

Bericht zur Evaluierung der hausärztlichen Fortbildung

„Leitsymptom Gelenkschwellung“

Ein zertifiziertes Angebots des Deutschen Hausärzteverbands, der Rheumatologischen Fortbildungsakademie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, des Berufsverband Deutscher Rheumatologen und der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband

Autoren der Fortbildung: K. Cattelaens, E. Edelmann, E. Genth, D. Sturm

Gisela Westhoff

Forschungsbereich Epidemiologie, Deutsches Rheumaforschungszentrum Berlin (DRFZ)

westhoff@drfz.de

Telefon: 030 28460637

Einführung

Begleitet von der Öffentlichkeitskampagne „Früher ist besser“ wird seit Ende 2005 vom Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) und der Rheumatologischen Fortbildungsakademie (RhAk) der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) die hausärztliche Fortbildung „Leitsymptom Gelenkschwellung“ angeboten.

Die Fortbildung versteht sich als Beitrag zur Sicherung der ärztlichen Kompetenz im Rahmen der gesetzlichen Regelung der ärztlichen Fortbildung im SGB V. Dazu zählt sowohl der Kompetenzerhalt als auch der Anschluss an die aktuellen Erkenntnisse und Entwicklungen im jeweiligen medizinischen Fachgebiet.

Eine Fortbildung, die hier ansetzt, ist in der Rheumatologie, und hier ganz besonders hinsichtlich der rheumatoiden Arthritis (RA), von herausragender Relevanz. Diese ergibt sich aus aktuellen grundlagenwissenschaftlichen und klinischen Erkenntnisse über den günstigen Einfluss eines frühen Behandlungsbeginns auf Krankheitsverlauf und Krankheitsfolgen¹⁻⁴ und aus der Einführung neuer hochwirksamer Medikamente⁵⁻⁷. Damit eröffneten sich Therapieoptionen, die die bisherigen Möglichkeiten erheblich übertreffen und folglich Versäumnisse umso intolerabler sein lassen.

Die Rheumatologen haben auf die Erkenntnisse über das frühe „Window of Opportunity“ mit der Einrichtung von Rheuma-Frühsprechstunde reagiert^{8, 9}. Sie verfolgen das Ziel, Patienten kurz nach Auftreten erster Symptome den Zugang zu einer fachärztlich-rheumatologischen Betreuung mit schnellstmöglicher Therapieeinleitung zu ermöglichen (www.dgrh.de / www.leitlinien.rheumanet.org). Dadurch sollen das entgleiste Immunsystem frühzeitig reguliert, der destruierende Krankheitsprozess gestoppt bzw. verlangsamt und kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität verhindert werden.

Dieses Modell lässt sich nur mit den Hausärzten umsetzen. Sie sind für Patienten mit Gelenkschwellungen die erste Anlaufstelle. Ihnen stellt sich die Aufgabe, bei Patienten mit neu aufgetretenen Gelenkschwellungen den möglichen autoimmunen Charakter der Symptome früh zu erkennen und sie unmittelbar zum Rheumatologen zu überweisen, der über weitere diagnostische Maßnahmen und die Therapie entscheidet. Ist die Therapie eingeleitet, müssen die Hausärzte Wirkungsweise, Wechselwirkungen und Risiken der spezifischen Therapien kennen und den Krankheitsverlauf bewerten können, um die Patienten bei gegebener Indikation auch außerhalb der rheumatologischen Routinevorstellungen zum Rheumatologen

zu überweisen. Somit ist die Aufgabenverteilung und Kooperation an der Schnittstelle zwischen Hausarzt und Rheumatologe ein weiterer wichtiger Fokus der Fortbildung.

Bislang gibt es nur wenige belastbare Daten über die Prävalenz der RA in Deutschland und über den Anteil rheumatologisch betreuter Patienten. Die einzige Untersuchung zur Prävalenz der RA wurde 1987 im Raum Hannover durchgeführt¹⁰. Diese Untersuchung und andere bevölkerungsbasierte Surveys kommen in der Regel auf eine Prävalenz der RA von 0.5% bis 0.8% in der erwachsenen Bevölkerung¹¹⁻¹³. Nach der konservativen Prävalenzannahme von 0.5% wären demnach unter den 69.620.000 Mio. Erwachsenen in Deutschland (≥18 Jahre; Statistisches Bundesamt) mit 348.100 RA-Kranken zu rechnen. Unter der Annahme, dass jeder RA-Kranke Patient eines der 46.389 praktizierenden Hausärzte ist (Kassenärztliche Vereinigung /andere Quelle: Ärzteblatt 2006: 53145), müsste jeder Hausarzt durchschnittlich 7-8 RA-Kranke behandeln. Wie viele der RA-Kranken tatsächlich rheumatologisch mitbetreut sind, ist nicht bekannt. Schätzungen anhand der rheumatologisch behandelten Prävalenz, wie sie sich aus der Kerndokumentation der Arbeitsgemeinschaft der kooperativen regionalen Rheumazentren ergibt¹⁴, gehen davon aus, dass nur etwa die Hälfte der RA-Kranken regelmäßig von internistischen Rheumatologen mitbetreut wird. Eine Befragung von 270 niedersächsischen Hausärzten, die RA-Patienten in rheumatologischer Mitbetreuung hatten, ergab allerdings eine deutlich höhere Quote. Demnach waren von durchschnittlich 19 RA-Patienten pro Hausarztpraxis 14 in rheumatologischer Mitbetreuung¹⁵.

Angesichts der nach wie vor dürftigen Datenlage zur primärärztlichen Versorgung RA-Krankter bot die Evaluierung der hausärztlichen Fortbildung eine Gelegenheit, neben der Bewertung der Fortbildung selbst Einblicke in die Kooperation zwischen Hausärzten und Rheumatologen aus der Perspektive der Hausärzte zu gewinnen. Im Fokus der Evaluierung standen somit sowohl epidemiologische Fragen, wie nach der Zahl der von Hausärzten betreuten RA-Kranken oder der Infrastruktur der rheumatologischen Versorgungsangebote im Einzugsbereich der jeweiligen Hausärzte, als auch spezifische, die Fortbildung betreffende Fragen zum Kompetenzerwerb und zur Praxisrelevanz. Zu evaluieren galt es auch die Beteiligung von Betroffenen an der Fortbildung. Um differentialdiagnostische Kenntnisse unmittelbar, d.h. am Patienten zu vermitteln, wirken in den Fortbildungen geschulte Patientinnen mit, die ihre geschwellenen Gelenke palpieren lassen und über ihren Krankheits- und Betreuungsverlauf berichten und darauf hinweisen, welche Maßnahmen aus ihrer Sicht nötig sind, um die Krankheitsfolgen abzufangen.

Dies umschreibt Inhalte und Lernziele des Fortbildungsmoduls ‚Leitsymptom Gelenkschwellung‘, das im Jahr 2003 im Rahmen des Projekt „Gute Versorgung von Anfang an“ von der Deutschen Rheuma-Liga initiiert wurde. Herr Prof. Dr. Ekkehard Genth von der DGRh, Dr. Edmund Edelmann vom Berufsverband der Rheumatologen, Dr. Dietmar Sturm vom Deutschen Hausärzterverband und Karl Cattelaens von der Deutschen Rheuma-Liga erarbeiteten mit dem Modul zum ersten Mal eine Ärztefortbildung, an der Hausärzten, Fachärzten Betroffene und ein Patientenverband mitwirkten.

Eine der wichtigsten Maßgaben für die Evaluierung war ihre Praktikabilität. Sie durfte den Rahmen der üblichen Evaluierungsbögen kaum überschreiten und bedurfte des schriftlichen Einverständnisses der Fortbildungsteilnehmer, um ihre Adressen für ein zweites Anschreiben zur Nachhaltigkeit der Fortbildung speichern zu können.

Die Evaluierung wurde von der Ethikkommission der Bundesärztekammer Berlin gebilligt und mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert (Förderkennzeichen 1502-68406; 2004 -2007).

Untersuchungsteilnehmer

In den Jahren 2006 und 2007 fanden als Angebot der Rheumatologischen Fortbildungsakademie der DGRh insgesamt 8 Fortbildungen mit insgesamt 100 Teilnehmern statt.

Ort	n	Teilnehmer n
Berlin	6	73
Regensburg	1	27
Bad Aibling	1	
Gesamt	8	100

Das Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) koordinierte im selben Zeitraum 33 Fortbildungsveranstaltungen. 32 der 33 Veranstaltungen wurden von den Landesverbänden angeboten. Das IhF hat keine Kenntnis, wie viele Hausärzte an den Veranstaltungen teilgenommen haben.

Bis zur Erstellung des Berichts im Dezember 2007 füllten 113 Fortbildungsteilnehmer den ersten und 82 den zweiten Evaluationsbogen aus. Die Responserate war erheblich vom Werben der jeweils vor Ort anwesenden Fortbildungsleiter abhängig. Am besten waren die Responseraten, wenn Mitarbeiter der jeweiligen Institute die Bögen unmittelbar während der Veranstaltungen verteilten und einsammelten.

Methoden und Statistik

Unmittelbar im Anschluss an die Fortbildung war ein zweiseitiger Evaluationsbogen auszufüllen. Er bezog sich im ersten Teil auf die Zahl der im letzten Quartal behandelten Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) und auf Einschätzungen zur Kooperation mit Rheumatologen. Etwas detaillierter war anzugeben, wie der zuletzt betreute RA-Kranke derzeit behandelt ist.

Die Mehrheit der Fragen betraf hausärztliches Wissen und Handeln im Umgang mit Patienten mit Gelenkschwellungen. Zu einzelnen Aspekten, die in der Fortbildung vertreten waren, war anzugeben, ob die Hausärzte sich infolge der Fortbildung diesen Fragen oder Herausforderungen besser gewachsen fühlten als vor der Fortbildung (ja / wie bisher). Anhand von 14 relevanten Bereichen rheumatologischer Diagnostik und Therapie wurde außerdem erfasst, ob die Hausärzte die Fortbildung diesbezüglich als ausreichend differenziert einschätzten oder ob sie ‚gern mehr darüber erfahren hätten‘ (Ja / Nein). Schließlich waren 10 Dimensionen der Fortbildung wie z.B. Didaktik oder visuelle Präsentation nach dem Schulnotensystem zu bewerten.

Eine weitere postalische Befragung nach 3 Monaten zielte darauf, von den Fortbildungsteilnehmern zu erfahren, ob die vermittelten Inhalte sich als relevant in der täglichen Praxisroutine erwiesen haben.

Die Ergebnisse werden als Häufigkeiten oder Mittelwerte dargestellt und, sofern vorhanden, mit den Bewertungen anderer Fortbildungen verglichen. Gruppenunterschiede wurden bei kategorialen Variablen mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson und bei stetigen Variablen dem Fischer Exakt Test überprüft.

(Evaluationsbögen in der Anlage)

Ergebnisse

Teilnehmer der Evaluierung

Die Fortbildungsteilnehmer, die einen Evaluationsbogen ausfüllten, waren mehrheitlich männlich, durchschnittlich 51 Jahre alt und seit rund 23 Jahren als Arzt tätig. Fast alle hatten eine eigene Praxis, etwa gleichverteilt auf kleine wie große Ortschaften und wiederum fast alle praktizierten in Regionen mit mindestens einem Rheumatologen innerhalb von 20 km oder einer medizinischen Hochschule innerhalb von 50 km Umkreis. Zwei Drittel gaben an, schon einmal an einer Fortbildung ‚Rheuma‘ teilgenommen zu haben und fast die Hälfte meinte, ‚spezifische Erfahrungen mit Rheumakranken‘ zu haben (Tabelle 1).

Tabelle 1: **Personen- und Tätigkeitsmerkmale der Fortbildungsteilnehmer**

	n 113	μ ±SD (%)	Range
Frauen (%)	49	43,4	
Alter (μ ± SD)	113	51,1 ±8	29 - 74
Jahre als Arzt tätig (μ ± SD)	109	22,8 ±8	4 - 50
In eigener Praxis tätig (%)	109	96,5	
Ortsgröße			
<50.000 Einwohner (%)	46	40,7	
50-100.000 Einwohner (%)	8	7,1	
>100.000 Einwohner (%)	59	52,2	
Rheumatologe in <20 km Umkreis (%)	101	91,0	
Medizinische Universität im Umkreis < 50 km (%)	97	87,4	
Schon einmal an FB ‚Rheuma‘ teilgenommen (%)	80	70,4	
Spezifische Erfahrungen mit Rheumakranken (%)	56	49,6	

Hintergrund: RA-Kranke in der Hausarztpraxis

Die Hausärzte behandelten durchschnittlich 7 RA-Kranke im letzten Quartal und damit exakt so viele, wie nach der Schätzung anhand der angenommenen Prävalenz von 0,5% erwartet wurde. Die meisten Hausärzte gaben an, 4 - 6 RA-Patienten in der Praxis zu haben (40%). Ein Viertel gab maximal 3 RA-Patienten an und 14% mehr als 10 RA-Patienten. Laut Angaben der Hausärzte waren 533 ihrer insgesamt 877 RA-Patienten in rheumatologischer Mitbetreuung (60,8%). Im Durchschnitt kooperierte jeder Hausarzt wegen rund 4 RA-Kranken mit Rheumatologen. Die 56 Hausärzte, die angegeben hatten, spezifische Erfahrung in der Behandlung RA-Kranker zu haben, betreuten nur unwesentlich mehr RA-Kranke (7,8 vs. 6,6). Diese waren ebenso häufig rheumatologisch mitbetreut wie die RA-Patienten der Hausärzte ohne spezifische Erfahrungen (61,5% vs. 59,8%).

Therapie des zuletzt betreuten RA-Patienten

Von den 113 Hausärzten berichteten 112 über den zuletzt betreuten RA-Patienten. Den Angaben zufolge waren 98 dieser Patienten von einem Rheumatologen mitbetreut (87,5%). Der Verzicht auf rheumatologische Mitbetreuung wurde am häufigsten mit dem Patientenwillen begründet (8 / 14); 3 Mal mit Remission und 2 Mal mit Immobilität.

Von den 112 RA-Patienten erhielten 84 eine Basistherapie (75%); darunter 8 eine Kombinationstherapie. Die am häufigsten verordneten Präparate waren Methotrexat (n = 70), Leflunomid (n = 11), Etanercept (n = 4) und Sulfasalazin (n = 4). Azathioprin, Hydrochloroquin und Anakinra wurden je einmal angegeben. Als Gründe für den Verzicht auf Basistherapie wurden 7 Mal ‚noch in Abklärung‘, 5 Mal ‚Patient möchte nicht‘ und je 2 Mal ‚Remission‘, ‚Kontra-

indikation' und ‚Nebenwirkungen‘ genannt (bei Mehrfachnennung). RA-Patienten in rheumatologischer Mitbetreuung hatten deutlich häufiger eine der genannten Basistherapien als RA-Kranke, die nicht von einem Rheumatologen mitbetreut wurden (78,6% vs. 50,0%; P = 0,029).

Hausärzte mit oder ohne spezifische Erfahrungen in der Betreuung Rheumakrankter unterschieden sich weder in der medikamentösen Behandlung noch der rheumatologischen Mitbetreuung ihrer RA-Patienten.

Kooperation mit Rheumatologen

Jeder Hausarzt kooperierte im Durchschnitt mit 3 Rheumatologen. Die durchschnittliche Wartezeit für Erstvorstellungen beim Rheumatologen wurde mit gut 5 Wochen angegeben; reichte in Extremfällen aber über ein Vierteljahr hinaus. Die längsten Wartezeiten gaben die nordrhein-westfälische Hausärzte an, die kürzesten die bayrischen. Fast jeder Hausarzt hatte in den vergangenen 3 Monaten mit einem Rheumatologen kooperiert; entweder indem er ihm Patienten überwies, mit ihm telefonierte oder Arztbriefe von ihm erhielt. Fast alle Hausärzte waren mit der Kooperation und den Arztbriefen ‚zufrieden‘ bis ‚sehr zufrieden‘. Mit den Terminangeboten der Rheumatologen waren die Hausärzte dagegen deutlich seltener zufrieden. Entsprechend meinten zwei Drittel der Hausärzte, dass es zu wenig Rheumatologen in ihrem Umkreis gäbe (Tabelle 2).

Tabelle 2: Kooperation der Hausärzte mit Rheumatologen

	$\mu \pm SD$ (%)	Median	Range
Anzahl Rheumatologen, mit denen kooperiert wird ($\mu \pm SD$; Median)	3,1 \pm 2,2	3,0	1 - 13
Durchschnittliche Wartezeit für Erstvorstellungen beim Rheumatologen ($\mu \pm SD$)	5,7 \pm 3,8	5,0	1 - 26
- Bayern ($\mu \pm SD$)	4,0 \pm 2,8	3	
- Saarland	4,8 \pm 2,9	4	
- Berlin ($\mu \pm SD$)	6,7 \pm 3,0	6	
- Nordrhein-Westfalen ($\mu \pm SD$)	7,9 \pm 3,0	8	
In den letzten 3 Monaten Patienten zum Rheumatologen überwiesen (%)	93,4		
... mit einem Rheumatologen telefoniert (%)	64,2		
... Arztbriefe vom Rheumatologen erhalten (%)	88,7		
Zufriedenheit mit Kooperation			
- sehr zufrieden (%)	46,8		
- zufrieden (%)	43,2		
- unzufrieden (%)	9,9		
Zufriedenheit mit Arztbriefen des Rheumatologen			
- sehr zufrieden (%)	50,0		
- zufrieden (%)	43,8		
- unzufrieden (%)	6,3		
Zufriedenheit mit Terminangebot d. Rheumatol.			
- sehr zufrieden (%)	17,3		
- zufrieden (%)	49,1		
- unzufrieden (%)	33,6		
Genügend Rheumatologen im Umkreis?			
- Ja (%)	32,8		
- Eher zu wenig (%)	54,7		
- Viel zu wenig (%)	12,5		

Zufriedenheit mit der Kooperation in Stadt und Land

Die Zufriedenheit mit der Kooperation war deutlich von der Ortsgröße abhängig. Hausärzte in Gemeinden unter 50.000 Einwohnern waren mit der Kooperation, den Arztbriefen und den Terminangeboten der Rheumatologen sehr viel zufriedener als Hausärzte aus Gemeinden mit mehr als 100.000 Einwohnern. Obwohl Hausärzte aus größeren Gemeinden es nur mit unwesentlich mehr Rheumatologen zu tun hatten (3,0 vs. 2,5), vergleichbar häufig Patienten zum Rheumatologen überwiesen und einen vergleichbar großen Anteil rheumatologisch mitbetreuter RA-Patienten hatten, mussten sie mit deutlich längeren Wartezeiten für ihre erstmalig überwiesenen Patienten rechnen und hatten deutlich seltener persönlichen Kontakt mit dem Rheumatologen. Entsprechend waren die Hausärzte aus größeren Gemeinden mit den Terminangeboten der Rheumatologen und deren Kooperation sehr viel häufiger unzufrieden als Hausärzte aus kleineren Gemeinden (Tabelle 3). Am häufigsten unzufrieden mit der Kooperation waren Hausärzte aus großen Gemeinden, die keine spezifischen Erfahrungen in der Behandlung Rheumakrankter hatten (21%).

Tabelle 3: Zufriedenheit mit der Kooperation mit Rheumatologen in kleinen und großen Gemeinden

	Ortsgröße / Einwohner		P
	< 50.000 n = 45	> 100.000 n = 58	
Hausärzte (n)	n = 45	n = 58	
RA-Kranke in der Praxis ($\mu \pm SD$)	8,8 \pm 7	7,5 \pm 8	n.s.
Anteil rheumatologisch mitbetreuter RA-Krankter (%)	59,3	62,7	n.s.
durchschnittliche Wartezeit für Erstvorstellungen beim Rheumatologen in Wochen ($\mu \pm SD$)	4,4 \pm 3,0 Median 3	6,5 \pm 4,3 Median 6	0,006
In den letzten 3 Monaten Patienten zum Rheumatologen überwiesen (%)	95,7	91,5	n.s.
... mit einem Rheumatologen telefoniert (%)	76,1	50,8	0,007
... Arztbriefe vom Rheumatologen erhalten (%)	95,7	81,4	0,025
Zufriedenheit mit Kooperation			
- sehr zufrieden (%)	67,4	29,8	<0,001
- zufrieden (%)	32,6	50,9	
- unzufrieden (%)	0	19,3	
Zufriedenheit mit Arztbriefen des Rheumatologen			
- sehr zufrieden (%)	73,9	31,0	<0,001
- zufrieden (%)	23,9	58,6	
- unzufrieden (%)	2,2	10,3	
Zufriedenheit mit Terminangebot d. Rheumatol.			
- sehr zufrieden (%)	26,1	10,7	0,007
- zufrieden (%)	56,5	44,6	
- unzufrieden (%)	17,4	44,6	
Gibt es im Umkreis genügend Rheumatologen?			
- Ja (%)	32,1	26,7	n.s.
- Eher zu wenig (%)	57,1	60,0	
- Viel zu wenig (%)	10,7	13,3	

Bewertung der Fortbildung

1. Aspekte der Betreuung RA-Kranker, über die Hausärzte in der Fortbildung gern mehr erfahren hätten

Extraartikuläre Manifestationen der rheumatoiden Arthritis und die Darstellung weiterer rheumatischer Krankheiten, die mit Gelenksbeschwerden einhergehen, waren die am häufigsten genannten Aspekte, über die die Fortbildungsteilnehmer gern mehr erfahren hätten. Verbreitetes Interesse wurde auch für eine eingehendere Beschäftigung mit biologischen wie synthetischen Basistherapeutika angegeben. Immer noch die Hälfte der Fortbildungsteilnehmer wünschte, mehr über die regionalen Funktionstrainingsangebote der Rheuma-Liga und über den Umgang mit versorgungsrechtlichen Fragen RA-Kranker zu erfahren. Relativ selten wurde demgegenüber Interesse für ätiologische und grundlagenwissenschaftliche Fragestellungen oder Indikation und Risiken von NSAR geäußert (Tabelle 4).

Bis auf häufigere Interessenbekundungen für grundlagenwissenschaftliche Themen unterschieden sich Hausärzte mit / ohne spezifische Erfahrungen mit Rheumakranken nicht nennenswert voneinander. Hausärzte mit spezifischen Erfahrungen zeigten etwas seltener Interesse an internistischen Aspekten der RA aber vergleichbar häufig Interesse an Wirkungsweise und Risiken eingeführter und neuer Rheumamedikamente oder an Funktionstrainingsangeboten der Rheuma-Liga. Berufserfahrung, gemessen als Jahre ärztlicher Tätigkeit, hatte keinen Einfluss auf die Interessen der Fortbildungsteilnehmer.

Tabelle 4: **Aspekte der Betreuung RA-Kranker, über die die Hausärzte in der Fortbildung gern mehr erfahren hätten**

Rang		%
1	Extraartikuläre Manifestationen (v.a. Haut, Lunge, Niere)	74,5
2	Andere rheumatische Erkrankungen, die mit Arthralgien einhergehen	71,6
3	Kardiovaskuläre Risiken / Begleiterkrankungen	59,3
4	Wirksamkeit und Risiken neuer biologischer Therapien	55,5
5	Wirksamkeit und Risiken konventioneller Basistherapeutika	52,3
6	Beratungs- und Funktionstrainingsangebote der Rheuma-Liga im Umkreis .	50,0
7	Umgang mit Erwerbsunfähigkeit bei RA	48,6
8	Osteoporoseprophylaxe, –Überwachung und –Therapie	42,7
9	Infrastruktur rheumatologischer Versorgung im Umkreis	39,1
10	Chirurgische Behandlungen (Synovektomie, Arthrodesse, Gelenkersatz etc.)	35,5
11	Abrechnung und Regressschutz	34,9
12	Wirksamkeit und Risiken von Glukokortikoiden	29,4
13	Derzeitige Forschungsschwerpunkte	29,1
14	Grundlagenwissenschaftliche Erkenntnisse zur Pathogenese	28,2
15	Wirksamkeit und Risiken von NSAR / Coxiben	27,5

2. Aspekte der ärztlichen Betreuung, die durch die Fortbildung gestärkt wurden

Von allen potenziellen Verbesserungen des ärztlichen Handelns wurde am häufigsten angegeben, infolge der Fortbildung bei Patienten mit unklarer Symptomatik häufiger an eine rheumatische Krankheit zu denken, sicherer bei der Einschätzung neu aufgetretener Gelenkschwellungen zu sein und RA-Kranke besser beraten zu können. Auch für alle anderen

Bereiche bekundete mindestens die Hälfte der Fortbildungsteilnehmer einen Zugewinn an Kompetenz (Tabelle 5).

Alle Einschätzungen waren unabhängig davon, ob die Hausärzte ‚spezifische Erfahrungen mit Rheumakranken‘ angegeben hatten. Hausärzte mit weniger als 20 Berufsjahren meinten jedoch deutlich häufiger, infolge der Fortbildung zukünftig besser mit Rheumatologen kommunizieren zu können (65% vs. 39%) oder Patienten häufiger auf die Rheuma-Liga hinweisen zu wollen (77% vs. 58%). Das rund eine Viertel Hausärzte, die nicht meinten, infolge der Fortbildung RA-Kranke zukünftig besser beraten zu können, kam überverhältnismäßig häufig aus Berlin (37% vs. 14% der Hausärzte aus Bayern oder 21% derer aus NRW) und hat signifikant häufiger bisher noch keine Fortbildung zur rheumatoiden Arthritis mitgemacht (41% vs. 20%; $P = 0,024$).

Tabelle 5: **Aspekte der ärztlichen Betreuung, die durch die Fortbildung gestärkt wurden**

Rang	‚Meinen Sie, infolge der Fortbildung zukünftig ...‘	%
1	- Rheuma-Kranke, besonders RA-Kranke, fachkundiger beraten zu können?	75,2
2	- sicherer bei der Einschätzung neu aufgetretener Gelenkschwellungen zu sein?	74,3
3	- bei mancher unklaren Symptomatik eher an eine rheumatische Krankheit zu denken?	69,9
4	- Rheuma-Kranke häufiger auf die Rheuma-Liga hinzuweisen?	65,5
5	- „hellhöriger“ bei möglichen Nebenwirkungen zu sein?	58,4
6	- RA-Kranke besser von einer Basistherapie überzeugen zu können?	58,4
7	- Patienten Gelenkschwellungen früher zum Rheumatologen zu überweisen?	51,3
8	- fachkundiger mit dem mitbehandelnden Rheumatologen kommunizieren zu können?	49,6
9	- besser über die Infrastruktur rheumatologischer Versorgung informiert zu sein?	47,8
10	- einen besseren „Draht“ zu Rheumatologen im Umfeld zu haben?	38,1

3. Bewertung der Fortbildung nach dem Schulnoten-System

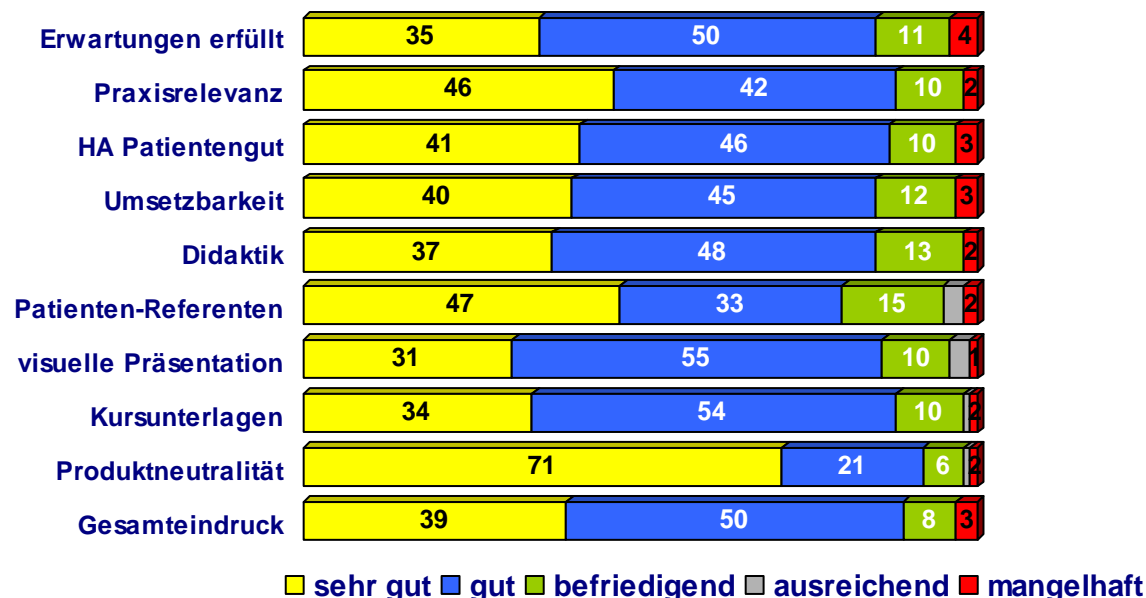
Abgesehen von der Produktneutralität wurden die Praxisrelevanz, d.h. die Berücksichtigung der hausärztlichen Aufgaben, und die Mitwirkung von RA-kranken Patientinnen im Fortbildungsteam am häufigsten mit der Bestnote 1 bewertet. Aber auch alle anderen Dimensionen der Fortbildung erhielten zu 80% bis 90% sehr gute bis gute Bewertungen. Vergleichsweise am schwächsten wurden die visuelle Präsentation und die Qualität der Kursunterlagen benotet (Abbildung 1).

Insgesamt erzielte die Fortbildung eine Durchschnittsnote von $1,77 \pm 0,6$ mit einem Median deutlich im Bereich ‚guter‘ Bewertungen (1,67). Hausärztinnen bewerteten die Fortbildung deutlich besser als ihre männlichen Kollegen (1,61 vs. 1,89; $P = 0,020$). Berufsjahre, Anzahl von RA-Patienten in der Praxis, die vormalige Teilnahme an ähnlichen Fortbildungen oder spezifische Erfahrungen mit Rheumakranken hatten keinen Einfluss auf die Bewertungen. Nur das eine Viertel der Hausärzte, die angegeben hatten, durch die Fortbildung keine diagnostische Kompetenz hinzuerworben zu haben, beurteilte die Fortbildung deutlich weniger positiv als Hausärzte, die meinten, diesbezüglich profitiert zu haben (Note 2,2 vs. 1,6; $P = 0,000$).

Deutliche Unterschiede zeichneten sich auch nach Bundesländern ab. Von den Bundesländern mit mindestens 15 Teilnehmern beurteilten die Berliner Hausärzte die Fortbildung am besten (Note 1,51), die bayrischen und nordrheinwestfälischen sie gleich gut (Note je 1,67) und die saarländischen sie am wenigsten gut (Note 2,16).

Schließlich meinten 95% aller Hausärzte, dass sie die Fortbildung ihren Kollegen empfehlen würden.

Abbildung 1: Bewertung der Fortbildung nach dem Schulnotensystem



Rückblickende Bewertung der Praxisrelevanz drei Monate nach der Fortbildung

Nur rund ein Zehntel der Hausärzte fand die Fortbildung hinsichtlich ihres wichtigsten Auftrags wenig relevant, nämlich eine rheumatoide Arthritis zu erkennen, die Betroffenen angemessen zu beraten und weitere Schritte einzuleiten. Zu den überwiegend als relevant eingeschätzten Themen gehörten auch Informationen über Angebote der Rheuma-Liga und Fragen zur Einschätzung der Therapiewirksamkeit. Vergleichsweise geringe Relevanz maßen die Hausärzte der Fortbildung in Hinblick auf Informationen zur rheumatologischen Infrastruktur, zur Einschätzung von Therapiekomplikationen und zu Budgetfragen bei (Tabelle 6).

Tabelle 6: Rückblickende Einschätzung der Praxisrelevanz der Fortbildung

,Wie relevant war die Fortbildung in Hinblick auf ...?'	Relevanz der Fortbildung für den Praxisalltag		
	sehr relevant (%)	ziemlich relevant (%)	wenig relevant (%)
Erkennen / Differentialdiagnostik rheumat. Krankheiten	45,5	47,0	7,6
Das Gespräch mit rheumakranken Patienten	43,9	40,9	15,2
Beurteilung von Therapie-Indikationen	33,3	53,0	13,6
Nutzung der Angebote der Rheuma-Liga	28,8	37,9	33,3
Einschätzung der Therapiewirksamkeit	23,1	49,2	27,7
Nutzung rheumatologischer Infrastruktur	21,5	44,6	33,8
Wahrnehmung / Bewertung von Therapiekomplikationen	15,2	59,1	25,8
Austarieren budgetrelevanter Verordnungen	12,1	31,8	56,1

Schriftliche Befragung von 16 Rheuma-Patientinnen, die als Betroffene im Team der Fortbildung mitwirken

Im Rahmen eines Treffens (August 2007 in Kassel) der RA-kranken Patientinnen, die als Betroffene zum Schulungsteam der Fortbildung gehören, wurde mittels standardisierter Fragen erhoben, wie die Frauen sich für ihre Rolle als Teammitglied vorbereitet fühlen und welche Relevanz sie ihrer Mitwirkung beimessen.

Mitwirkende Patientinnen des Fortbildungsteams

Die 16 mitwirkenden Patientinnen der regionalen Fortbildungsteams sind durchschnittlich 55 Jahre alt (Range 28 bis 72 Jahre). Bis auf eine sind alle Frauen an RA erkrankt. Die kürzeste Krankheitsdauer beträgt 17 Jahre, die mittlere 27 Jahre. Im Durchschnitt sind die Frauen somit etwa die Hälfte ihres Lebens rheumakrank. Alle sind seit vielen Jahren Mitglieder der Rheuma-Liga (durchschnittlich 18 Jahre (6-30 Jahre)) und engagieren sich seit durchschnittlich 13 Jahren (Range 3-26) ehrenamtlich für die Belange der Rheumakranken. Nur eine der Frauen war im August 2007 noch erwerbstätig.

Vorbereitung auf die Funktion als Patientin im Fortbildungsteam

Die meisten der Frauen haben vor ihrem ersten Einsatz an 2 oder 3 Vorbereitungsveranstaltungen teilgenommen (11/16); vier Frauen nur an einer und eine Frau an vier. Nur zwei der Frauen kannten vor ihrem ersten Einsatz die ärztlichen Leiter der jeweiligen Fortbildungsveranstaltung und keine war Patientin des Rheumatologen im Team.

Die Frauen berichteten über insgesamt 38 Einsätze in Fortbildungsveranstaltungen. Die meisten Frauen haben bis August 2007 in zwei Veranstaltungen mitgewirkt (7/16). Eine Frau war noch nicht zum Einsatz gekommen und zwei Frauen haben jeweils in fünf Fortbildungen mitgewirkt. Gut die Hälfte der Frauen fühlte sich vor ihrem ersten Einsatz gut auf ihre Rolle vorbereitet (9/16), sechs fühlten sich mittelmäßig vorbereitet und eine schlecht.

Einschätzungen zur eigenen Rolle im Fortbildungsteam

Die Frauen erlebten die Kooperation zwischen Hausarzt und Rheumatologe des Fortbildungsteams nur in einem Viertel der Veranstaltungen als „gut“ (4/15). Am häufigsten wurden Hausarzt und Rheumatologe als „mittelmäßig aufeinander eingespielt“ beschrieben (6/15); drei Frauen beschrieben sie sogar als „schlecht aufeinander eingespielt“. Zwei Frauen haben je nach Veranstaltung sowohl gut als auch schlecht kooperierende Teams erlebt.

Die eigene Integration in das Ärzteteam wurde überwiegend als mäßig bis schlecht bewertet (9/15). Nur drei Frauen bewerteten ihre Integration als gut (Tabelle 7).

Tabelle 7: Einschätzung der Patientinnen zu ihrer Integration ins Fortbildungsteam

	n	%
Gut	3	18,8
Mäßig	5	31,3
Schlecht	4	25,0
ein Mal gut, ein anderes Mal mäßig	3	18,8
Keine Angabe	1	6,3
Gesamt	16	100

Frauen, die das Ärzteteam als gut eingespielt beschrieben, gaben häufiger an, sich gut in das Team integriert zu fühlen.

Gut ein Drittel der Frauen gab an, weitgehend die Anliegen in die FB einbringen zu können, die ihnen ‚am Herzen lägen‘ (6/15). Noch mehr meinten aber, dass dies nur teilweise möglich sei (7/15). Zwei Frauen berichteten je nach Veranstaltung gute wie auch schlechte Erfahrungen. Trotz vorwiegend ‚gemischter‘ Erfahrungen meinten drei Viertel der Frauen, dass die FB geeignet sei, den Hausärzten das zu vermitteln, was ihnen persönlich als Botschaft am wichtigsten sei (12/16); vier Frauen schätzen die FB dafür allerdings als nur teilweise geeignet ein.

Einschätzung der Frauen zum Stellenwert, den ihnen die Fortbildungsteilnehmer beimessen

Die meisten der Frauen meinten, dass ihnen die Hausärzte einen wichtigen Stellenwert im Fortbildungsteam beimessen (10/15). Fünf Frauen schätzten allerdings auch, dass sie bei den hausärztlichen Fortbildungsteilnehmern nur einen weniger wichtigen oder unbedeutenden Stellenwert hätten (Tabelle 8).

Tabelle 8: Einschätzung der Patientinnen zu ihrem Stellenwert im Fortbildungsteam

	n	%
Wichtig	10	62,5
weniger wichtig	3	18,8
Gering	2	12,5
keine Angabe	1	6,3
Gesamt	16	100

Trotzdem würden fast alle Befragte anderen geeigneten Rheumapatienten empfehlen, ebenfalls in der Fortbildung mitzuwirken (14/16) und die meisten meinten, dass ihnen ihre Mitwirkung an der Fortbildung ‚viel Spaß‘ mache (10/16). Fünf Frauen machte die Mitwirkung noch ‚ziemlichen‘ Spaß und nur eine Frau meinte, dass sich ‚der Spaß in Grenzen halte‘.

Ganz im Sinne der überwiegend positiven Einschätzungen konnten sich 15 von 16 Befragten vorstellen, in zwei Jahren noch immer in der Fortbildung mitzuwirken - und das, obwohl 7 der 16 Frauen das Gefühl hatten, dass die Rheuma-Liga ihr Engagement ‚nur bedingt‘ würdige.

Diskussion

Mit einer Durchschnittsnote von 1,77 besetzt die Fortbildung im Vergleich zu anderen hausärztlichen Fortbildungen einen oberen Rang (mündliche Mitteilung IhF). Weitere Vergleiche können leider nicht angestellt werden, da andere Fortbildungsangebote selten so umfassend und spezifisch evaluiert werden wie die hier vorgestellte.

Die Ergebnisse zur Häufigkeit von RA-Kranken in Hausarztpraxen und die Häufigkeit der Kooperationen mit Rheumatologen unterstreichen die Relevanz der Fortbildung. So hatten die Hausärzte durchschnittlich 7 RA-Patienten in der Praxis und kooperierten im Durchschnitt mit 3 Rheumatologen. Die mittlere Zahl von 7 RA-Patienten pro Hausarztpraxis deckt sich mit der Schätzung aus der angenommenen Prävalenz und der Zahl praktizierender Hausärzte. Angesichts des übereinstimmenden Durchschnittsalters der Fortbildungsteilnehmer mit dem der niedergelassenen Ärzte in Deutschland (51 Jahre, Kassenärztliche Bundesvereinigung 2006) und des übereinstimmenden Geschlechterverhältnisses (40% Ärztinnen; KBV 2006) kann davon ausgegangen werden, dass die Fortbildungsteilnehmer diesbezüglich repräsentativ für alle Hausärzte sind und nicht etwa den Teil repräsentieren, der RA-Kranke behandelt.

Vorausgesetzt dass alle in der kurzen Befragung berichteten RA-Kranken tatsächlich an RA erkrankt sind und dass die Prävalenzschätzungen zutreffen, deuten die Zahlen auch darauf hin, dass der Großteil der RA-Kranken ‚identifiziert‘ ist und somit nicht unerkannt unzulänglich betreut sein dürfte. Allerdings lassen die überdurchschnittlich hohen Raten rheumatologisch mitbetreuter sowie mit Basistherapeutika behandelter Patienten darauf schließen, dass beim Bericht über den ‚zuletzt betreuten RA-Patienten‘ eine Selektion zugunsten von Patienten mit erwünschten Betreuungsmerkmalen getroffen wurde. Die aus den Gesamtzahlen errechnete Quote von 61% rheumatologisch mitbetreuter RA-Patienten in Hausarztpraxen deckt sich dagegen wieder gut mit jüngsten Ergebnissen aus einem Bevölkerungssurvey zur Versorgung von RA-Kranken in Deutschland¹⁶. Auch der höhere Anteil mit Basistherapeutika behandelter Patienten unter denjenigen in rheumatologischer Mitbetreuung stimmt mit Ergebnissen des Versorgungssurveys überein.

Zuverlässig und damit repräsentativ für die Verhältnisse in Deutschland sind auch die Angaben der Hausärzte zu Wartezeiten für Erstvorstellungen beim Rheumatologen. Sie verweisen auf den nach wie vor bestehenden Druck, die Zugangsmöglichkeiten für neuerkrankte Patienten weiter zu verbessern. Dass dies möglich ist, zeigen die Angaben der bayrischen Hausärzte im Vergleich mit denen der nordrhein-westfälischen. Demnach müssen Patienten mit Gelenkschwellungen im bevölkerungsreichsten Bundesland doppelt so lange auf eine Erstvorstellung beim Rheumatologen warten wie bayrische Patienten. Die Wartezeiten sind so auch das am häufigsten beklagte Problem in der Kooperation mit den Rheumatologen. Trotz dieses Problems beschreiben sich die Hausärzte mehrheitlich als sehr zufrieden mit dem telefonischen und schriftlichen Austausch mit den Rheumatologen. Dies deckt sich mit Ergebnissen der eingangs zitierten schriftlichen Befragung von 270 Hausärzten zur Kooperation mit Rheumatologen¹⁷. Die Hausärzte waren ganz überwiegend zufrieden bis sehr zufrieden, reklamierten aber auch Verbesserungsbedarf in der gemeinsamen Betreuung der Patienten, am häufigsten wurde die Terminvergabe genannt.

Interessanterweise war die Zufriedenheit der Fortbildungsteilnehmer im hohen Maß von der Größe der Gemeinde abhängig, in der die Hausarztpraxis ansässig ist. Wieso Hausärzte aus kleineren Gemeinden sehr viel zufriedener mit der Kooperation sind, lässt sich aus den erhobenen Daten nicht erschließen. Es kann deshalb nur spekuliert werden, dass sich Ärzte in kleineren Gemeinden eher auch persönlich kennen und dass sich dies günstig auf den Umgang miteinander und mit den gemeinsam betreuten Patienten auswirkt. Zunächst liefert dieses Ergebnis einen Hinweis auf eine Frage, die anderweitig zu untersuchen interessant wäre.

Hinweise auf eine mögliche Modifikation der Fortbildungsinhalte lieferten die Angaben der Hausärzte zu Bereichen, über die sie gern mehr erfahren hätten. Sofern dies ohne wesentliche Abstriche bei anderen Inhalten machbar wäre, wären dies vor allem eine Vertiefung des

Kapitels ‚Extraartikuläre Manifestationen‘ und der Wunsch nach mehr Beispielen weiterer Krankheiten, die ebenfalls mit Arthralgien hervorgehen. Die Hausärzte zeigten damit verbreitetes Interesse an differentialdiagnostischen Kenntnissen als auch am Umgang mit internistischen Komplikationen der RA. Interessanterweise unterschieden sich Hausärzte mit vielen Berufsjahren oder vielen RA-Patienten oder spezifischen Erfahrungen diesbezüglich nicht nennenswert von jüngeren Ärzten mit wenig Berufserfahrung. Dies trifft auch auf das häufig bekundete Interesse an mehr Wissen über herkömmliche und neuere Rheumamedikamente zu. Daran zeigte sich, dass die Fortbildung selbst von erfahrenen Hausärzten nicht als redundant erlebt wurde.

Allerdings bekundete ein Viertel der Hausärzte indirekt, dass sie nicht meinten, infolge der Fortbildung RA-Kranke fachkundiger beraten zu können. Diese Hausärzte unterschieden sich weder nach Berufsjahren noch nach ‚spezifischen Erfahrungen‘ von den Teilnehmern, die meinten, diesbezüglich profitiert zu haben. Auffallend war lediglich, dass diese Ärzte häufiger in Berlin ansässig waren und seltener an vergleichbaren Fortbildungen teilgenommen hatten. Eine schlüssige Erklärung für ihre negative Einschätzung ergab sich aus den vorhandenen Daten nicht.

Alles in allem bekundete die überwiegende Mehrheit der Fortbildungsteilnehmer, in den wichtigsten Dimensionen der Fortbildung profitiert zu haben. Dies kann als Auftrag verstanden werden, die Fortbildung, abgesehen von geringfügigen Modifikationen, wie einer Vertiefung der Kapitel zu möglichen RA-assoziierten Komplikationen oder zu Wirk- und Risikoprofilen von Basistherapeutika, fortzuführen. Die Relevanz des Umgangs mit Basistherapeutika hatte sich auch in der niedersächsischen Hausarztbefragung gezeigt. Mehr als die Hälfte der Befragten sah Probleme darin, ihre Patienten dauerhaft unter der von den Rheumatologen verordneten Therapie zu halten, da viele Patienten über kurz oder lang die Therapie ablehnten¹⁴. Hier bedürfen die Hausärzte zweifellos weiterer Rückversicherungen und Stärkung ihrer Kompetenz.

Reference List

1. Emery P, Breedveld FC, Dougados M, Kalden JR, Schiff MH, Smolen JS. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis* 2002; 61(4):290-297.
2. Houssien DA, Scott DL. Early referral and outcome in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1998; 27(4):300-302.
3. Irvine S, Munro R, Porter D. Early referral, diagnosis, and treatment of rheumatoid arthritis: evidence for changing medical practice. *Ann Rheum Dis* 1999; 58(8):510-513.
4. Nell VP, Machold KP, Eberl G, Stamm TA, Uffmann M, Smolen JS. Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2004; 43(7):906-914.
5. Moreland LW. Potential biologic agents for treating rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2001; 27(2):445-491.
6. Ostor AJ. Beyond methotrexate: biologic therapy in rheumatoid arthritis. *Clin Med* 2005; 5(3):222-226.
7. Shanahan JC, Moreland LW, Carter RH. Upcoming biologic agents for the treatment of rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol* 2003; 15(3):226-236.

8. Zeidler H, Merkesdal S, Hulsemann JL. Early arthritis and rheumatoid arthritis in Germany. *Clin Exp Rheumatol* 2003; 21(5 Suppl 31):S106-S112.
9. Aringer M, Leuchten N, Machold KP. [Early rheumatoid arthritis - rapid help is double help.]. *Z Rheumatol* 2007; 66(8):693-702.
10. Mau W, Wasmus A, Raspe HH. Epidemiologie und Versorgung der rheumatoiden Arthritis (rA) im Stadtgebiet von Hannover. 1991. München, GSF (Abschlußbericht).
Ref Type: Report
11. Kvien TK, Glennas A, Knudsrød OG, Smedstad LM, Mowinckel P, Forre O. The prevalence and severity of rheumatoid arthritis in Oslo. Results from a county register and a population survey. *Scand J Rheumatol* 1997; 26:412-418.
12. Symmons D, Turner G, Webb R et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom: new estimates for a new century. *Rheumatology (Oxford)* 2002; 41(7):793-800.
13. Uhlig T, Kvien TK, Glennas A, Smedstad LM, Forre O. The incidence and severity of rheumatoid arthritis. Results from a County Register in Oslo, Norway. *J Rheumatol* 1998; 25:1078-1084.
14. Zink A, Huscher D, Listing J. Die Kerndokumentation der regionalen kooperativen Rheumazentren als Instrument der klinischen Epidemiologie und der Qualitätssicherung in der rheumatologischen Versorgung. *Z ärztl Fortbild Quallsich* 2002.
15. Hulsemann JL, Mattussek S, Zeh S, Zeidler H. [Cooperation between primary care physicians and rheumatologists in Lower Saxony. Results of a survey of primary care physicians]. *Z Rheumatol* 2007; 66(2):142, 144-142, 151.
16. Westhoff G, Raspe HH, Schneider M et al. Bevölkerungssurvey zur Versorgung von Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) deckt bei Rheumafaktor-negativen RA-Kranken Versorgungsmängel auf. Hamburg, 35 Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (Abstract) 2007.
17. Hulsemann JL, Mattussek S, Zeh S, Zeidler H. [Cooperation between primary care physicians and rheumatologists in Lower Saxony. Results of a survey of primary care physicians]. *Z Rheumatol* 2007; 66(2):142, 144-142, 151.
18. Suter LG, Fraenkel L, Holmboe ES. What factors account for referral delays for patients with suspected rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum* 2006; 55(2):300-305.