

Im Folgenden werden die Daten zur Teilnahme an ganztägig ambulanter oder stationärer medizinischer Rehabilitation jemals sowie an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen (Funktionstraining, Rehabilitationssport, Medizinische Trainingstherapie, Krankengymnastik und Ergotherapie) jemals gemeinsam betrachtet. Hieraus ergab sich, dass zwischen 3 % und 43 % der Patienten in den einzelnen Praxen noch nie an irgendeiner bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahme teilgenommen hatte ($\chi^2 = 35,835$; $df = 8$; $p < 0,001$; siehe Abbildung 10). Der Anteil derer, die mindestens eine der oben genannten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen wahrnehmen konnten, variierte zwischen 59 % und 97 %.

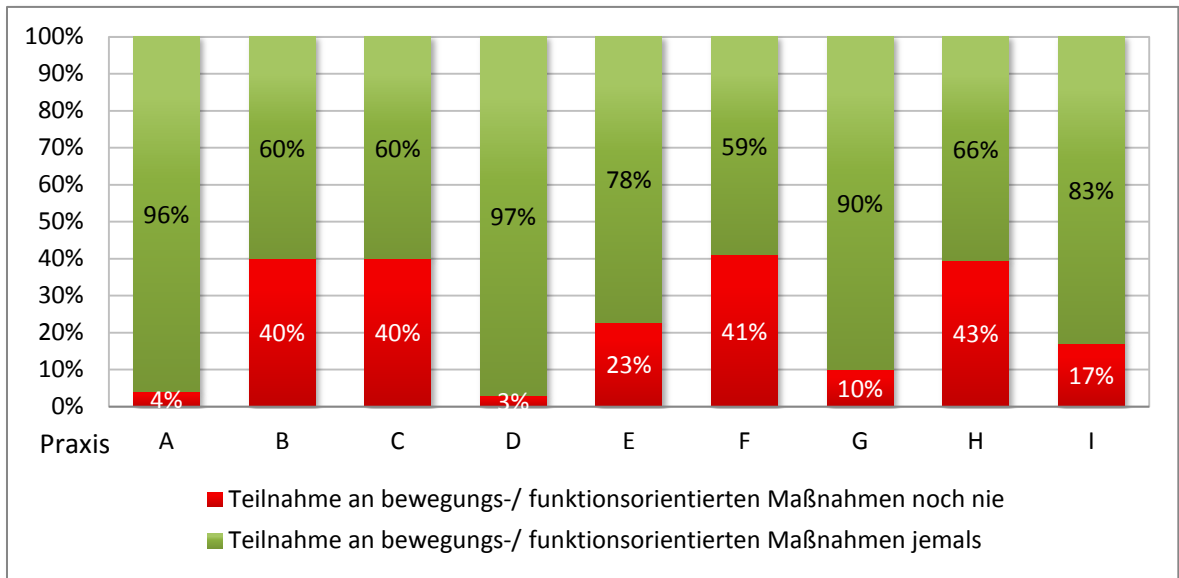


Abbildung 10: Gegenüberstellung der Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen jemals gegenüber einer noch nie erfolgten Teilnahme aufgeschlüsselt nach den rheumatologischen Schwerpunktpraxen (n = 303, Chi² = 35,835; df = 8; p < 0,001)

Unter den RA-Patienten mit starker Funktionseinschränkung (FFbH < 50) hatten zwischen 64 % und 100 % (MW = 89 %) jemals eine bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme erhalten (siehe Abbildung 11). Breiter fällt die Schwankung unter den gering funktionsbeeinträchtigten Patienten (FFbH > 70) mit 50 % bis 100 % (MW = 74 %) und den Befragten der mittleren FFbH-Gruppe (FFbH 50 – 70) mit sogar 40 % bis 100 % (MW = 83 %) aus.

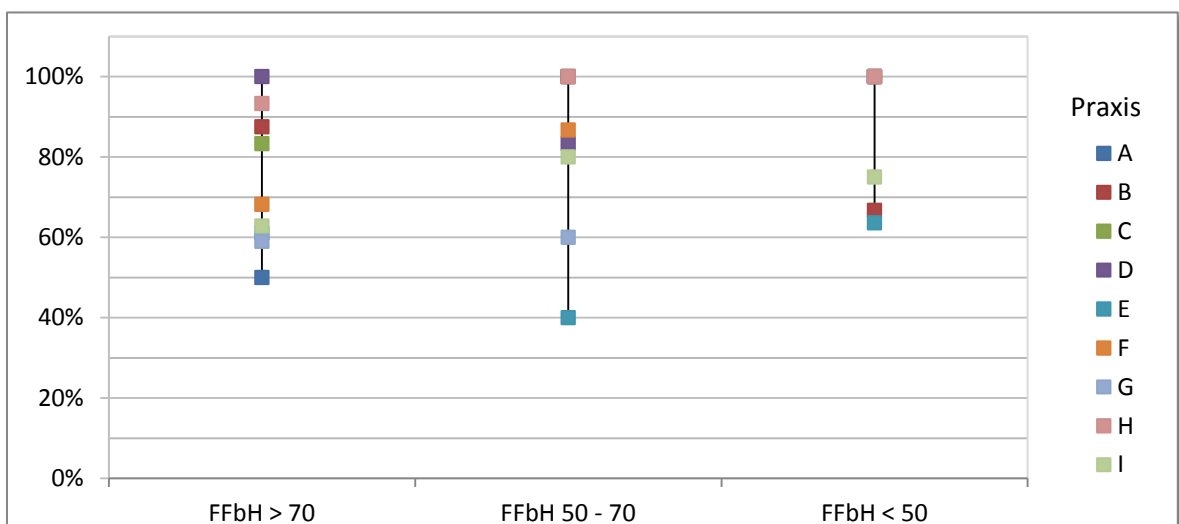


Abbildung 11: Praxis-Unterschiede in der Versorgung der Patienten mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen (medizinische Rehabilitation oder ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen) jemals in den FFbH-Gruppen (n = 301)

4.7 Rahmenbedingungen, Zufriedenheit und Wünsche zu wahrgenommenen ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen

4.7.1 Erlebte und gewünschte Rahmenbedingungen ambulanter bewegungs- und funktionsorientierter Maßnahmen insgesamt

Die meisten der 139 Patienten, die in den letzten 12 Monaten an einer ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahme teilgenommen hatten, gaben dies einmal in der Woche an (n = 61; 50 %; siehe Tabelle 6). Der größte Anteil unter den Teilnehmern wünschte sich in Zukunft zweimal wöchentlich Termine (n = 31; 46 %), allerdings wurde ein Termin pro Woche fast genauso häufig gewünscht (n = 26; 38%). Nichtteilnehmer an einer ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahme in den letzten 12 Monaten (n = 181) bevorzugten einmal wöchentlich eine Maßnahme (n = 46; 59 %, Daten nicht tabellarisch oder grafisch dargestellt). Die tatsächliche Kursdauer lag häufig bei 30 bzw. 45 Minuten (n = 49; 40 % bzw. n = 35; 29 %), die gewünschte Dauer war im Mittel 44 Minuten (SD = 14,4). Eine Dauer von 15 und 30 Minuten empfanden die Teilnehmer häufiger als zu kurz (n = 24; 83 %). Bei Nichtteilnahme in den letzten 12 Monaten wünschten sich die Befragten längere Termine (MW = 57 Minuten; SD = 23,1; Daten nicht tabellarisch oder grafisch dargestellt). Zusammenfassend scheinen Kursbesuche ein- bis zweimal pro Woche den Befragten auszureichen und am besten sollte eine Behandlung zwischen 45 und 60 Minuten dauern.

Fast zwei Drittel (n = 75; 61 %) mussten eine Zuzahlung leisten. Diese lag im Mittel bei 26 € (SD = 18,8 €) pro Monat. Maximal wollten die Nichtteilnehmer der letzten 12 Monate (n = 181) im Durchschnitt 21 € pro Monat (SD = 16,5) ausgeben (Daten nicht tabellarisch oder grafisch dargestellt).

Tabelle 6: Erlebte Rahmenbedingungen und Wünsche von Teilnehmern an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen in den letzten 12 Monaten

MERKMALE	ERLEBTE RAHMENBEDINGUNGEN	WÜNSCHE
Häufigkeit der Therapie	n = 123	n = 68
< 1x/Woche	4 (3 %)	0 (0 %)
1x/Woche	61 (50 %)	26 (38 %)
2x/Woche	50 (41 %)	31 (46 %)
> 2x/Woche	8 (6 %)	11 (16 %)
Termine als zu selten empfunden	n = 116	-
1x/Woche	16 (27 %)	-
2x/Woche	6 (13 %)	-
> 2x/Woche	0 (0 %)	-
Dauer	n = 123	43,9 min ± 14,4
15 min	14 (11 %)	-
30 min	49 (40 %)	-
45 min	35 (29 %)	-
60 min	19 (15 %)	-
> 60 min	6 (5 %)	-
Behandlungsdauer als zu kurz empfunden	n = 123	
15 min	11 (38 %)	
30 min	13 (45 %)	
> 30 min	5 (17 %)	
Zuzahlung geleistet (n = 122)	75 (61 %)	-
€/Monat	26,25 ± 18,8	-
Anfahrt in Minuten	19,2 ± 14,3	19,1 ± 12,5
gewünschte Tageszeit (Mehrfachantwort)		n = 59
vormittags (8 - 11 Uhr)	-	24 (41 %)
mittags (11 - 15 Uhr)	-	9 (15 %)
nachmittags (15 - 18 Uhr)	-	18 (31 %)
abends (nach 18 Uhr)	-	22 (37 %)

Bei 24 % (n = 21) der Patienten mit Teilnahme in den letzten 12 Monaten war der Anbieter der Maßnahme die deutsche Rheuma-Liga e. V. Der Zugang zur Therapie erfolgte bei 82 % (n = 101) der Patienten durch eine ärztliche Verordnung, 16 (13 %) gaben die Empfehlung durch Freunde beziehungsweise Verwandte an.

Immerhin 39 % (n = 41) aller Teilnehmer der letzten 12 Monate wünschten sich individuellere Übungen. Die Frage nach der Einstellung eines spürbaren Erfolges (bezüglich Schmerzen und größerer Beweglichkeit) konnten 90 % (n = 104) positiv beantworten. Außerdem bestätigten 89 % (n = 93) die Aussage, dass sie die Therapie auch langfristig weiterführen möchten. Weiterempfehlen würden sogar 97 % (n = 103) die von ihnen durchgeführte Therapie.

Letztendlich fanden sich bezüglich der Wünsche der Teilnehmer keine großen Unterschiede zu den tatsächlichen Rahmenbedingungen. Auch im Vergleich der Wünsche von Teilnehmern zu Nichtteilnehmern gab es keine nennenswerten Diskrepanzen.

4.7.2 Erlebte und gewünschte Rahmenbedingungen speziell für Gruppentherapien

Von den 139 Befragten, die in den letzten 12 Monaten eine ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme in Anspruch nehmen konnten, haben 32 % (n = 44) an einer Gruppentherapie teilgenommen. Davon absolvierten 57 % (n = 25) die Therapie in einer Gruppe von 5 bis 10 Teilnehmern (siehe Tabelle 7). Bei mehr als 10 Teilnehmern pro Kurs empfanden die Teilnehmer die Gruppengröße eher als zu hoch (n = 7; 36 %). Fast die Hälfte der Befragten (n = 21; 49 %) gab an, dass die übrigen Teilnehmer der Gruppentherapie älter als sie selbst waren. Die Alterszusammensetzung ist allerdings den meisten Befragten unwichtig (n = 34; 60 %) ebenso wie die Geschlechterverteilung (n = 43; 76 %) und die Zusammensetzung der Kursmitglieder hinsichtlich ihres Krankheitsbildes (n = 31; 56 %). Dazu fand der überwiegende Teil (n = 27; 87 %) im Kurs der Gruppentherapie tatsächlich Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen vor: Genannt wurden die RA, der Bandscheibenvorfall, Arthrose, Morbus Bechterew und chronische Rückenschmerzen.

Tabelle 7: Erlebte Rahmenbedingungen und Wünsche der Teilnehmer einer ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahme in der Gruppe innerhalb der letzten 12 Monate

MERKMALE	ERLEBTE RAHMENBEDINGUNGEN	WÜNSCHE
Alter der Teilnehmer im Vergleich zu den Befragten	n = 44	n = 55
jünger	5 (11 %)	0 (0 %)
genauso alt	17 (40 %)	22 (39 %)
älter	21 (49 %)	1 (1 %)
die Alterszusammensetzung ist egal	-	34 (60 %)
Geschlechtsverteilung	n = 44	
nur Frauen	8 (18 %)	-
mehr Frauen als Männer	30 (68 %)	-
ebenso viele Frauen wie Männer	6 (14 %)	-
gewünschte Geschlechterverteilung		n = 57
gleiches Geschlecht	-	7 (12 %)
gemischt	-	7 (12 %)
egal	-	43 (76 %)
Krankheitsbilder der Teilnehmer	n = 31	n = 55
homogene Gruppe	4 (13 %)	24 (44 %)
gemischte Gruppe	27 (87 %)	31 (56 %)
Teilnehmeranzahl	n = 44	-
< 5	3 (7 %)	-
5 - 10	25 (57 %)	-
11 - 15	13 (29 %)	-
> 15	3 (7 %)	-
Angemessenheit der Teilnehmeranzahl	n = 44	-
zu hoch bei bis zu 10 Teilnehmern pro Gruppe (n = 28)	4 (14 %)	-
zu hoch bei ≥ 11 Teilnehmern pro Gruppe (n = 16)	7 (44 %)	-
Teilnehmeranzahl als richtig empfunden	33 (75 %)	

4.8 Gründe gegen die Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen

Die 181 Befragten, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung keine ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme erhielten, konnten sich zu den Gründen (Mehrfachantworten) äußern (dargestellt in Abbildung 12). Davon kannten 32 % (n = 30) bisher die Möglichkeit nicht. Etwas weniger (n = 26; 27 %) gaben an, keine Zeit für diese Therapien zu haben. Für ein Viertel (n = 23; 24 %) waren gesundheitliche Probleme der Grund, solch einer Therapie fern zu bleiben.

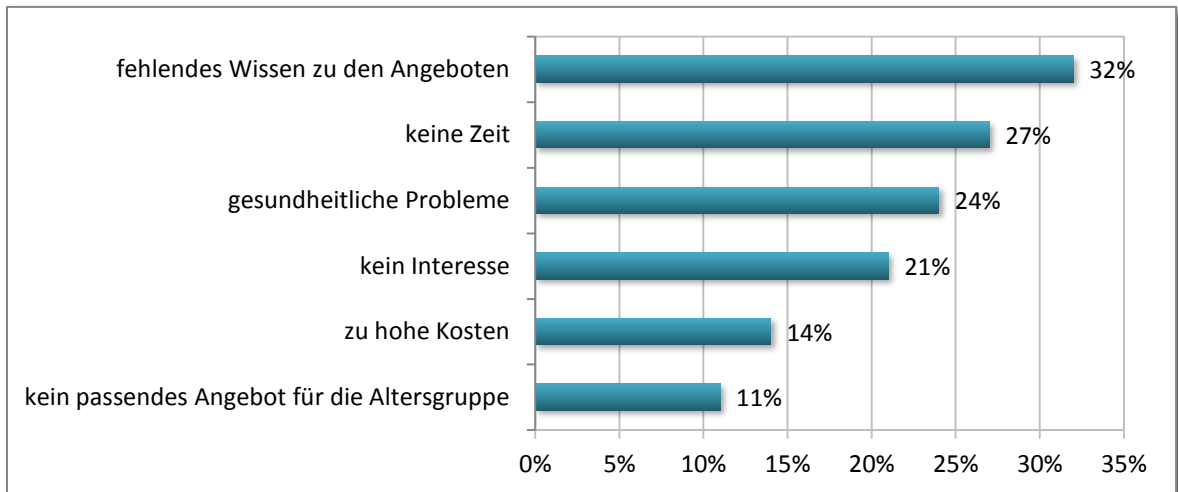


Abbildung 12: Gründe gegen die Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen in den letzten 12 Monaten (Mehrfachbeantwortung, n = 181)

Die 183 befragten Patienten, welche angaben, noch nie oder aus ihrer Sicht zu selten an Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen zu haben, wurden gebeten, Gründe zu benennen (Mehrfachbeantwortung; n = 183; siehe Abbildung 13). Fast ein Drittel (n = 58, 32 %) gab an, kaum oder nur geringe Beschwerden zu haben. Ein Fünftel (n = 38; 21 %) hatte finanzielle Gründe. Probleme mit dem Arbeitsplatz oder dem Arbeitgeber sahen 16 % (n = 30).

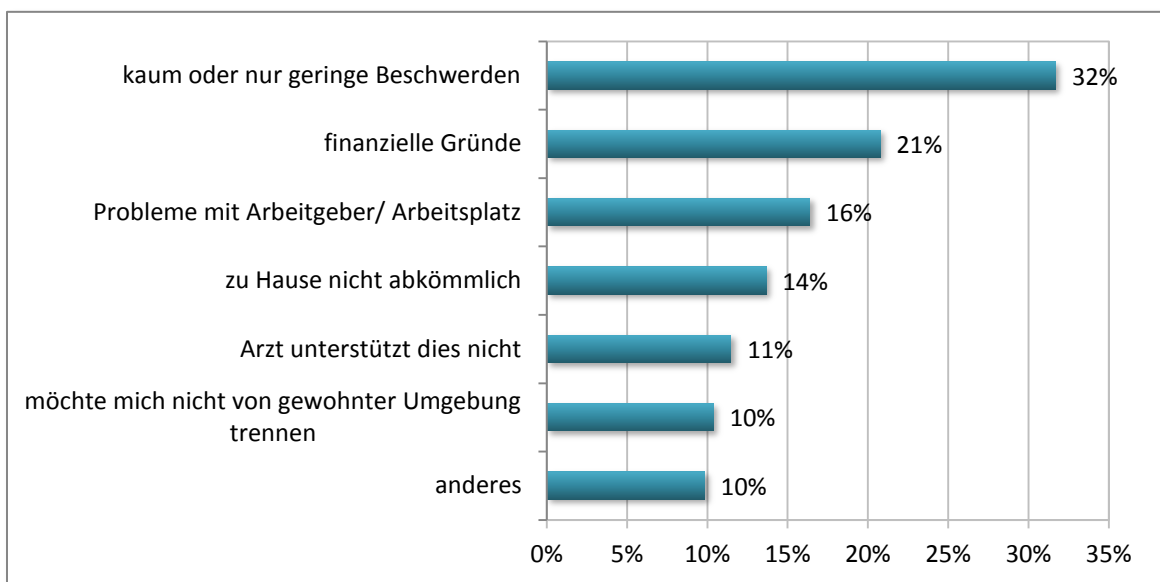


Abbildung 13: Gründe für keine oder eine zu seltene Teilnahme an medizinischer Rehabilitation (Mehrfachbeantwortung, n = 183)

Von 347 befragten RA-Patienten waren 85 % kein Mitglied einer Selbsthilfegruppe. Zwei Fünftel (n = 107; 42 %) gaben hier als Grund fehlendes Interesse an, 17 % (n = 44) fehlte die Information

zu dieser Möglichkeit. Mehr als ein Zehntel (n = 34; 13 %) hatte bisher nicht die geeignete Gruppe gefunden. Es hatten 27 RA-Patienten (11 %) angegeben, dass sie nicht mit Kranken zusammentreffen möchten und für 24 (9 %) waren zu hohe Beiträge und Zuzahlungen der Grund, sich gegen eine Mitgliedschaft zu entscheiden.

4.9 Vergleich der Erwerbstätigen mit den Altersrentnern

4.9.1 Charakterisierung beider Gruppen

Unter den Befragten befanden sich 133, die unter 65 Jahre alt und erwerbstätig waren (siehe Tabelle 8). Im Rentenalter (65 Jahre und älter und nicht mehr erwerbstätig) waren 104 Personen. In beiden Gruppen war der Frauenanteil mit 79 % (n = 105) und 73 % (n = 76) etwa gleich hoch. Die nicht mehr Erwerbstätigen (≥ 65 Jahre) hatten im Mittel mit 13 Jahren (SD = 9,8) eine längere Krankheitsdauer als die noch Erwerbstätigen (< 65 Jahre) mit 10 Jahren (SD = 7,5). Der Anteil derjenigen mit starker alltagsbezogener Funktionseinschränkung lag bei den Altersrentnern mit 23 % (n = 24) über dem der noch Erwerbstätigen (n = 11; 8 %). Die Erwerbstätigen waren zum Großteil gering beeinträchtigt (FFbH > 70: n = 106; 81 %). Dieser Anteil war bei den Altersrentnern deutlich geringer (n = 56; 55 %). Die Erwerbstätigen nahmen häufiger langwirksame Antirheumatika ein (n = 97; 74 %), die Befragten im Altersrentenalter gaben häufiger an, Cortison (n = 60; 58 %) oder Schmerzmedikamente bzw. Rheumamedikamente (n = 77; 75 %) zu erhalten.

Tabelle 8: Charakterisierung der Erwerbstätigen (erwerbstätig und < 65 Jahre, n = 133) und der Altersrentner (≥ 65 Jahre, n = 104)

MERKMAL (ANZAHL GÜLTIGER ANGABEN)	ERWERBSTÄTIGE UNTER 65 JAHREN (N = 133)	ALTERSRENTNER (≥ 65 JAHRE; N = 104)	SIGNIFIKANZ
	absolute Häufigkeit (Prozent)/ Mittelwert ± Standardabweichung	absolute Häufigkeit (Prozent)/ Mittelwert ± Standardabweichung	
Alter	49,7 ± 8,7	71,9 ± 4,1	Varianzanalyse: F = 573,083; p < 0,001
Frauen	105 (79 %)	76 (73 %)	Chi ² = 1,115; p = 0,291
Krankheitsdauer in Jahren	9,9 ± 7,5	13,2 ± 9,8	Varianzanalyse: F = 579,185; p < 0,01
< 5 Jahre	41 (32 %)	21 (23 %)	Chi ² = 5,028; p = 0,08
5 - 10 Jahre	35 (28 %)	20 (22 %)	
> 10 Jahre	50 (40 %)	50 (55 %)	
alltagsbezogene Funktionseinschränkung			Chi ² = 19,377; df = 2; p < 0,001
geringe Einschränkung (FFbH > 70)	106 (81 %)	56 (55 %)	
mittlere Einschränkung (FFbH 50 - 70)	14 (11 %)	23 (22 %)	
hohe Einschränkung (FFbH < 50)	11 (8 %)	24 (23 %)	
regelmäßige Medikamenteneinnahme	131 (99 %)	102 (99 %)	Chi ² = 0,031; p = 0,806
langwirksame Antirheumatika	97 (74 %)	68 (66 %)	Chi ² = 1,542; p = 0,214
Schmerzmedikamente	86 (65 %)	77 (75 %)	Chi ² = 2,512; p = 0,113
Cortison	60 (46 %)	60 (58 %)	Chi ² = 3,792; p = 0,051

4.9.2 Unterschiede im Bewegungsverhalten unter Erwerbstätigen und Rentnern

Beide Gruppen gaben in gleicher Häufigkeit an, in Ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche sportlichen Aktivitäten nachzugehen (beide Gruppen jeweils: 74 %; Erwerbstätige: n = 98; Rentner: n = 75; Chi² = 0,015; p = 0,902). Dabei wurde von den älteren Befragten tendenziell häufiger Schwimmen (n = 27; 27 %) und Gymnastik (n = 41, 40 %) genannt als von den erwerbstätigen, jüngeren Befragten (n = 22; 17 % und n = 32; 24 %; Schwimmen: Chi² = 3,341; p = 0,680; Gymnastik: Chi² = 6,823; p < 0,01).

Altersrentner betätigten sich seltener (56 %; n = 57) als Erwerbstätige (60 %; n = 76) regelmäßig körperlich anstrengend für mindestens 30 Minuten an wenigstens drei Tagen der Woche (Chi² = 6,084; df = 2; p < 0,05; siehe Tabelle 9). Altersrentner gaben auch häufiger (21 %; n = 21)

als Erwerbstätige (9 %; n = 12) an, keine Absicht zu haben, eine Aktivität in solch einer Intensität aufzunehmen. Zu beachten ist, dass mehr Altersrentner (n = 50; 49 %) als Erwerbstätige (n = 50; 39 %) angaben, seit längerer Zeit mit der von ihnen angegebenen Intensität körperlich aktiv zu sein ($\chi^2 = 14,692$; $df = 4$; $p < 0,01$; Daten nicht tabellarisch oder grafisch dargestellt).

Tabelle 9: Ausübung und Absicht zur regelmäßigen Ausübung körperlicher Aktivität unter Erwerbstätigen (n = 127) und Altersrentnern (n = 102)

KÖRPERLICH ANSTRENGENDE AKTIVITÄTEN AN MINDESTENS 3 TAGEN PRO WOCHE 30 MINUTEN ODER LÄNGER	ERWERBSTÄTIGE (N = 127)	ALTERSRENTNER (N = 102)
keine Intention zur Aufnahme solch einer körperlichen Aktivität	12 (9 %)	21 (21 %)
Intention zur Aufnahme einer körperlichen Aktivität vorhanden	39 (31 %)	24 (23 %)
körperliche Aktivität bestehend	76 (60 %)	57 (56 %)

$\chi^2 = 6,084$; $df = 2$; $p < 0,05$

Etwas weniger Altersrentner (n = 30; 32 %) als Erwerbstätige (n = 46; 41 %; $\chi^2 = 1,973$; $df = 2$; $p = 0,373$) haben sich daran gewöhnt, in der von Ihnen genannten Frequenz und Dauer sportlich aktiv zu sein. Es fiel tendenziell mehr Altersrentnern (n = 31; 31 %) als Erwerbstätigen (n = 29; 24 %) schwer so körperlich aktiv zu sein ($\chi^2 = 2,562$; $df = 2$; $p = 0,278$). Die Motivation zur regelmäßigeren Sportausübung fiel unter den Befragten im Rentenalter deutlich niedriger aus (MW = 2,9; SD = 1,9) als unter den Erwerbstätigen (MW = 4,4; SD = 1,7; Varianzanalyse: $F = 36,290$; $p < 0,001$). Tendenzuell sind die Altersrentner allerdings zufriedener mit ihrem Bewegungsverhalten (Altersrentner: MW = 5,1; SD = 2,8; Erwerbstätige: MW = 4,8; SD = 2,8; Varianzanalyse: $F = 0,790$; $p = 0,375$). Entsprechend wollen Altersrentner ihr Bewegungsverhalten weniger (MW = 2,6; SD = 1,6) verändern als Erwerbstätige (MW = 4,4; SD = 1,6; Varianzanalyse: $F = 55,691$; $p < 0,001$). Angesichts des hohen Anteils der Altersrentner, der in der Freizeit regelmäßig wenigstens einmal in der Woche einer Sportart nachgeht (n = 75; 74 %), erkennt man, dass die Bereitschaft für regelmäßige körperliche Betätigung im Rentenalter vorhanden ist.

4.9.3 Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen

Die noch Erwerbstätigen hatten innerhalb der letzten 12 Monate mit 43 % (n = 55) etwas häufiger an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen teilgenommen als die Altersrentner (n = 36; 38 %). Im Gegensatz dazu hatten die Befragten im Rentenalter mit 33 % (n = 31) vor mehr als 12 Monaten öfter als die Erwerbstätigen (n = 32; 25 %) eine ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme wahrgenommen ($\chi^2 = 1,614$, $df = 2$; $p = 0,446$; siehe Abbildung 14).

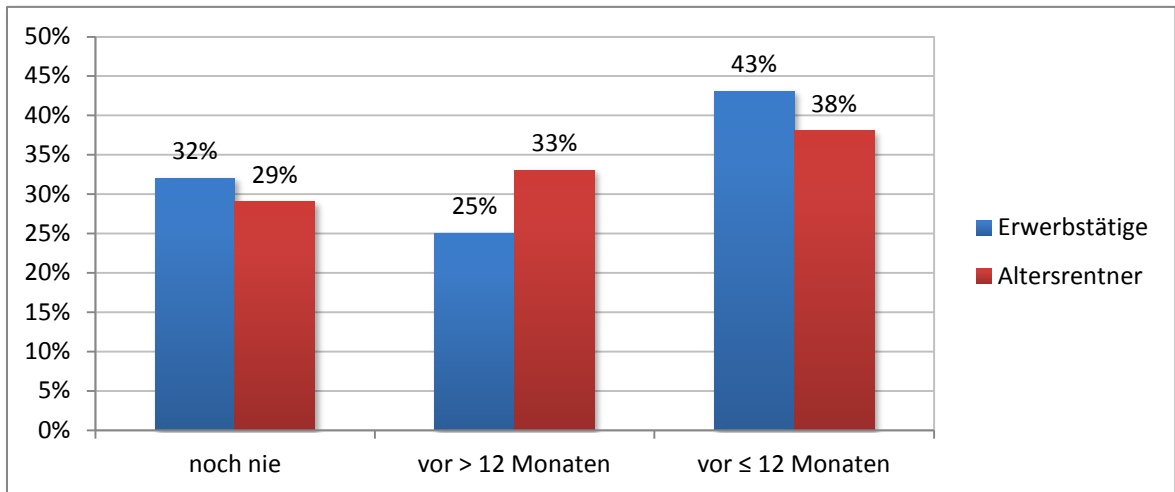


Abbildung 14: Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen unter Erwerbstätigen (n = 127) und Altersrentnern (n = 94, $\chi^2 = 1,614$, $df = 2$; $p = 0,446$)

Die Teilnahme an Ergotherapie, Krankengymnastik, Funktionstraining, Medizinischer Trainingstherapie und Rehabilitationssport war in beiden Gruppen etwa ähnlich verteilt.

Die Befragten im Rentenalter hatten mit 38 % (n = 38) ähnlich häufig wie die Erwerbstätigen (n = 39; 31 %) jemals eine ganztägig ambulante oder stationäre Rehabilitation wahrnehmen können ($\chi^2 = 9,243$; $df = 3$; $p < 0,05$; siehe Abbildung 15). Bei den Altersrentnern lag die medizinische Rehabilitation häufiger mehr als vier Jahre zurück (n = 20; 20 %), wohingegen unter den Erwerbstätigen eine rehabilitative Maßnahme eher in den vergangenen vier Jahren stattfand (n = 17; 13 %).

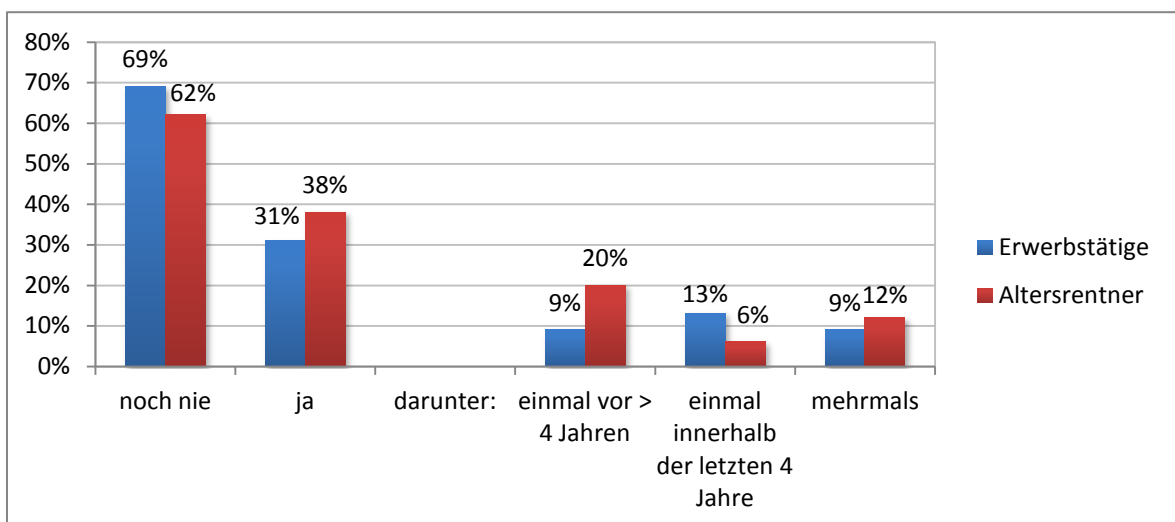


Abbildung 15: Teilnahme an ganztägig ambulanter oder stationärer Rehabilitation unter den Erwerbstätigen (n = 126) und den Befragten im Rentenalter (n = 100, $\chi^2 = 9,243$; $df = 3$; $p < 0,05$)

Ganztägig ambulante Rehabilitation hatten Erwerbstätige bzw. Altersrentner sehr selten mit zwischen 4 % (n = 5) bzw. 9 % (n = 9) wahrgenommen.

Insgesamt waren die Anteile der Erwerbstätigen und Altersrentner mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen (ganztägig ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation oder ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen) ähnlich verteilt ($\chi^2 = 0,813$; $p = 0,367$; siehe Abbildung 16). Die Altersrentner hatten etwas seltener (n = 22; 24 %) als die Erwerbstätigen (n = 36; 30 %) weder rehabilitative Maßnahmen noch ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen erhalten.

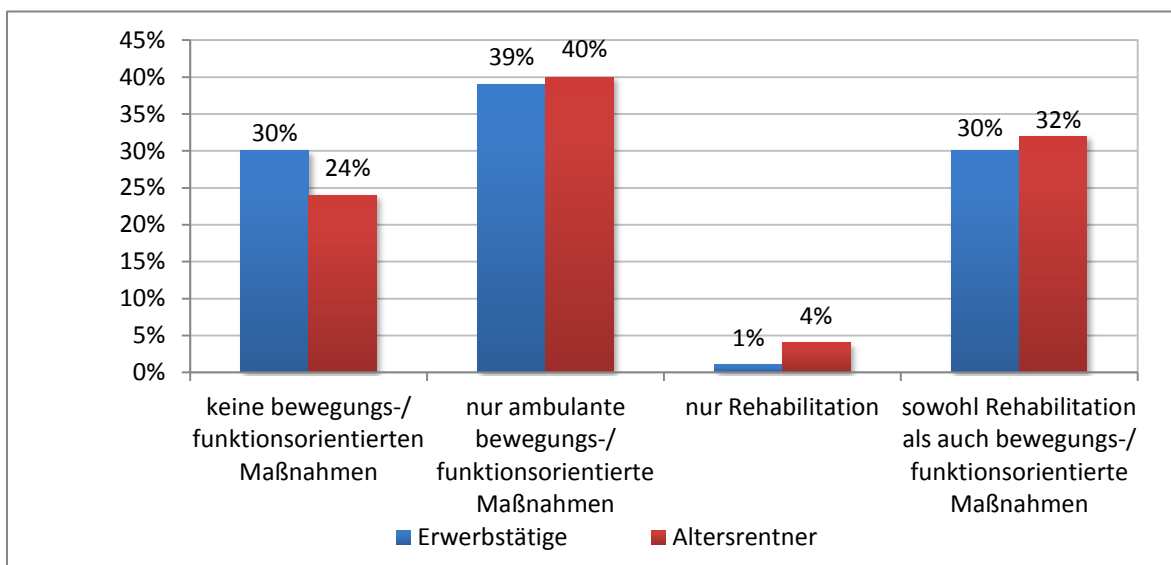


Abbildung 16: Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen bisher unter Erwerbstätigen (n = 121) und Befragten im Rentenalter (n = 91, $\chi^2 = 0,813$; $p = 0,367$)

4.9.4 Erlebte Rahmenbedingungen der ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen

Unter 77 RA-Patienten, die in den letzten 12 Monaten ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen durchführen konnten, mussten Zuzahlungen von Erwerbstätigen etwas öfter gewährleistet werden (n = 31; 69 %) als von Altersrentnern (n = 19; 59 %; $\chi^2 = 0,743$, $df = 1$, $p = 0,389$). Die Erwerbstätigen gaben häufiger an (n = 12; 75 %), dass die anderen Teilnehmer älter als sie selbst waren, die Altersrentner waren meist genauso alt wie die anderen Teilnehmer des Kurses (n = 27; 82 %; $\chi^2 = 14,919$; $df = 2$; $p < 0,01$). Die Kurse setzten sich eher aus Teilnehmern im Rentenalter (65 Jahre und älter) zusammen. Für alle weiteren Rahmenbedingungen fanden sich keine nennenswerten Unterschiede.

Von 46 Patienten, die in den letzten 12 Monaten eine ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme erhielten, wünschten sich die Befragten im Rentenalter am häufigsten nur einmal pro Woche einen Behandlungstermin ($n = 10$; 63 %), die Erwerbstätigen zweimal pro Woche ($n = 17$; 57 %; $\chi^2 = 8,579$, $df = 2$; $p = 0,014$). Bei sonstigen Änderungswünschen (z. B. zur Dauer, Häufigkeit, Gruppenzusammensetzung etc.) sind sich die Gruppen in allen Punkten einig.

Die Erwerbstätigen, welche in den letzten 12 Monaten keine ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen erhalten hatten, wünschten sich im Mittel eine Therapiedauer von 60 Minuten ($SD = 22,8$), die ältere Gruppe gab eine optimale Dauer von 45 Minuten ($SD = 18,8$) für eine Therapie an (Varianzanalyse: $F = 4,161$; $p < 0,05$). Außerdem wünschten sich die Erwerbstätigen, dass die Teilnehmer einer Gruppentherapie möglichst im gleichen Alter sein sollten ($n = 19$; 54 %). Den Altersrentnern war dieser Punkt eher unwichtig ($n = 14$; 64 %; $\chi^2 = 3,910$; $df = 2$; $p = 0,142$). Wie erwartet wünschten sich die Erwerbstätigen mit 63 % ($n = 22$) gegenüber den Altersrentnern ($n = 2$; 11 %) deutlich häufiger Termine am Abend (nach 18 Uhr) ($\chi^2 = 12,846$; $p < 0,001$). Bezüglich der anderen Wünsche zu Rahmenbedingungen für eine Therapie, an der die Befragten teilnehmen würden, waren sich Erwerbstätige und Altersrentner einig.

5 Diskussion

In dieser Arbeit wurden erstmals Daten von RA-Patienten aus verschiedenen rheumatologischen Praxen deutschlandweit zur Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen in Abhängigkeit vom Funktionsstatus (FFbH), zu den Rahmenbedingungen der Maßnahmen, zur subjektiven Einschätzung der Therapien seitens der Patienten sowie Gründen gegen eine Teilnahme an jenen Therapien erhoben.

5.1 Bewegungsverhalten von Patienten mit RA

Zunächst ist auf nicht verordnete Bewegungsaktivitäten der Betroffenen einzugehen. Regelmäßig mindestens einmal in der Woche Sport in der Freizeit auszuüben, hatten abhängig vom Grad der Funktionseinschränkung zwischen 65 % (unter Patienten mit starker Funktionseinschränkung: FFbH < 50) und 79 % (unter Patienten mit geringer Funktionseinschränkung: FFbH > 70) angegeben. Anstrengende körperliche Aktivitäten an mindestens drei Tagen pro Woche für mindestens 30 Minuten wurden von 48 % mit FFbH < 50 berichtet. Im Vergleich zu den Zahlen einer multizentrischen Studie aus dem Jahr 2008, aus der hervorging, dass in Deutschland 8 % der RA-Patienten mehr als dreimal pro Woche und 24 % ein- bis zweimal pro Woche körperlich aktiv waren, ist dies ein recht hoher Anteil [22]. Auch in der Publikation von Arne et al. war der Anteil, der mehr als 30 Minuten ein- bis zweimal pro Woche körperlicher Betätigung nachging, mit 24 % geringer als in den uns vorliegenden Daten [24].

Zwischen den FFbH-Gruppen lässt sich ein geringer Unterschied in der Durchführung von Freizeitsportarten mindestens einmal die Woche mit 78 % in der Gruppe gering funktionsbeeinträchtigter RA-Patienten (FFbH > 70) und 65 % in der Gruppe stark funktionsbeeinträchtigter Patienten (FFbH < 50) erkennen. Erwartungsgemäß ist die Gruppe mit geringerer Funktionseinschränkung (FFbH > 70) sportlich aktiver, zu sportlicher Betätigung motivierter und besser an sportliche Aktivitäten gewöhnt als die Gruppe mit starker Funktionseinschränkung. Dennoch treiben zwei Drittel trotz starker Funktionseinschränkungen (FFbH < 50) in der Freizeit Sport. Es ist möglich, dass aufgrund der freiwilligen Basis der Befragung gerade sehr motivierte Betroffene in die Stichprobe aufgenommen wurden. Es ist aber auch denkbar, dass die rheumatologisch betreuten Patienten gerade mit mäßiger und starker Funktionseinschränkung bereits dafür sensibilisiert wurden, so früh wie möglich eine sportliche Betätigung aufzunehmen, um die positiven Effekte regelmäßiger körperlicher, zum Teil auch angeleiteter Bewegung auszuschöpfen und um die langfristige Funktionseinschränkung zu mindern [4].

5.2 Versorgung der Befragten mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen

5.2.1 Teilnahme an medizinischer Rehabilitation

Dass Betroffene mit einer geringen Funktionseinschränkung (FFbH-Gruppe > 70) zu 70 % bisher noch nie an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen haben, erscheint angesichts des eher geringen Einflusses der körperlichen Beeinträchtigung auf Alltags- und Berufsleben nachvollziehbar. Mit 34 % gab es allerdings einen erheblichen Anteil unter RA-Patienten mit starker Funktionseinschränkung (FFbH < 50), die keine medizinische Rehabilitation wahrgenommen hatten. Dies bestätigt das Ergebnis der regionalen Patientenbefragung zur Teilnahme an stationärer Rehabilitation [10]. Hier gaben 38 % an, noch keine stationäre Rehabilitation trotz starker Funktionseinschränkung durchgeführt zu haben.

Medizinische Rehabilitation dient dem Ziel, dass Erwerbsfähigkeit erhalten und die Teilhabe am beruflichen wie gesellschaftlichen Leben aufrechterhalten bzw. wieder hergestellt werden soll. Der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist u. a. deshalb von Bedeutung, weil sich adäquate Arbeit positiv auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und wichtige soziale Kontakte auswirkt [72]. Starke funktionelle Einschränkungen gehen allerdings bei vielen Betroffenen mit dem Verlust der Erwerbstätigkeit bzw. dem Verlust des Arbeitsplatzes und der damit verbundenen gesellschaftlichen Beziehungen einher. Droht dieser Verlust und somit der Übergang in die Erwerbsminderungs-Verrentung, sollten, wie im Memorandum der DGRh gefordert, rehabilitative Maßnahmen ggf. unter Einschluss von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergriffen werden [1]. Neue Auswertungen zeigen jedoch, dass die Zahl derer, die in den fünf Jahren vor Erwerbsminderungsverrentung keine rehabilitative Maßnahme erhielten, innerhalb von 10 Jahren um 10 % auf etwa die Hälfte der inzidenten Verrentungen gestiegen ist [50].

Im Vergleich zur regional angelegten Patientenbefragung von Müller und Mau aus dem Jahr 2008 [10] ähneln sich die deutschlandweiten Zahlen zur Teilnahme an stationärer medizinischer Rehabilitation stark (siehe Tabelle 10). Der einzige auffällige Unterschied tritt in der Gruppe der stark Funktionsbeeinträchtigten (FFbH < 50) auf. Im Gegensatz zu 9 % in der Arbeit von Müller und Mau gaben in der vorliegenden Befragung mit 20 % mehr Betroffene an, innerhalb der letzten vier Jahre eine stationäre medizinische Rehabilitation wahrgenommen zu haben. Es ist sowohl regional als auch bundesweit der erwartete Trend zu erkennen, dass mit stärkerer Funktionseinschränkung auch insgesamt häufiger jemals eine stationäre Rehabilitation

durchgeführt wurde (FFbH < 50: 62 %; FFbH 50 - 70: 54 % bzw. 52 %; FFbH > 70: 29 % bzw. 30 % [10]).

Tabelle 10: Teilnahme an stationärer medizinischer Rehabilitation- Ergebnisse der vorliegenden Arbeit im Vergleich zur Publikation von Müller und Mau von 2008 [10]

	FFbH < 50		FFbH 50 – 70		FFbH > 70	
	vorliegende Arbeit	Müller, Mau	vorliegende Arbeit	Müller, Mau	vorliegende Arbeit	Müller, Mau
nein	38 %	38 %	46 %	48 %	71 %	70 %
ja, einmal vor mehr als 4 Jahren	21 %	20 %	11 %	17 %	12 %	12 %
ja, innerhalb der letzten 4 Jahre	20 %	9 %	18 %	14 %	10 %	9 %
mehrmals	21 %	33 %	25 %	20 %	7 %	9 %

Insgesamt haben in der vorliegenden Auswertung 39 % der RA-Patienten jemals eine stationäre Rehabilitation erhalten und somit nur wenig mehr als in der Auswertung der Kerndokumentation der deutschen Rheumazentren von 2001 mit 30 % erhoben werden konnten (siehe Tabelle 3) [9]. Die neueren Auswertungen der Kerndokumentation der deutschen Rheumazentren zeigen einen erheblichen Rückgang der Inanspruchnahme stationärer Rehabilitation in den letzten 12 Monaten von 1995 bis 2011 unter den Betroffenen mit starker Funktionseinschränkung (FFbH ≤ 50) von 20 % auf 11 % [50]. Nahezu die gleichen Verminderungen von Rehabilitationsleistungen waren unter weniger stark funktionell Beeinträchtigten festzustellen: FFbH 52 - 70: von 19 % auf 9 %; FFbH ≥ 70: von 14 % auf 4 %.

Die Ergebnisse verstärken die Hinweise aus früheren Analysen, dass stationäre Rehabilitationsmaßnahmen gerade bei RA-Patienten mit starker Funktionsbeeinträchtigung noch nicht ausgeschöpft sind. Gerade im Hinblick auf den drohenden Verlust der Erwerbsfähigkeit bzw. die drohende Pflegebedürftigkeit durch die funktionelle Einschränkung wären höhere Teilnahmequoten wünschenswert.

Die Versorgung mit ganztägig ambulanter Rehabilitation gestaltete sich unabhängig vom Funktionsstatus (FFbH-Gruppen) niedrig. Im Mittel hatten mit 8 % der Befragten wenige Betroffene jemals eine ganztägige ambulante Rehabilitation durchgeführt. Gemäß dem Grundsatz "ambulant vor stationär" [36] wäre eine höhere Teilnahmerate zu erwarten gewesen. Stationäre Rehabilitation wurde mit 39 % viel häufiger wahrgenommen. Dieses Verhältnis liegt noch unter den Daten der Deutschen Rentenversicherung: Laut Reha-Bericht der Deutschen Rentenversicherung von 2013 wurden 22 % (n = 75880) der Rehabilitationsleistungen aufgrund

von Erkrankungen des Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen insgesamt ambulant, der größere Teil mit 78 % (n = 263872) allerdings stationär durchgeführt [73].

Verschiedene Gründe für die häufigere Durchführung stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen sind an dieser Stelle zu diskutieren. Es bestehen zum einen Kontraindikationen für eine ganztägig ambulante Rehabilitation, z. B. eine notwendige kontinuierliche Betreuung und Pflege der Patienten [1]. Zum Anderen ist das Vorhandensein eines „multidisziplinären Teams mit spezifischer Expertise“ in unmittelbarer Nähe (Anfahrtsweg bis 45 Minuten Dauer) Voraussetzung für eine wohnortnahe ganztägige ambulante Rehabilitationsmaßnahme [1]. Dies ist laut Memorandum der DGRh bei der niedrigen Prävalenz der RA nur in großen Städten bzw. Ballungsräumen der Fall. Nicht zuletzt ist die eingeschränkte Mobilität durch die RA zu bedenken, da eine einfache Wegezeit von bis zu 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln für das Erreichen der ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtung möglich sein soll.

5.2.2 Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen

Nicht einmal die Hälfte der Befragten (43 %) gab an, eine ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme innerhalb der letzten 12 Monate erhalten zu haben. Wiesen die Befragten eine mäßige bis schwere Funktionseinschränkung auf (FFbH 50 – 70 bzw. FFbH < 50), so hatten nur etwas mehr als die Hälfte (55% bzw. 54 %, siehe Abbildung 2) im letzten Jahr an solch einer Maßnahme teilnehmen können. Unter gering funktionsbeeinträchtigten RA-Patienten (FFbH > 70) beliefen sich die Angaben auf gerade einmal ein Drittel (37 %). Unter den verschiedenen Therapieformen Medizinische Trainingstherapie, Funktionstraining, Rehabilitationssport, Ergotherapie und Krankengymnastik stand die Teilnahme an Krankengymnastik mit 52 % jemals und 29 % in den letzten 12 Monaten zwar an erster Stelle. Fast die Hälfte (48 %) hatten diese noch nie wahrgenommen. Eine frühere regionale Patientenbefragung ergab unter den funktionell stark eingeschränkten Patienten (FFbH < 50) einen ähnlich großen Anteil (31 %), der Krankengymnastik in den letzten 12 Monaten erhielt [10]. Daten aus der Kerndokumentation der nationalen Rheumazentren von 2001 zeigten einen Anteil für die Teilnahme an Krankengymnastik von 36,3 % unter den ambulant mit nichtmedikamentösen Therapien behandelten RA-Patienten in den letzten 12 Monaten [9]. Somit scheint der Anteil der RA-Patienten, die ambulant Krankengymnastik durchführen, im Laufe der Jahre auf einem Niveau von ca. 30 % zu stagnieren.

Für die übrigen Maßnahmen stellten sich noch geringere Zahlen für die Teilnahme dar. Etwa ein Drittel (32 %) hatte jemals Ergotherapie erhalten, in den letzten 12 Monaten nur 14 %. Die Befragung von Müller und Mau ergab diesbezüglich für die vorausgegangenen 12 Monate eine Rate von 11 % unter den stark Funktionsbeeinträchtigten und 2 - 4 % der weniger funktionell beeinträchtigten Patienten [10]. Insgesamt waren die Zahlen dieser regional angelegten Studie bezüglich der Versorgung mit Ergotherapie also sogar etwas niedriger als in der vorliegenden Analyse. Weiterhin liegen auch hier zum Vergleich ältere Daten der Kerndokumentation der nationalen Rheumazentren aus dem Jahr 2001 vor [9]. Aus denen geht eine Teilnahmerate an Ergotherapie im ambulanten Sektor für den Zeitraum der letzten 12 Monate von 4,6 % hervor. Somit bewegt sich die Häufigkeit der Teilnahme an Ergotherapie in den letzten 10 Jahren bei jedem siebten bis zwanzigsten Patienten mit RA auf einem niedrigen Niveau.

Rehabilitationssport und Funktionstraining als vor allem langfristig durchzuführende Maßnahmen hatten nur 7 % bzw. 12 % der Patienten in den letzten 12 Monaten wahrgenommen. Dies ist vereinbar mit den Ergebnissen der Studie von Müller und Mau, die in den Gruppen der Funktionseinschränkung eine Teilnahme an Funktionstraining und Rehabilitationssport in den vergangenen 12 Monaten zwischen 2 % (FFbH 50 – ≤ 70) und 11 % (FFbH > 70) verzeichnete [10].

Für die Medizinische Trainingstherapie stehen derzeit keine Daten zum Vergleich der Teilnahme zur Verfügung. Gerade einmal 11 % haben jemals Medizinische Trainingstherapie wahrgenommen. Sie kann zumindest in einigen Regionen in Deutschland als Teil der Nachsorgeleistungen bei rehabilitativen Maßnahmen verordnet werden. Da positive Effekte in einigen Studien schon nachgewiesen wurden, ist diese Therapieform durchaus auch als sekundäre Präventionsmaßnahme, also bei bekannter RA zur Vermeidung bzw. Verminderung des Fortschritts funktioneller Einschränkungen, zu empfehlen [3; 19 - 20].

Insgesamt ergibt sich zur Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen im Vergleich zu älteren Analysen leider kein eindeutig positiver Trend. Sowohl auf regionaler (Müller und Mau [10]) als auch nationaler Ebene (vorliegende Arbeit) liefern die Daten weiterhin das Bild einer noch nicht alle RA-Patienten erreichenden leitliniengerechten Versorgung mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen vor allem bezogen auf die letzten 12 Monate. Unter den funktionell stark beeinträchtigten RA-Patienten haben knapp ein Drittel (28 %) noch nie eine ambulante Maßnahme erhalten. Hier kann man der Aussage von Kalden et al. beipflichten, dass „funktionelle Therapien oftmals zu spät oder gar nicht verordnet“ werden [7], haben doch zahlreiche Studien die Effektivität in der verbesserten Funktionsfähigkeit sowie den

Langzeitnutzen belegt [17; 19 - 20]. Zur Diskussion möglicher Gründe wird im Laufe der Arbeit noch näher eingegangen.

5.2.3 Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen insgesamt

Noch deutlicher wird die Versorgungssituation der RA-Patienten, wenn man die Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen und an medizinischer Rehabilitation gemeinsam betrachtet. So wird ersichtlich, dass ein Viertel aller Betroffenen noch gar keine Maßnahme bisher erhalten hat. Durch den Bezug auf den Funktionsstatus der Patienten lässt sich dieser große Anteil an mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen nicht versorgten Betroffenen nicht befriedigend erklären. Wenig funktionell eingeschränkte Patienten hatten mit 28 % gegenüber den Patienten mit mäßiger (18 %) und starker (17 %) Funktionseinschränkung ähnlich häufig keine Maßnahme bisher wahrgenommen. Aufgrund der inzwischen verfügbaren medikamentösen Therapien - insbesondere der Biologica - ist sicherlich in vielen Fällen ein Rückgang der Symptome zu verzeichnen, allerdings sind dauerhafte Remissionen seltener [1]. Trotz vielfach verbleibender krankheitsbedingter Einschränkungen im Alltag - ca. 40% mit FFbH < 70 entsprechend der Kerndokumentation der deutschen Rheumazentren [50] - wird die Notwendigkeit für eine funktionelle Therapie seitens Patient und Arzt zu selten gesehen. Nur etwas mehr als die Hälfte der Patienten mit mäßiger und starker Funktionseinschränkung (FFbH 50 – 70 bzw. FFbH < 50) konnte bereits beide Formen der Therapie, also sowohl ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen sowie medizinische Rehabilitation, wahrnehmen. Auch für Betroffene mit wenig Funktionseinschränkung (FFbH > 70) ist mit sekundär-präventiver Zielsetzung vielfach die Indikation für ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen oder medizinische Leistungen zur Rehabilitation zu stellen. Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen somit auf entsprechende Versorgungsdefizite hin.

5.3 Praxisvariation bezüglich der Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen

5.3.1 Ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen

Bei der Betrachtung der praxisbezogenen Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen in den letzten 12 Monaten fällt eine Teilnahmerate von 33 % bis 59 % auf. Größer ist der Unterschied bezogen auf eine noch nie stattgefundene Teilnahme von 4 % bis 52 %. Unterscheidet man zwischen den Gruppen der Funktionseinschränkung, so variieren die Teilnahmeraten für die letzten 12 Monate für Patienten mit starker Funktionseinschränkung

erheblich (FFbH < 50: 0 % - 100 %). Diese große Schwankung steht den Erwartungen entgegen, wenn man davon ausgeht, dass Patienten mit ähnlich starker Funktionseinschränkung auch gemäß den Leitlinienempfehlungen eine entsprechende Behandlung mit regelmäßiger Bewegungstherapie erhalten. Unter den Patienten mit geringerer Funktionseinschränkung variieren die Teilnehmerraten nur geringfügig weniger (FFbH 50 - 70: 33 % - 100 % bzw. FFbH > 70: 22 % - 100%). Die Analyse von Müller und Mau [10] ergab zwar geringere Schwankungen der Rheumatologen-Angaben zu Verordnung von Einzelkrankengymnastik bei deren RA-Patienten im letzten Quartal, dennoch erhielten bis gerade einmal die Hälfte der eigenen Patienten im letzten Viertel des Jahres Einzelkrankengymnastik (Interquartil-Abstand: 10 – 45 %), 0 % bis ca. 20 % der Patienten konnte Krankengymnastik in der Gruppe und 0 % bis 10 % Ergotherapie verordnet werden. In dieser Arbeit wurde im Gegensatz zur vorliegenden Arbeit nicht nach Funktionseinschränkung unterschieden. In Analysen zur Praxisvariation der Kerndokumentation der Deutschen Rheumazentren von 2001 ergaben sich unter 29 rheumatologischen Einrichtungen Therapieraten in den vergangenen 12 Monaten für Einzelkrankengymnastik 34 % bis 54 % (25. bis 75. Perzentil) und 19 % bis 37 % für Gruppenkrankengymnastik [74]. Ergotherapie erhielten 9 % bis 21 % in den letzten 12 Monaten.

Insgesamt zeigt sich in der vorliegenden Analyse sowie in bereits publizierten Arbeiten die deutliche Variation für die Teilnahme bzw. Verordnung von ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen. Patientenbezogene sowie bedarfsbezogene Gründe (z. B. anhand der Funktionseinschränkung oder des ermittelten Rehabilitationsbedarfs) sind jeweils nicht deutlich auszumachen. Zink et al. untersuchten Unterschiede zwischen rheumatologischen Einrichtungen, die aufgrund der Anzahl der mit Kombinationstherapie (d. h. mit einer gleichzeitigen Gabe mehrerer Antirheumatika) behandelten Patienten, in Gruppen eingeteilt wurden [74]. Hier ergaben sich in der Gruppe der höchsten Rate an Kombinationstherapien auch höhere Teilnahmeraten an aktiver Krankengymnastik, obwohl sich die Gruppen unteren anderem bezüglich Funktionsstatus oder Krankheitsdauer nicht unterschieden. Auch in der vorliegenden Arbeit kann die Annahme, dass eine Variation in der funktionellen Einschränkung des Patientenkollektivs zwischen den verschiedenen Praxen vorherrscht, die Schwankungen in der Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen weiterhin nicht erklären.

5.3.2 Medizinische Rehabilitation

Zwischen 34 % und 76 % der befragten Patienten hatten noch nie eine medizinische Rehabilitation wahrnehmen können. Unterschieden nach der Funktionseinschränkung (auf Basis des FFbH)

ergaben sich dennoch hohe Schwankungen zwischen den teilnehmenden Praxen. Gerade in der Gruppe der starken Funktionseinschränkung (FFbH < 50) zeigten sich Raten von 40 % bis 100 %. Auch in der Arbeit von Müller und Mau wurden große Unterschiede bezüglich der Angaben der Rheumatologen zu beantragter Rehabilitation unter den rehabilitationsbedürftigen RA-Patienten aufgezeigt [10]. So wurde von 25 % bis 75 % der als rehabilitationsbedürftig eingestuften RA-Patienten medizinische Rehabilitation beantragt. Also findet sich zusammenfassend weder aufgrund des Rehabilitationsbedarfs noch in Abhängigkeit von der Funktionseinschränkung eine Erklärung für die Variabilität zwischen verschiedenen Einrichtungen.

5.3.3 Variation der Versorgung mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen insgesamt

Die Spanne für RA-Patienten, die noch keine bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme, weder ambulant noch in Form von medizinischer Rehabilitation, erhalten hatten, liegt für die teilnehmenden Praxen zwischen 3 % und 43 %. Und auch in der Unterscheidung der Patienten nach der Funktionseinschränkung findet man eine Diskrepanz von 36 % (64 % bis 100 %) bezüglich der stark funktionsbeeinträchtigten Patienten, die jemals eine der genannten Therapien wahrgenommen haben. In dieser Darstellung lässt sich aufs Neue keine Abhängigkeit von der Funktionseinschränkung aufweisen.

Somit sind auch artseitige Faktoren wie Wissen und kritische Einstellungen bzgl. der Bedeutung der nicht-medikamentösen gegenüber pharmakologischen Therapiemöglichkeiten zu diskutieren [8, 76], die Ansatzpunkte für notwendige Informationsarbeit bieten.

5.4 Rahmenbedingungen, Zufriedenheit und Wünsche zu wahrgenommenen ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen

Im Vergleich der Angaben zu den tatsächlichen und den gewünschten Rahmenbedingungen konnten keine großen Unterschiede festgestellt werden, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die Mehrheit der Patienten im Durchschnitt eine ein- bis zweimal wöchentliche ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme von ca. 30 bis 45 Minuten Dauer absolviert und mit dieser Häufigkeit und Frequenz zufrieden ist. Weiterhin sind die Teilnehmer einer Maßnahme auch bereit, Zuzahlungen zu leisten. Entgegen der Erwartungen gab es in dieser Analyse keine auffallenden sich von den Rahmenbedingungen unterscheidenden Wünsche der Patienten, die eine darauf begründete Nichtteilnahme erklären könnten.

Zu beachten ist, dass ein beträchtlicher Teil (39 %) der Befragten sich individuellere Übungen wünschte. Dies könnte einen Kritikpunkt darstellen, der allerdings in direkter Kommunikation zwischen Patient, Therapeut und Arzt bearbeitet werden sollte. Dennoch ergab die Auswertung, dass der Großteil einen deutlichen Erfolg der Maßnahmen bezüglich der Schmerzen oder Beweglichkeit verspürte und die Therapie weiterempfehlen würde. Außerdem hatte die Mehrheit die Absicht, die Therapie langfristig weiterführen zu wollen. Dies ist wichtig, um langfristige Erfolge bezüglich der Schmerzen und damit der Lebensqualität zu erzielen.

Aus einer Interview-Studie mit fünf Mitgliedern von Selbsthilfegruppen zur Versorgung mit Physiotherapie ging ebenfalls hervor, dass die Mehrheit der Befragten einen positiven Einfluss auf Lebensqualität, Beweglichkeit, Alltagsbewältigung und Schmerz bemerkten [56]. Es wurde auch hier seitens der Studienteilnehmer die Unverzichtbarkeit der Physiotherapie sowie die notwendige Weiterführung während des Krankheitsverlaufs betont. Beachtlich ist die Feststellung, dass hier keiner der Interviewten den derzeitigen Versorgungsumfang als ausreichend bewertete. Diese Ergebnisse bestätigen den in der vorliegenden Arbeit gewonnenen Eindruck, dass die RA-Patienten ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen als sehr wichtigen Teil der multimodalen Therapie erachten und vor diesem Hintergrund Versorgungsdefizite bemängeln [56].

5.5 Gründe gegen die Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen

5.5.1 Gründe gegen die Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen

Seitens der befragten RA-Patienten wird als häufigster Grund für die Nichtteilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Angeboten die fehlende Information zu bestehenden Angeboten angegeben. An dieser Stelle soll auf die zentrale Rolle von Hausarzt und behandelndem Rheumatologen verwiesen werden, welche die wichtigste Anlaufstelle für die RA-Betroffenen darstellen und somit die Therapie in die für den Patienten geeigneten Bahnen lenken können. Dies setzt natürlich das notwendige Wissen der verordnenden Ärzte voraus. Dabei ist es unverzichtbar, den Heilmittelkatalog sowie die Verordnungsrichtlinien zu kennen und anwenden zu können [35]. Weiterhin sollten die Patienten auf die verschiedenen Wege des Zugangs zu Informationen bezüglich möglicher Therapien, wie z. B. durch ärztliche Information, Online-Informationsportale und Selbsthilfegruppen, aufmerksam gemacht werden [72].

Weitere Hinderungsgründe waren zeitliche Engpässe und gesundheitliche Probleme seitens der Patienten. Hier lässt sich diskutieren, ob bei diesen RA-Patienten eine genauere Aufklärung über

die langfristigen positiven Effekte von Bewegungstherapien erfolgen sollte, um den Stellenwert der Teilnahme an ambulanten Maßnahmen zu erhöhen. Allerdings sollte auch berücksichtigt werden, dass terminliche Schwierigkeiten nicht nur auf Patientenseite bestehen. So gaben die Befragten einer Interview-Studie zur Versorgung mit Physiotherapie nicht ausreichende terminliche Kapazität bei Ärzten und Therapeuten als Grund für den subjektiv unzureichenden Versorgungsumfang mit Physiotherapie an [56]. Nicht zuletzt sollten die einschränkenden Heilmittelrichtgrößen, die laut Müller und Mau zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland zwischen 2 – 17 € pro Patient und Quartal differieren, genannt werden [10]. Dies führte sogar zu einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens bei 58 % der befragten Rheumatologen.

5.5.2 Gründe für keine oder eine zu seltene Teilnahme an medizinischer Rehabilitation

Nachzuvollziehen ist, dass Patienten mit sehr geringen Beschwerden (32 %) wohl kaum einen Rehabilitationsbedarf aufweisen und deshalb auch keine (oder selten) eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt haben. Die finanziellen Belastungen sind u. a. durch die Zuzahlungspauschale von 10 € pro Tag im stationären Sektor zu begründen. Es ist allerdings zu beachten, dass der Arbeitgeber eine Lohnfortzahlung bzw. der Rehabilitationsträger Übergangsgeld zu leisten hat und z. B. seitens der gesetzlichen Krankenversicherung Bestimmungen existieren, die eine über die Belastungsobergrenze von 2 % steigende Zuzahlung verhindern sollen [75].

Weiterhin gaben die Befragten mit 16 % Probleme mit dem Arbeitgeber oder Arbeitsplatz an, die sie von einer Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation abhielten. Diese Problematik wurde bereits in einer Befragung zur Akzeptanz im Rahmen einer Beratung aus dem Jahr 2007 thematisiert [28]. Fast die Hälfte der Studienteilnehmer lehnte eine medizinische Rehabilitation aus beruflichen Gründen ab. Nun stellt sich hier die Frage, ob diese Probleme bereits auftraten oder ob die Befragten eine berufliche Benachteiligung bis zur Kündigung „nur“ befürchteten. Um diese Sorgen und Ängste abzubauen, ist es sicher hilfreich, die Kommunikation zwischen Patient und Arbeitgeber sowie unter Umständen durch Beteiligung des behandelnden Arztes, Betriebsarztes oder von Beratungsstellen zu verbessern und gemeinsame Lösungsansätze zu schaffen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die Möglichkeiten der stufenweisen Wiedereingliederung oder Arbeitsplatzanpassungen.

Ca. ein Zehntel der Befragten nannte als Hinderungsgrund, dass sie sich nicht von der gewohnten Umgebung trennen wollten bzw. zu Hause nicht abkömmlich seien. Um auch diesen RA-Patienten

eine Rehabilitationsteilnahme zu ermöglichen, bestehen bereits ganztägige Angebote im Bereich der ganztägig ambulanten Rehabilitation. Einrichtungen für ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation sind allerdings vor allem in Ballungszentren angesiedelt und kommen bei einigen Betroffenen schon allein aufgrund der zu langen Anfahrt wohl nicht in Frage. Geografische Unterschiede der Rheumatologendichte erschweren zudem den Zugang der Patienten zur frühen Diagnostik und adäquaten Therapie [7]. Aufgrund der geringen Zahl der an der vorliegenden Studie teilnehmenden fachrheumatologischen Praxen in Deutschland ist eine Aussage bezüglich des Einflusses des Standortes in ländlichen Regionen leider nicht zu treffen.

Arztbezogene Gründe wurden im Einzelnen nicht erfasst. Allerdings hatten 11 % der Befragten die fehlende Unterstützung des Arztes bezüglich der Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitation angegeben. Auf Seiten der Ärzte sind bereits verschiedene Schnittstellenprobleme erläutert worden, wie z. B. mangelnde Absprachen zwischen den einzelnen Institutionen, langwierige Antrags- und Bewilligungsverfahren, die fehlende Rückmeldung von Ablehnungsgründen und allgemeine Informationsdefizite im Bereich der Nachsorgeplanung [8; 76 - 77].

5.6 Vergleich der Erwerbstätigen mit den Altersrentnern

Die Gruppe der Erwerbstätigen unterscheidet sich allein schon aufgrund der um 3 Jahre kürzeren Krankheitsdauer von der der Altersrentner, was auf Grund der Tatsache, dass die Erkrankung häufig um das vierte bis sechste Lebensjahrzehnt stattfindet, zu erwarten war [14]. Zudem besteht eine unterschiedliche Verteilung in den Gruppen der Funktionseinschränkung mit tendenziell mehr Altersrentnern mit starker Funktionseinschränkung. Das ist durch die im Verlauf der RA und mit dem Alter zunehmenden Funktionseinbußen erklärbar [78].

5.6.1 Unterschiede im Bewegungsverhalten zwischen Altersrentnern und Erwerbstätigen

Zum Bewegungsverhalten lässt sich festhalten, dass Altersrentner weniger motiviert sind, eine stärkere, regelmäßige körperliche Aktivität aufzunehmen und auch seltener mindestens an drei Tagen der Woche für mindestens 30 Minuten körperlich anstrengenden Sport treiben wollen. Dennoch gaben deutlich mehr Altersrentner als Erwerbstätige an, ihre körperliche Aktivität in der von ihnen angegebenen Intensität auszuführen. Unter den Befragten im Rentenalter gehen drei Viertel mindestens einmal in der Woche einer körperlichen Betätigung nach. Demnach besteht zwar im Alter eine niederfrequente und wenig intensive, dafür aber von einem großen Teil der Befragten ausgeübte körperliche Aktivität. Perspektivisch sind Angebote im Bereich freiwilliger in der Freizeit durchführbarer körperlicher Aktivitäten mit höherer Frequenz und Intensität

möglicherweise so individuell und patientenorientiert zu gestalten und zu präsentieren, dass sie auf eine größere Akzeptanz stoßen.

5.6.2 Unterschiede in der Teilnahme an bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen zwischen Erwerbstätigen und Altersrentnern

Die Teilnehmeraten der Altersrentner und der Erwerbstätigen unterscheiden sich bezüglich ambulanter bewegungs- und funktionsorientierter Maßnahmen nicht gravierend. Allerdings liegen die ambulanten Maßnahmen bei Altersrentnern etwas öfter als bei den Erwerbstätigen mehr als 12 Monate zurück (siehe Abbildung 14). Dies betrifft analog die Versorgung mit ganztägig ambulanter oder stationärer Rehabilitation. Hier gaben Altersrentner deutlich öfter als Erwerbstätige an, dass deren rehabilitative Maßnahme mehr als vier Jahre zurück liegt (siehe Abbildung 15). Auch wenn Altersrentner etwas häufiger als Erwerbstätige eine mehrmalige Teilnahme bejahten, was in Anbetracht der längeren Krankheitsdauer verständlich ist, sind die bei zwei Dritteln der Altersrentner nie durchgeführten Rehabilitationsleistungen bzw. deren längere Abstände vor dem Hintergrund des Trägerwechsels ab dem Zeitpunkt der dauerhaften Verrentung zu diskutieren. Die bei Altersrentnern zuständige Gesetzliche Krankenversicherung finanziert Rehabilitationsleistungen sehr viel seltener als die Rentenversicherung, die der Leistungsträger für Erwerbstätige ist [16]. Da die Gruppe der Rentner im Durchschnitt aber einen größeren Anteil an schwer funktionsbeeinträchtigten Patienten enthält, werden dadurch die deutlichen Hinweise auf eine rehabilitative Unterversorgung insbesondere im Zuständigkeitsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung gestützt [1; 10; 14 - 15]. An dieser Stelle soll nochmals an das Ziel der Rehabilitation erinnert werden, dass nicht nur den Erhalt und die Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit als Ziel der Rentenversicherung gemäß Sozialgesetzbuch VI, sondern auch den Erhalt der Teilhabe am täglichen Leben durch die Verhinderung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit und Behinderung als gesetzlicher Auftrag (Sozialgesetzbuch V) beinhaltet [79 - 80]. Deshalb sollte auch bei RA-Patienten im Rentenalter eine medizinische Rehabilitation von allen Akteuren mehr beachtet und realisiert werden.

5.7 Limitationen der Arbeit

Grundsätzlich sind Selektionseffekte zu diskutieren. Von 32 angeschriebenen Praxen nahmen 9 (28%) teil. Allerdings zeichnen sich Befragungen von Vertragsärzten in der Regel durch geringe Beteiligungsraten aus, die vielfach noch unter der hier genannten liegen. Insgesamt beträgt der

patientenseitige Rücklauf bei 700 versendeten Fragebögen 53 %, was als typisch für solche Erhebungen angesehen werden kann.

Die Praxen waren dazu angehalten, nur einen Fragebogen pro Patient mit der Diagnose rheumatoide Arthritis (M05/M06) zu vergeben. Es ist denkbar, dass besonders motivierte Patienten eher an einer Fragebogenerhebung teilnahmen. Auch wenn die Ergebnisse dieser Studie allein sich nicht auf die Gesamtheit aller an RA erkrankter Patienten in Deutschland übertragen lassen, gibt ihre Übereinstimmung mit anderen Studien einen wichtigen Anhalt für Versorgungsdefizite und Denkanstöße bezüglich der Patientenwünsche.

Die Daten wurden durch subjektive Angaben der Befragten erhoben. Die Einnahme von Medikamenten beispielsweise wurde durch vereinfachte Begriffe wie „Schmerzmedikamente“ und „langwirksame Antirheumatika“ verallgemeinert. Dabei entsteht ein Informationsverlust, der allerdings in diesem Fall keine großen Auswirkungen auf die ermittelten Ergebnisse haben sollte. Auch die Beantwortung der Fragen nach der Zufriedenheit mit der durchgeführten Therapie könnte durch Angaben im Sinne der sozialen Erwünschtheit verzerrt sein.

Während der Auswertung konnte vereinzelt angenommen werden, dass Befragte zum Teil nicht gut zwischen den verschiedenen Angeboten (Krankengymnastik, Funktionstraining, Rehabilitationssport, Medizinische Trainingstherapie und Ergotherapie) unterscheiden konnten. Zudem hatten einige Befragte innerhalb der letzten 12 Monate an mehreren unterschiedlichen Therapien teilgenommen. Deshalb wurde auf die Analyse zur Zufriedenheit und zu Wünschen bezüglich einzelner Therapieformen verzichtet.

Die Versorgung mit den verschiedenen bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen (ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen und ganztägig ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation) fällt zwischen den Praxen sehr unterschiedlich aus. Zum einen ist bei der unterschiedlichen Anzahl von Fragebögen pro Praxis (zwischen 12 und 71, siehe Tabelle 5) die Repräsentativität pro Praxis zu diskutieren. Zum Anderen können diese Unterschiede auch durch das variierende Angebot an Therapiemaßnahmen in der Umgebung der Praxis und des Wohnortes des Patienten begründet sein. Als wesentliche Faktoren werden allerdings verschiedene ärztliche Auffassungen zu Therapieregimen mit dem Stellenwert nicht-medikamentöser Interventionen angenommen [50], die auch bei den sehr viel größeren Fallzahlen pro Melder in der Kerndokumentation der deutschen Rheumazentren bereits von Zink et al (2001) diskutiert wurden [74].

6 Zusammenfassung

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen die aus nationalen und regionalen Daten gewonnenen Erkenntnisse zur Unterversorgung von RA-Patienten mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen. Sowohl im Bereich der Versorgung mit ganztägig ambulanter oder stationärer medizinischer Rehabilitation sowie der Versorgung mit ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Angeboten bestehen gerade unter RA-Patienten mit starken Funktionseinschränkungen weiterhin Defizite. Diese sollten auch zukünftig durch Bearbeitung der Schnittstellenprobleme mit engagierter Sondierung geeigneter Lösungen durch alle Akteure abgebaut werden. Viel diskutiert sind in diesem Zusammenhang eine suffiziente Aufklärung der Patienten durch die behandelnden Ärzte über Therapie-Möglichkeiten, die Verbesserung der Kommunikation zwischen den Institutionen des Antrags- und Bewilligungsverfahrens für medizinische Rehabilitation sowie zwischen den verordnenden Ärzten und den Rehabilitationseinrichtungen sowie die Weiterbildung des medizinischen Personals in Hinsicht auf Beantragungs- und Bewilligungsverfahren [76 - 77]. Erfreulich ist die hohe Zahl der in der Freizeit sportlich aktiven RA-Patienten, die mitunter auch unter starken Funktionseinschränkungen leiden. Befragte, die an verschiedenen Angeboten teilnehmen konnten, bestätigen positive Effekte und den Willen zum Fortführen der Maßnahme. Dies bedeutet, dass Betroffene durchaus motiviert sind, selbst dem Fortschreiten der Erkrankung entgegen zu wirken, was durch gezielte Maßnahmen zur optimierten Durchführung zu unterstützen ist. Um nun auch die medizinische Versorgung zu verbessern, sollten bürokratische Hürden abgebaut und für die Überschaubarkeit des Verordnungssystems gesorgt werden [77]. Vielfältige Hilfen für sinnvolle Eigenaktivitäten und den Umgang mit der Verordnung geben Informationsportale wie der „Wegweiser Arbeitsfähigkeit“ sowohl für Ärzte als auch für Patienten und der Heilmittelkatalog [46 - 47; 72].

Literatur

- 1 Kommission Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (2008) Memorandum: Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland. abgerufen unter <http://dgrh.de/rheumamemorandum.html> am 09.04.2015
- 2 Bräuer W, Merkesdal S, Mau W (2002) Langzeitverlauf und Prognose der Erwerbstätigkeit im Frühstadium der chronischen Polyarthrit. Z Rheumatol 61: 426 - 434
- 3 Vliet Vlieland T.P.M, Li LC (2009) Rehabilitation in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis: differences and similarities. Clin Exp Rheumatol 27: 171 - 178.
- 4 Schneider M, Lelgemann M, Abholz HH, Blumenroth M, Flügge C, Gerken M, Jäniche H, Kunz R, Krüger K, Mau W, Specker C, Zellner M (2011) Interdisziplinäre Leitlinie- Management der frühen rheumatoiden Arthritis. gültig bis 31.12.2015. abgerufen unter <http://dgrh.de/leitliniefruehera.html> am 09.04.2015
- 5 Westhoff G, Edelmann E, Kekow J, Zink A (2010) Diagnosespektrum, Behandlungsindikation und Symptombdauer von Erstzuweisungen zum Rheumatologen. Z Rheumatol 69: 910 - 918
- 6 Bitzer EM, Dörning H, Ehlebracht-König I (2004) Das Funktionstraining der Rheuma-Liga in Niedersachsen- Auswirkungen auf Funktionskapazität und ärztlich verordnete Krankengymnastik. Akt Rheumatol 29: 24 - 35
- 7 Kalden J, Burkhardt H, Buß B, Donhauser-Gruber U, Erstling U, Gromnica-Ihle E, Karberg K, Karger T, Kneitz Ch, Krause A, Krüger K, Lorenz HM, Müller-Ladner U, Rubbert-Roth A, Steffens-Korbanka P, Tony HP, Wendler J, Wollenhaupt J, Burmester G (2011) Strategien zur verbesserten Versorgung von Menschen mit der Volkskrankheit „Rheuma“ am Beispiel der rheumatoiden Arthritis. Z Rheumatol 70: 641 - 650
- 8 Schubert M, Fiala K, Grundke S, Parthier K, Behrens J, Klement A, Mau W (2012) Der Zugang zu medizinischer Rehabilitation aus Perspektive niedergelassener Ärzte- Probleme und Optimierungsmöglichkeiten. Phys Med Rehab Kuror 22: 264 - 270
- 9 Zink A, Listing J, Niewerth M, Zeidler H, for the German Collaborative Arthritis Centres: The national database of the German Collaborative Arthritis Centres (2001) II. Treatment of patients with rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 60: 207 - 213
- 10 Müller A, Mau W (2008) Rehabilitative und ambulante physikalisch- medizinische Versorgung von Rheumakranken- Ergebnisse der Befragung von Patienten mit rheumatoider Arthritis und ankylosierender Spondylitis und Rheumatologen. Z Rheumatol 67: 542 - 553
- 11 Mittendorf T, Edelmann E, Kekow J, von Hinüber U, Müller- Brodmann W, Graf von der Schulenburg JM (2007) Bestandsaufnahme der ambulanten rheumatologischen Versorgung in Deutschland- Versorgungsstruktur und Leistungsspektrum. Z Rheumatol 66: 525 - 532

- 12 Zink A, Huscher D, Schneider M (2010) Wie leitliniengerecht ist die rheumatologische Versorgung? Anspruch und Wirklichkeit. *Z Rheumatol* 69: 318 - 326
- 13 Thieme H, Löffler K, Borgetto B (2010) Defizite der ergotherapeutischen Routineversorgung bei rheumatischen Erkrankungen- Ergebnisse einer Auswertung der RheumaDat- Panel-Befragung. *Z Rheumatol* 69: 435 - 442
- 14 Kiener HP, Redlich K: Chronische Polyarthritits (cP; Rheumatoide Arthritis, RA). In: Dunky A, Graninger W, Herold M, Smolen J, Wanivenhaus A. (Hrsg): *Praktische Rheumatologie*. 5. Aufl. Springer, Wien, New York, 2012, S. 210 – 221
- 15 Mau W, Beyer W, Ehlebracht- König I, Engel M, Genth E, Greitemann B, Jäckel WH, Zink A (2008) Krankheitslast. Erste Routineberichterstattung zu sozialmedizinischen Folgen entzündlich- rheumatischer Erkrankungen in Deutschland. *Z Rheumatol* 67: 157 – 164
- 16 Mau W, Thiele K, Lamprecht J (2014) Trends der Erwerbstätigkeit von Rheumakranken- Ergebnisse aus Sozialversicherungsdaten und Kerndokumentation der Rheumazentren in Deutschland. *Z Rheumatol* 73: 11 - 19
- 17 Cairns AP, McVeigh JG (2009) A systematic review of the effects of dynamic exercise in rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 30: 147 - 158
- 18 Neuberger GB, Aaronson LS, Gajewski B, Embretson SE, Cagle PE, Loudon JK, Miller PA (2007) Predictors of Exercise and Effects of Exercise on Symptoms, Function, Aerobic Fitness, and Disease Outcomes of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* 57: 943 - 952
- 19 Hurkmans E, van der Giesen FJ, Vliet Vlieland TPM, Schoones J, Van den Ende, ECHM (2009) Dynamic exercise programs (aerobic capacity and/or muscle strength training) in patients with rheumatoid arthritis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4
- 20 Baillet A, Vaillant M, Guinot M, Juvin R, Gaudin P (2012) Efficacy of resistance exercises in rheumatoid arthritis: meta- analysis of randomized controlled trials. *Rheumatology* 51: 519 - 527
- 21 Mattukat K, Mau W (2013) Was beeinflusst körperliche Aktivität von Patienten mit rheumatoider Arthritis oder ankylosierender Spondylitis? *Phys Med Rehab Kuror* 23: 87 - 97
- 22 Plasqui G (2008) The role of physical activity in rheumatoid arthritis. *Physiology & Behavior* 94: 270 – 275
- 23 Sokka T, Häkkinen A, Kautainen H, Maillefert JF, Toloza S, Hansen TM, Calvo-Alen J, Oding R, Liveborn M, Huisman M, Alten R, Pohl C, Cutolo M, Immonen K, Woolf A, Murphy E, Sheehy C, Quirke E, Celik S, Yazici Y, Tlustochowicz W, Kapolka D, Skakic V, Rojkovich B, Müller R, Stropuviene S, Andersone D, Drosos AA, Lazovskis J, Pincus T on behalf of the Quest-RA

- Group (2008) Physical inactivity in patients with rheumatoid arthritis: Data from twenty-one countries in a cross sectional international study. *Arthritis Rheum* 59: 42 - 59
- 24 Arne M, Janson C, Janson S, Boman G, Lindqvist U, Berne C, Emtner M (2009) Physical activity and quality of life in subjects with chronic disease: chronic obstructive pulmonary disease compared with rheumatoid arthritis and diabetes mellitus. *Scand J Prim Health Care* 27: 141 - 147
- 25 Silva CR, Costa TF, de Oliveira TTV, Muniz LF, da Monta LMH (2013) Physical activity among patients from the Brasília cohort of early rheumatoid arthritis. *Rev Bras Rheumatol*, 53: 394 - 399
- 26 De Mello MT, Fernandez AC, Tufik S (2000) Epidemiological survey of the practice of physical activity in São Paulo City. *Rev Bras Med Esporte* 6: 119 - 124
- 27 Stoll O, Mengel K, Boese S, Schliermann R (2007) Effekte eines Funktionstrainings auf die psychische Gesundheit bei an Rheuma erkrankten Patienten. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 23: 99 - 104
- 28 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. *Gesundheitswesen* 69: 325 - 335
- 29 Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (2012) S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie: Handlungsempfehlungen der DGRh zur sequenziellen medikamentösen Therapie der rheumatoiden Arthritis 2012: adaptierte EULAR Empfehlungen und aktualisierter Therapiealgorithmus. gültig bis 31.07.2015. abgerufen unter <http://dgrh.de/leitliniera.html> am 09.04.2015
- 30 Callhoff J, Weiß A, Zink A, Listing J (2014) Impact of biologic therapy on functional status in patients with rheumatoid arthritis- a meta- analysis. *Rheumatology* 52: 2127 - 2135
- 31 Vliet Vlieland TPM, van den Ende CH (2011) Nonpharmalogical treatment of rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 23: 259 - 264
- 32 Christie A, Jamtvedt G, Dahm KT, Moe RH, Haavardsholm EA, Hagen KB (2007) Effectiveness of nonpharmalogical and nonsurgical interventions for rheumatoid arthritis: an overview of systematic reviews. *Phys Ther* 87: 1697 - 1715
- 33 De Jong Z, Vliet Vlieland TPM (2005) Safety of exercise in patients with rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 17: 177 - 182
- 34 Lamprecht J, Behrens J, Mau W, Schubert M (2011) Das Intensivierte Rehabilitationsnachsorgeprogramm (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund-

- Berufsbegleitende Inanspruchnahme und Veränderungen berufsbezogener Parameter. Rehabilitation 50: 186 – 194
- 35 Engel JM (2012) Physio- und Ergotherapie sind unverzichtbar. Z Rheumatol 71: 369 - 380
- 36 Gemeinsamer Bundesausschuss (2014) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien). abgerufen unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-882/RL-Reha_2014-04-17.pdf am 09.04.2015
- 37 Jäckel WH, Mau W, Gülich M, Traber U: Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen. In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg): Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Urban und Fischer, München, 2007, S. 148 - 167
- 38 Stucki G, Kroeling P (2000) Physical therapy and rehabilitation in the management of rheumatic disorders. Baillière's Clinical Rheumatology 14: 751 - 771
- 39 Mau W: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg): Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Urban und Fischer, München, 2007, S. 16 - 20
- 40 Weigl M, Schwarzkopf SR, Stucki G (2008) Anwendung der ICF in der rheumatologischen Rehabilitation. Z Rheumatol 67: 565 - 574
- 41 Mau W. Ambulante und stationäre Rehabilitation. In: Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U (Hrsg): Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Urban und Fischer, München, 2007, S. 51 – 66
- 42 Deutsche Rentenversicherung (2014) - Informationen zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe- Rehabilitationsantrag Nr. G103. abgerufen unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/04_formulare_und_antraege/01_ver_sicherte/03_reha/_DRV_Paket_Rehabilitation_%20Med_Rehabilitation.html am 09.04.2015
- 43 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2011) Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining. abgerufen unter <http://www.dgpr.de/leitlinien-empfehlungen-positions-papiere.html> am 09.04.2015
- 44 Deutsche Rentenversicherung Nord (2013) Medizinische Trainingstherapie (MTT)-Verordnungsmodalitäten. abgerufen unter www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/228458/publicationFile/62758/K5013.pdf am 09.04.2015
- 45 Mattukat K, Beck L, Lamprecht J, Mau W (2010) Nachsorgeangebote der regionalen und bundesweiten Rentenversicherungsträger nach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen entzündlich-rheumatischer und anderer Erkrankungen des Bewegungssystems. DRV-Schriften. 8: 375 - 377

- 46 Gemeinsamer Bundesausschuss (2011) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL). BANZA 96: 2247 - 2277
- 47 Gemeinsamer Bundesausschuss (2011) Heilmittelkatalog- Nachschlagewerk zur Ermittlung verordnungsfähiger Heilmittel entsprechend den Indikationen. abgerufen unter http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3064/HeilM-RL_2011-05-19_Heilmittelkatalog.pdf am 09.04.2015
- 48 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014) Verordnungssteuerung- Zuzahlungen. abgerufen unter <http://www.kbv.de/html/2950.php> am 09.04.2015
- 49 Vogel H, Jäckel WH (2007) Zugang zur Rehabilitation. Entwicklungen in der sozialmedizinischen Begutachtung. Rehabilitation 46: 1 – 2
- 50 Mau W, Beyer W, Ehlebracht-König I, Engel JM, Genth E, Jäckel WH, Lange U, Thiele K (2014) Leistungstrends der rehabilitativen rheumatologischen Versorgung in Deutschland. Z Rheumatol 73: 139 - 148
- 51 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2014) Reha-Info der BAR 1/2014. abgerufen unter http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha-info/downloads/Reha_BAR_1_2014_final.pdf am 09.04.2015
- 52 Gerdes N, Bührlen B, Lichtenberg S, Jäckel WH (2008) Rehabilitationsnachsorge (RENA-Projekt)- Abschlussbericht. abgerufen unter <http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/rehaDoc.pdf?rehaid=879FD1F8EC3EBDBBC1256E99002DE81F> am 09.04.2015
- 53 Kainz B, Gülich M, Engel EM, Jäckel WH (2006) Vergleich dreier ambulanter Therapieformen zur Behandlung chronischer Rückenschmerzen- Ergebnisse einer multizentrischen, clusterrandomisierten Studie. Rehabilitation 45: 65 – 77
- 54 Thieme H, Borgetto B: Physiotherapeutische Versorgung von Menschen mit rheumatischen Erkrankungen. In: BorgettoB, Stößel U (Hrsg.) Gemeinschaftliche Selbsthilfe und medizinische Versorgung rheumakrankter Menschen. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung der Ergebnisqualität der Selbsthilfeaktivitäten und Versorgungsangebote der Rheuma-Liga Baden-Württemberg und der rheumatologischen Versorgung rheumakrankter Menschen. Münster, Hamburg, Berlin: LIT-Verlag, 2011, S. 210 - 227
- 55 Thieme H, Löffler K, Borgetto B: Physiotherapeutische und ergotherapeutische Versorgung bei Rheumatoider Arthritis. In: Kemper C, Sauer K, Gläske G (Hrsg.) GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2009. Asgard-Verlag, St. Augustin, 2009, S. 84 - 96

- 56 Pflingsten A, Borgetto B (2013) Physiotherapie in der Rheumatologie- eine Pilotstudie zum Versorgungsbedarf aus Sicht von Patienten. *Akt Rheumatol* 38: 50 – 54
- 57 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 2004. Abgerufen unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/> am 08.05.2015
- 58 Meyer T, Raspe H (2010) Die Messung der Lebensqualität bei rheumatischen Erkrankungen. Eine kritische Bestandsaufnahme. *Z Rheumatol* 69: 203 – 209
- 59 Jäckel WH, Beyer WF, Droste U, Engel JM, Genth E, Kohlmann T, Kriegel W, Mau W, Pott HG, Rehberg W, Sangha O, Schmidt K, Wassenberg S, Zink A (2001) Outcome-Messung bei muskuloskelettalen Krankheiten: Vorschlag für ein Core-Set von Instrumenten zum Einsatz in der Rehabilitation. *Z Rheumatol* 60: 342 - 351
- 60 Raspe HH, Hagedorn U, Kohlmann T, Mattussek S: Der Funktionsfragebogen Hannover (FFbH): Ein Instrument zur Funktionsdiagnostik bei polyartikulären Gelenkerkrankungen. In: Siegrist J. (Hrsg): *Wohnortnahe Betreuung Rheumakrankter*. Schattauer, Stuttgart, 1999, S. 164 - 182.
- 61 Rau R, Genth E (2008) Wirksamkeitskriterien der Therapie bei rheumatischen Erkrankungen. *Qualitätssicherung in der Rheumatologie* 1: 173 - 190
- 62 Röhrig A, Froböse I, Bohnes M (2007) Assessmentinstrumente zur Teilhabe einschätzung – ICF- orientierte Online- Datenbank- Kurzbeschreibungen 55 extrahierter Instrumente zu arbeitsrelevanten Analysebereichen. *ipgr Forschungsbericht*, Köln, abgerufen unter http://www.iqpr.de/iqprweb/public/dokumente/forschung/publikationen/FB_2_2007.pdf am 09.04.2015
- 63 Bengel J, Wirtz M, Zwingmann C: Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. In: Brähler E, Strauß B. (Hrsg) *Diagnostik für Klinik und Praxis*. Hogrefe, Göttingen, Bern, Wien, usw. 2008
- 64 Lautenschläger J, Mau W, Kohlmann T, Raspe HH, Struve F, Brückle W, Zeidler H (1997) Vergleichende Evaluation einer deutschen Version des Health Assessment Questionnaires (HAQ) und des Funktionsfragebogens Hannover (FFbH). *Z Rheumatol* 56: 144 - 155
- 65 Bullinger M, Kirchberger I: SF- 36 - Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung: Hogrefe- Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1998
- 66 Binder H (2004) Die Lebensqualität von Patienten mit chronischer Herzkrankheit – eine prospektive Verlaufsstudie auf zwei Stationen des Universitätsklinikums Freiburg. Dissertation im Fachbereich Medizin, Freiberg im Breisgau, Albert- Ludwigs- Universität
- 67 Walker JG, Littlejohn GO (2007) Measuring quality of life in rheumatic conditions. *Clin Rheumatol*, 26: 671 - 673

- 68 Schwarzer R, Lippke S, Luszczynska A (2011) Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: The Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology*, 56: 161 - 170.
- 69 Geyer S (2008) Einzelindikator oder Index? Maße sozialer Differenzierung im Vergleich. *Gesundheitswesen* 70: 281 – 288
- 70 Winkler J, Stolzenberg H Adjustierung des Sozialen-Schicht-Index für die Anwendung im Kinder-und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003/2006. Wismar: Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Wismar Business School. Wismar Discussion Papers, 2009
- 71 Müller A (2011) Rehabilitative und ambulante physikalisch- medizinische Versorgung von Patienten mit rheumatoider Arthritis oder ankylosierender Spondylitis aus der Sicht von Betroffenen und Rheumatologen, Halle (Saale), Martin-Luther-Universität, Medizinische Fakultät, Dissertation, 71 Seiten
- 72 Drambyan Y, Parthier K (2014) Erwerbsfähigkeit erhalten und berufliche Teilhabe sichern. *Z Rheumatol* 73: 20 – 26
- 73 Deutsche Rentenversicherung (2013) Reha-Bericht 2013. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. abgerufen unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/rehabericht_2013.html am 07.09.2014
- 74 Zink A, Listing J, Ziemer S, Zeidler H and the German Collaborative Centres (2001) Practice Variation in the Treatment of rheumatoid Arthritis Among German Rheumatologists. *J Rheumatol* 28: 2201 – 2208
- 75 Arbeitskreis Gesundheit e. V. Mein gesundes Magazin- Aktuelle medizinische Informationen für Patienten. Der Weg zur Rehabilitation. 1 (2012) 10 – 11, abgerufen unter <http://www.arbeitskreis-gesundheit.de/fuer-patienten/der-weg-zur-rehabilitation/rehabilitation-anschlussheilbehandlung-vorsorge-und-muttervater-kind-massnahmen-im-ueberblick2> am 08.05.2015
- 76 Grundke S, Behrens J, Parthier K, Schubert M, Fiala K, Mau W, Klement A (2013) Rehabilitationszugangs- und Schnittstellenoptimierung in der ambulanten Versorgung. *Prävention und Rehabilitation* 25: 43 – 51
- 77 Pohontsch N, Träder JM, Scherer M, Deck R (2013) Empfehlungen zur Überwindung von Schnittstellenproblemen in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. *Rehabilitation* 52: 322 – 328

- 78 Mau W, Reuter S (2011) Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im Alter. Dtsch Med Wochenschr 136: 2199 – 2204
- 79 Sozialgesetzbuch VI – Gesetzliche Rentenversicherung, §9 Absatz 1
- 80 Sozialgesetzbuch V– Gesetzliche Krankenversicherung, §11 Absatz 2

Thesen

- 1 In der quantitativen Querschnittsanalyse wurde die Versorgung von Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) mit ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen sowie medizinischer ganztägig ambulanter sowie stationärer Rehabilitation auf Grundlage der Angaben von Betroffenen erfasst. Zudem sollten Unterschiede in der Versorgung zwischen den einzelnen teilnehmenden rheumatologischen Schwerpunkt-Praxen dargestellt werden.
- 2 Mit zunehmender Funktionseinschränkung sinkt die Häufigkeit der körperlichen Aktivität mindestens einmal wöchentlich in der Freizeit unter den RA-Patienten (Funktionskapazität nach dem Funktionsfragebogen Hannover (FFbH) < 50: 65 %, n = 39, FFbH 50 – 70: 77 %, n = 43; FFbH > 70: 79 %, n = 172) sowie die Motivation zur regelmäßigen Ausübung einer mindestens dreimal wöchentlichen körperlich anstrengenden Freizeitaktivität (FFbH > 70: $3,9 \pm 1,9$; FFbH 50 - 70: $3,8 \pm 1,9$; FFbH < 50: $3,2 \pm 2,0$; $p < 0,05$).
- 3 Fast ein Drittel der Befragten (n = 93; 29 %) hatte noch nie eine ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme durchgeführt. Bei starker bzw. mäßiger Funktionseinschränkung hatten mehr als die Hälfte der RA-Patienten in den letzten 12 Monaten eine ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme wahrgenommen (54 % bzw. 55 %; n = 316; $p = 0,059$).
- 4 Ein Drittel der Befragten nahm trotz starker Funktionseinschränkung (FFbH < 50) bisher an keiner medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teil (34 %, n = 34). Die Teilnahmehäufigkeit an einer ganztägig ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation nahm mit steigender Funktionseinschränkung deutlich zu (FFbH > 70: 30 %, FFbH 50 – 70: 58 %, FFbH < 50: 66 %, n = 317; $p < 0,001$).
- 5 Gemeinsam betrachtet hatte etwa ein Viertel der RA-Betroffenen weder ambulante bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahmen noch medizinische Rehabilitation wahrgenommen (25 %). Patienten mit geringer Funktionseinschränkung hatten vor allem an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen teilgenommen (FFbH > 70: n = 82; 41 %), Patienten mit einer mäßigen bzw. starken Funktionseinschränkung (FFbH 50 - 70 bzw. FFbH < 50) zusätzlich an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (54 % bzw. 57 %; $p < 0,001$).
- 6 Für die Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen in den letzten 12 Monaten konnte zwischen den Praxen eine erhebliche Variation von 33 % bis 59 % ermittelt werden (n = 320; $p < 0,001$). Desweiteren trat diese Variation auch für die Teilnahme an medizinischer Rehabilitation (24 % – 66%, n = 317; $p < 0,01$) und bei der

Betrachtung aller bewegungs- und funktionsorientierter Maßnahmen (59 % - 97 %, n = 303; $p < 0,001$) auf. Hierbei gab es keinen Hinweis auf die Abhängigkeit von der Funktionseinschränkung.

- 7 Große Diskrepanzen zwischen tatsächlich erlebten Rahmenbedingungen bei Teilnahme an ambulanten bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen und gewünschten Rahmenbedingungen konnten nicht festgestellt werden.
- 8 Altersrentner sind zwar weniger intensiv, dafür seit längerer Zeit als Erwerbstätige körperlich aktiv. Unter den Altersrentnern lag eine bewegungs- und funktionsorientierte Maßnahme oft länger zurück als unter den Erwerbstätigen.
- 9 Auch wenn die Betroffenen im Rahmen ihrer Möglichkeiten in der Freizeit vielfach körperlich aktiv sind, bestehen bezüglich der Versorgung mit bewegungs- und funktionsorientierten Maßnahmen insbesondere von stark funktionseingeschränkten RA-Patienten weiterhin Defizite. Durch konsequente Aufklärungsarbeit im Sinne von intensiverer Kommunikation aller an der Versorgung Beteiligten und der Patienten muss intensiviert an der Verbesserung der Versorgung der RA-Patienten gearbeitet werden.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Claudia Maria Matthes
Geburtsdatum und -ort: 17. November 1988 in Leipzig
Familienstand: ledig
Adresse: Annastraße 16 39108 Magdeburg
Tel.: 0176 – 60916562
Email: claudia.matthes.online@web.de

Berufliche Tätigkeit

seit 05/2014 Assistenzärztin in Weiterbildung im Fachbereich
Gynäkologie und Geburtshilfe am Klinikum Magdeburg
gGmbH

Studium

10/2007 – 11/2013 Studium im Fachbereich Humanmedizin, Martin-
Luther- Universität Halle-Wittenberg
11/2013 2. Staatsexamen Humanmedizin
09/2009 1. Staatsexamen Humanmedizin

Praktisches Jahr

03/2013 – 07/2013 Chirurgische Klinik, Berufsgenossenschaftliche Kliniken
Bergmannstrost, Halle (Saale)
12/2012 – 03/2013 Department für Innere Medizin, Universitätsklinikum
Halle (Saale)
08/2012 – 12/2012 Universitätsklinik und Poliklinik für Gynäkologie und
Geburtshilfe, Halle (Saale)

Schulische Ausbildung

08/1999 – 06/2007 Geschwister-Scholl-Gymnasium, Taucha b. Leipzig
08/1995 – 07/1999 Grundschule 2, Taucha b. Leipzig

Claudia Matthes

Magdeburg, den 13.06.2015

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Die Regeln zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis wurden beachtet (Amtsblatt der MLU Nr. 5, 02.07.09).

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Magdeburg, den 13.06.2015

Claudia Matthes

Erklärung über frühere Promotionsversuche

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt. Es wurden bisher keine Promotionsversuche vorgenommen.

Magdeburg, den 13.06.2015

Claudia Matthes

Danksagung

An erster Stelle möchte ich Herrn Professor Wilfried Mau für die Möglichkeit dieses interessante Thema bearbeiten zu dürfen danken. Die intensive Betreuung und die stets anregenden Diskussionen waren von großer Bedeutung für die Fertigstellung dieser Arbeit.

Desweiteren danke ich Frau Dipl.-Psych. Kerstin Mattukat für die vielen hilfreichen Tipps und Anregungen, die mich während der Bearbeitung der Daten und der Erstellung der Arbeit stets begleitet haben.

Ein weiterer Dank gilt meinen Eltern und Freunden, die mich auf diesem Weg begleitet und motiviert haben.