

Rheumatologische Versorgung in Österreich – eine Stuserhebung

Rheumatological Care in Austria – A Status Survey

Autoren

R. J. Puchner¹, M. Gaugg², W. Graninger³

Institute

¹Rheumatologische Praxis, Wels, Österreich

²Rheumatologische Praxis, St. Veit/Glan, Österreich

³Klinische Abteilung für Rheumatologie, Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich

Schlüsselwörter

- rheumatoide Arthritis
- Treat-to-Target
- österreichische Rheumatologen
- Therapieoptimierung
- Versorgungsrealität

Key words

- rheumatoid Arthritis
- implementation of treat-to-target recommendations
- Austrian rheumatologists
- optimisation of treatment
- health-care structures

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1331199>
 Online-Publikation: 22.1.2013
 Akt Rheumatol 2013; 38: 114–118 © Georg Thieme
 Verlag KG Stuttgart · New York
 ISSN 0341-051X

Korrespondenzadresse

Dr. Rudolf Johannes Puchner
 Rheumatologische Praxis
 Freieung 19
 4600 Wels
 Österreich
 Tel.: +43/724/270 625
 Fax: +43/724/270 625 15
rudolf.puchner@cc-net.at

Zusammenfassung



Ziel: Erhebung der Umsetzung der internationalen Empfehlungen zum Behandlungsmanagement der rheumatoiden Arthritis in Österreich („Treat to Target“).

Methodik: Ein Fragebogen wurde an alle 494 Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR) postalisch versandt. Es wurden folgende Aspekte berücksichtigt: Infrastruktur der Behandlungseinheit, Dokumentation und Qualitätssicherung, Gestaltung der Patienteninformation und Therapievereinbarung, Erfassung der Krankheitsaktivität, Konsequenzen der Dokumentation und Einfluss auf die Therapie, Hindernisse für optimale Betreuung.

Ergebnisse: Die durchschnittliche Fallzahl von rheumatoider Arthritis bei den teilnehmenden Rheumatologen beträgt 15 Patienten pro Woche. Die Dokumentation der Patientenbehandlung erfolgt in 80% durch den Arzt, in 20% unterstützen medizinische Fachkräfte die Dokumentation. Rheumatologisch ausgebildetes, nichtärztliches Fachpersonal wird in 29% der Praxen und Ambulanzen eingesetzt. In 88% bzw. 81% werden schriftliche Informationsmaterialien bzw. die Aufklärungs- und Einverständnisformulare der ÖGR zur Basistherapie der rheumatoiden Arthritis verwendet. 82% der Mediziner nehmen regelmäßig an Qualitätszirkeln und Arbeitskreisen teil. Zur regelmäßigen Erfassung der Krankheitsaktivität verwenden 71% der Antwortenden immer einen validierten Summenwert, bei allen Angaben ist allerdings die geringe Rücklaufquote der Befragung zu berücksichtigen (15%). Als stärkstes Hindernis für eine optimale zielorientierte Therapie werden die fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten der ärztlichen Leistungen mit den Krankenkassen gesehen.

Schlussfolgerung: Die teilnehmenden Rheumatologen haben einen entsprechenden Infor-

Abstract



Objective: The aim of this study was to make an evaluation of implementation of international recommendations for the management of rheumatoid arthritis in Austria (“treat to target”).

Methods: A questionnaire was sent to all 494 members of the Austrian Society for Rheumatology and Rehabilitation (ÖGR). The following aspects were considered: infrastructure of the treatment unit, documentation and quality control, arrangement of patient information and treatment contract, assessment of disease activity, consequences with regard to documentation and impact to treatment, barriers to optimal care.

Results: On average the participating rheumatologists see 15 patients with rheumatoid arthritis per week. Documentation of patient care is performed by a physician in 80%; in 20% it is supported by a health professional. Rheumatology health professionals are working in 29% of private practices and hospitals. In 88% and 81%, respectively, written information leaflets and materials of the ÖGR are used as education and consent forms. 43% of all respondents train the patients in a structured form, 82% of physicians regularly participate in quality circles and working groups. For regular monitoring of disease activity 71% of respondents use validated scores. All data, however, have to be considered with the low response rate to the survey (15%). The strongest barrier to optimal targeted therapy is a lack of reimbursement possibilities with health insurances for medical services.

Conclusion: The participating rheumatologists have an appropriate level of knowledge about the management of patients with rheumatoid arthritis; they largely document the disease process by themselves. The supportive use of specialised assistants is required by the majority both in private practices and inpatient facilities. The “treat to



mationsstand über das Management von Patienten mit rheumatoider Arthritis und dokumentieren überwiegend selbst den Krankheitsverlauf. Der unterstützende Einsatz von spezialisierten Fachassistenten wird mehrheitlich sowohl in niedergelassenen als auch in stationären Einrichtungen gewünscht. Die „Treat to target“ Empfehlungen werden im Rahmen der ökonomischen Gegebenheiten von der überwiegenden Mehrheit der befragungsaktiven Rheumatologen umgesetzt.

Einleitung

Die Entwicklung neuer Medikamente hat die Behandlung entzündlicher Gelenkerkrankungen im letzten Jahrzehnt entscheidend verändert und verbessert. Während man oft noch vor 10 Jahren zufrieden war, durch eine Basistherapie eine Verringerung der Anzahl geschwollener Gelenke zu erreichen, ist das Behandlungsziel heute die Remission, weitgehende Beschwerdefreiheit, optimale Funktion und Prognose [1,2]. Durch Einführung neuer Wirkstoffe, im Besonderen von Biologika, wurde das Leben von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen in vielen Fällen deutlich erleichtert bzw. verbessert. Die korrekte Indikationsstellung, die Überwachung der Therapie und die Sensibilität für auch seltene aber mögliche schwerwiegende Nebenwirkungen haben die Führung und Behandlung von Patienten mit Gelenkerkrankungen komplexer und aufwendiger gemacht. Dazu kommen die beachtlichen Kosten einer Behandlung und die damit einhergehende Verpflichtung gegenüber den Sozialversicherungsträgern [3,4].

Das Ziel, bei einem beträchtlichen Teil der Patienten einen Krankheitsstillstand oder eine niedrige Krankheitsaktivität zu erreichen, erfordert insbesondere bei der rheumatoiden Arthritis (RA) eine frühzeitige Diagnose und einen raschen Therapiebeginn [5–7]. Die Entwicklung neuer Parameter zur Überwachung und Einschätzung der Krankheitsaktivität ermöglicht eine bessere Analyse des Krankheitsverlaufs und eine exakte Beurteilung des Ansprechens auf eine Basistherapie. Seit 2010 ist eine multinationale Arbeitsgruppe von Rheumatologen und Patienten aktiv um den Behandlungsablauf und damit den Therapieerfolg bei RA zu optimieren. Diese „Treat to Target“ Arbeitsgruppe sammelte auf der Basis publizierter Literatur („Evidenz“) und der Abstimmung von internationalen Expertenmeinungen eine Liste von Grundsätzen und Empfehlungen zum Management der rheumatoiden Arthritis. Die wesentlichen Prinzipien dieser Empfehlungen sind das Ziel der minimalen Krankheitsaktivität und die Dokumentation der systematischen Erfassung des Krankheitsverlaufs.

Diese mittlerweile weltweit anerkannten „Treat-to-Target“- (T2T) Empfehlungen (☉ Tab. 1) wurden mehrfach publiziert [8,9] und diskutiert [1,10,11]. Wir berichten hier von der Tätigkeit einer nationalen österreichischen Arbeitsgruppe, die versuchte, das Ausmaß der Umsetzung dieser Empfehlung zu erheben.

Methoden

In mehreren nationalen Meetings hat sich ein Arbeitskreis aus österreichischen Rheumatologinnen und Rheumatologen zur Entwicklung eines Fragebogens zur Ist-Standerhebung formiert, in dem folgende Aspekte ausgearbeitet wurden:

target“ recommendations will be implemented by the vast majority of the rheumatologists answered within the bounds of economic possibilities.

- 1) Infrastruktur der Behandlungseinheit (8 Fragen)
- 2) Dokumentation und Qualitätssicherung (2 Fragen)
- 3) Gestaltung der Patienteninformation und Therapievereinbarung (5 Fragen)
- 4) Erfassung der Krankheitsaktivität (4 Fragen)
- 5) Konsequenzbildung und Einfluss auf die Therapie (2 Fragen)
- 6) Hindernisse für optimale Betreuung (10 Fragen)
- 7) Akzeptanz von Leitlinien (2 Fragen)

Für die Untersuchung des Umsetzungsgrades der T2T Empfehlungen in Österreich wurde eine postalische Umfrage bei 494 Mitgliedern der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR) durchgeführt. Nach dem Versand des Fragebogens (inkl. Begleitschreiben, T2T-Empfehlungen und Rücksendekuvert) erfolgte innerhalb der Antwortfrist ein Erinnerungsrundschreiben an alle Gesellschaftsmitglieder.

Die Befragung fand im Zeitraum vom 20. 1. bis 10. 3. 2012 statt und wurde durch das unabhängige ärztliche Qualitätszentrum der oberösterreichischen Ärztekammer unter Leitung von Mag. Alois Alkin durchgeführt.

Die Häufigkeitsauswertung wurde deskriptiv mit Angabe der relativen und absoluten Häufigkeit durchgeführt.

Ergebnisse

Trotz postalischer Versendung und einer postalischen Erinnerung wurden nur 74 Fragebögen zurückgesandt, das entspricht einer Rücklaufquote von 15%.

a) Infrastruktur der Behandlungseinheit

Im Durchschnitt (Median) behandeln die antwortenden Behandlungszentren 15 Patienten mit rheumatoider Arthritis pro Woche (Bereich von 3–74 Patienten). 15% der Antwortenden arbeiten in einer niedergelassenen Praxis mit Kassenvertrag, 20% in einer niedergelassenen Privatpraxis und 61% in einem Krankenhaus. 85% der Antwortenden sind Fachärzte für innere Medizin, 4% Fachärzte für Orthopädie, 6% in Ausbildung. 75% der Antwortenden sind Additivfachärzte für Rheumatologie.

Die Dokumentation der Patientenbehandlung erfolgt in 80% durch den Arzt, in 20% durch Ärzte und medizinische Fachkräfte. 29% aller Antwortenden setzen rheumatologisch spezialisiertes Fachpersonal ein, dies war bei 3 Arztpraxen und in 17 Spitalsambulanzen möglich. Der Einsatz von spezialisierten Fachassistent/inn/en wird mehrheitlich sowohl in niedergelassenen als auch in stationären Einrichtungen begrüßt (☉ Abb. 1).

b) Dokumentation und Qualitätssicherung

Die Dokumentation der Patientenbehandlung erfolgt bei 28% der Antwortenden noch immer ausschließlich handschriftlich, bei 44% EDV unterstützt. 28% der Antwortenden machen keine eindeutigen Angaben. Eine externe Zertifizierung oder Qualitätssicherung wurde von keinem der teilnehmenden Zentren



Tab. 1 „Treating rheumatoid arthritis to target“ (zielführende Behandlung der rheumatoiden Arthritis – Empfehlungen einer internationalen Arbeitsgruppe)[8].

Übergeordnete Prinzipien:	
a)	Die Behandlung der rheumatoiden Arthritis (RA) muss auf der gemeinsamen Entscheidung von Patient und Rheumatologe basieren.
b)	Das primäre Ziel der Behandlung von Patienten mit RA ist die Maximierung einer langfristigen, gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch Überprüfung der Krankheitssymptome, Abwendung von strukturellen Schäden, Normalisierung der Körperfunktionen und sozialer Teilhabe.
c)	Die Hemmung der Entzündungsaktivität ist der wichtigste Weg, diese Ziele zu erreichen.
d)	Die bestmögliche Behandlung (T2T) durch Messung der Krankheitsaktivität und entsprechende Therapieanpassung optimiert das Outcome bei RA.
10 Empfehlungen:	
1.	Das primäre Ziel der Behandlung der RA sollte der Zustand der klinischen Remission sein.
2.	Klinische Remission ist definiert als das Fehlen von Zeichen und Symptomen einer signifikanten inflammatorischen Krankheitsaktivität.
3.	Während die Remission ein eindeutiges Ziel sein sollte, kann jedoch, basierend auf einer stabilen Datenlage, eine niedrige Krankheitsaktivität ein akzeptables alternatives Therapieziel sein, insbesondere bei längerfristig bestehender Erkrankung.
4.	Bis das gewünschte Behandlungsziel erreicht ist, sollte die medikamentöse Therapie mindestens alle 3 Monate angepasst werden.
5.	Messergebnisse zur Behandlungsqualität müssen regelmäßig gewonnen und dokumentiert werden, häufig monatlich bei Patienten mit hoher bis mäßiger Krankheitsaktivität oder weniger häufig (z. B. alle 3–6 Monate) bei Patienten mit anhaltend niedriger Krankheitsaktivität oder Remission.
6.	Validierte Messinstrumente zur Erfassung der Krankheitsaktivität, die Assessments zum Gelenkstatus enthalten, werden in der klinischen Routine benötigt, um Therapieentscheidungen zu lenken.
7.	Neben der Messung der Krankheitsaktivität sollten im Hinblick auf klinische Entscheidungen auch strukturelle Veränderungen und funktionelle Einschränkungen zusätzlich betrachtet werden.
8.	Das gewünschte Behandlungsziel sollte während des weiteren Behandlungsverlaufs aufrecht erhalten werden.
9.	Die Wahl des Messinstruments und die Höhe des Zielwerts können durch die Berücksichtigung von Komorbiditäten, patientenbezogenen Faktoren und medikamentös bedingten Risiken beeinflusst werden.
10.	Der Patient ist über das Behandlungsziel und das geplante Vorgehen unter Leitung des Rheumatologen entsprechend zu informieren.

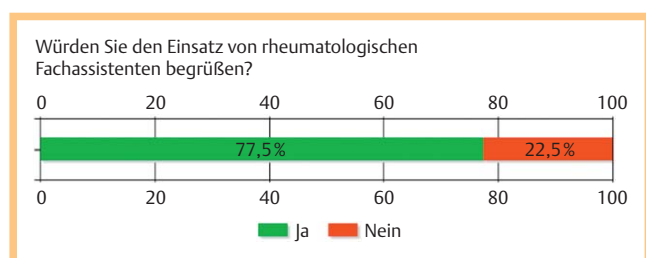


Abb. 1 Einschätzung der Befürwortung einer rheumatologischen Fachassistenz.

angegeben. 82% der Antwortenden berichten über einen regelmäßigen fachlichen Austausch unter Rheumatologen im Sinne von Qualitätszirkeln und Arbeitskreisen.

c) Gestaltung der Patienteninformation und Therapievereinbarung

81% der Antwortenden geben an Ihre Patienten schriftliches Informationsmaterial zur RA weiter. Rund 88% verwenden bei der

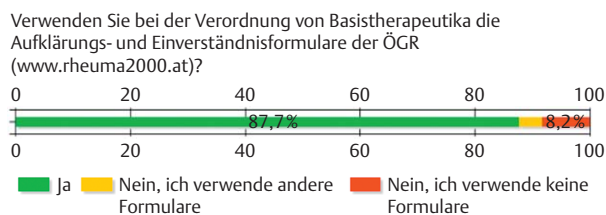


Abb. 2 Erhebung der Verwendung von Aufklärungs- und Einverständnism Formularen.

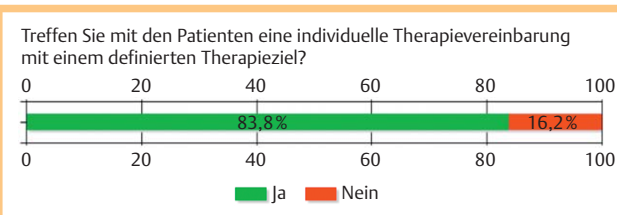


Abb. 3 Einschätzung einer individuellen Therapievereinbarung mit den Patienten.

Verordnung von Basistherapeutika die Aufklärungs- und Einverständnism Formulare der ÖGR (☛ **Abb. 2**).

43% aller Antwortenden informieren die Patienten in einer inhaltlich strukturierten Form, dabei allerdings nur 4% im Sinne einer Gruppenschulung. Die Mehrzahl der antwortenden Ärzte schult zumindest nicht nach strukturierten Normen. Eine Auswertung nach Arbeitssituation zeigt, dass Gruppenschulungen ausschließlich in einzelnen Krankenhäusern stattfinden, dies aber auch in den Krankenhäusern die Ausnahme ist. 84% geben an, mit Ihren Patienten eine individuelle Therapievereinbarung mit einem definierten Therapieziel zu treffen (☛ **Abb. 3**), 19% der Ärzte würden das Führen einer individuellen Patientendokumentation („Rheumatagebuch“) empfehlen.

d) Art und Ausmaß der Erfassung der Krankheitsaktivität

Ein Kernpunkt der rationalen, durch Fakten gestützten Therapieführung bei der rheumatoiden Arthritis ist die numerische Dokumentation der Krankheitsaktivität als Entscheidungsgrundlage für die individuell notwendige Behandlung. Von 74 Teilnehmern machten 71 eine inhaltlich sinnvolle Angabe (41 Mehrfachangaben); 2 gaben an, überhaupt keinen Score zu verwenden, ein Teilnehmer gab keine Angabe. Von den Ärzten, die eine Messung der Aktivität dokumentieren, verwenden 71% immer einen Score, 14% zumindest bei der Mehrzahl der Patienten mit RA (☛ **Abb. 4**); deutlich mehr als die Hälfte der Antwortenden (64%) dokumentieren einen Score in Zeitabständen zwischen 3–6 Monaten.

Der Funktionsfragenbogen HAQ spielt bei der Mehrzahl der Antwortenden eine untergeordnete Rolle. 16% verwenden den Fragebogen.

e) Konsequenzbildung und Einfluss auf Therapie

77,5% der Befragten verwenden einen Aktivitätsscore zur Therapieeinstellung und Überwachung bei fast allen oder zumindest bei mehr als der Hälfte der behandelten Patienten (☛ **Abb. 5**).



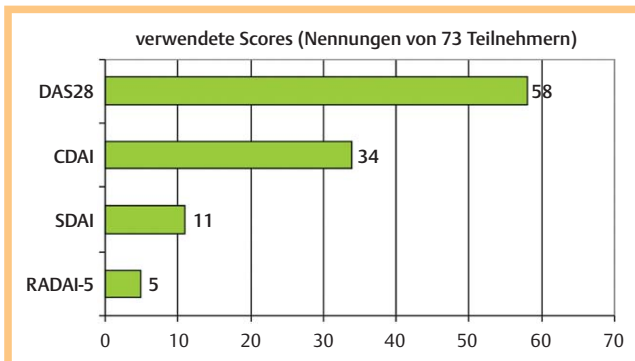


Abb. 4 Auflistung der am meisten verwendeten Aktivitäts-Scores (Mehrfachnennungen möglich).

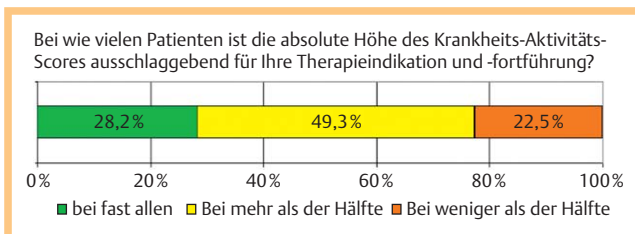


Abb. 5 Einschätzung der Aktivitäts-Scores für Therapieindikation und Fortführung.

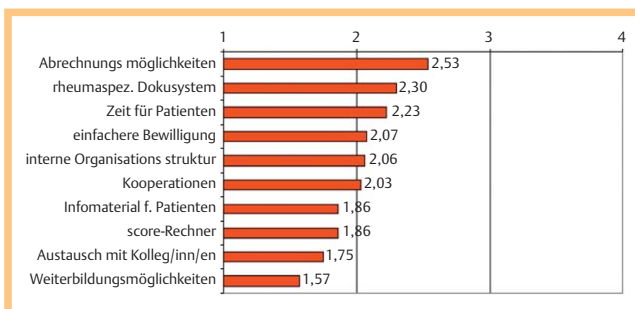


Abb. 6 Hindernisse für eine zielorientierte Therapie der rheumatoiden Arthritis.

f) Hindernisse für eine zielorientierte Therapieführung

Unter der Fragestellung „Bewerten Sie bitte die Sie betreffenden Hindernisse für eine zielorientierte Therapie der rheumatoiden Arthritis: Wie sehr fehlen Ihnen zur Umsetzung einer zielorientierten Therapieoptimierung folgende Möglichkeiten?“ wurden 10 verschiedene Hindernisse hinsichtlich der Bedeutung für die Therapie abgefragt. Zusätzlich war die Möglichkeit zu Erläuterungen im Freitext gegeben. Um das Ergebnis auch grafisch entsprechend der Fragestellung darzustellen, erfolgte die Codierung in folgender Weise: 1=gar nicht; 2=eher nicht; 3=eher schon; 4=sehr. Je höher der Durchschnittswert und je länger der Balken, desto stärker wird das Hindernis empfunden (Abb. 6). Zusammenfassend zeigt sich, dass die Abrechnungsmöglichkeiten mit den Krankenkassen von den Rheumatologen als stärkstes Hindernis gesehen wird, gefolgt vom Fehlen eines rheumaspezifischen Dokumentationssystems und der Zeit, die für Patienten aufgewendet werden kann. Am besten sind die Weiterbildungsmöglichkeiten und der Austausch mit Kollegen entsprechend den Bedürfnissen der Rheumatologen abgedeckt.

Tab.2 Aktivitätsscores und Schulung.

74 österreichische Ärzte (davon 55 Additivfachärzte für Rheumatologie)

- 79% verwenden den DAS Score, 47% den CDAI (Mehrfachnennungen möglich)
- 85,7% verwenden einen Aktivitätsscore bei allen oder zumindest bei mehr als der Hälfte der Patienten
- Bei 77,5% ist der Aktivitätsscore zumindest bei der Mehrzahl der Patienten ausschlaggebend für Therapieindikation und Fortführung
- 16% verwenden den Funktionsfragebogen HAQ
- 56,8% machen keine strukturierte Patientenschulung

g) Akzeptanz von Leitlinien

Dem Statement: „Leitlinien und Empfehlungen von Fachgruppen sind mir willkommen und ich richte mich weitgehend danach“ stimmen alle Antwortenden ganz zu.

Diskussion

Die Beurteilung der Versorgungsqualität der österreichischen Patienten mit rheumatoider Arthritis kann durch den hier verwendeten Fragebogen nicht erfolgen. Es ist dennoch aufschlussreich, die offensichtlich durch aktive Fortbildungsarbeit bewirkte gute Durchdringung der kooperierenden Rheumaärzte mit den Inhalten der „Treat to target“ Empfehlungen zu illustrieren, wenn auch die geringe Rücklaufquote nur ein Schlaglicht ermöglicht und die Ergebnisse etwas zu relativieren sind.

Es entsteht der Eindruck, dass die medizinische Infrastruktur der Behandlungseinheiten nicht nur durch eine effiziente Datenverarbeitung und Dokumentation, sondern auch durch den Einsatz von rheumatologisch spezialisierten Fachassistenten effizienter gemacht werden könnte (Tab. 2).

Im November 2006 wurde in Deutschland das Curriculum „Rheumatologische Fachassistenz“ der deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und des Berufsverbands der deutschen Rheumatologen entwickelt, um Mitarbeiter von rheumatologischen Praxen und Krankenhäusern zu qualifizieren. Rheumatologisch gebildete Fachassistenten sollen den Erfolg einer rheumatologischen Behandlungseinrichtung erhöhen und die Behandlung und Betreuung von Patienten mit RA verbessern [12]. Vor allem in den Niederlanden und in Großbritannien werden seit Jahren rheumatologisch ausgebildete Fachassistenten mit Erfolg eingesetzt und deren Auswirkung systematisch evaluiert [13–15]. In Österreich setzen knapp ein Drittel aller antwortenden Ärzte rheumatologisch spezialisierte, nicht ärztliche Fachassistenten ein, davon allerdings nur 9% der Ärzte in einer Kassenpraxis, aber immerhin schon 39% im Krankenhaus. Die positiven Ergebnisse anderer europäischer Länder könnten als Aufforderung oder zumindest als Impuls angesehen werden, auch in Österreich rheumatologische Fachassistenten zu etablieren und entsprechende Ausbildungsstätten zu schaffen.

Die therapeutischen Möglichkeiten der letzten 10 Jahre erfordern eine sehr spezialisierte Betreuung einhergehend mit einer umfassenden Aufklärung und Beratung. Dies ist naturgemäß mit einem hohen Zeitaufwand verbunden und führt in Krankenhausambulanzen und Kassenpraxen aufgrund der vorhandenen Aufgaben und Ressourcen an die Grenzen der Machbarkeit [3, 16]. Auch in der Patientenschulung könnte eine qualifizierte rheumatologische Fachassistenz unterstützend wirken und Abhilfe schaffen. Die meisten der Antwortenden geben derzeit

ihren Patienten schriftliches Informationsmaterial zur rheumatoiden Arthritis weiter. Eine inhaltlich strukturierte Schulung erfolgt am häufigsten auf einer individuellen Basis.

Trotz einer leitlinienorientierten und dominierten Medizin treffen 84% der antwortenden Ärzte eine individuelle Therapieentscheidung bzw. Vereinbarung. Darunter verstehen wir neben der naturgemäß notwendigen Beachtung von Alter, Nebenwirkungen von Medikamenten und Begleitkrankheiten vor allem auch die Berücksichtigung der Patientenwünsche (Abb. 3).

77% der rheumatologisch tätigen Ärzte verwenden fast immer oder mehrheitlich Krankheits-Aktivitäts-Scores für Ihre Therapieentscheidung (Abb. 5). Scores sind wichtige Instrumente in der Behandlung von Patienten mit RA und dienen nicht zuletzt auch der Dokumentation des Behandlungserfolges vor den Sozialversicherungsträgern.

Kein Score kann die klinische Untersuchung ersetzen, er ist immer ein Surrogatparameter.

Als größtes Hindernis für eine zielorientierte Therapie wird von 40% der Rheumatologen die fehlende Abrechnungsmöglichkeit der rheumatologischen Leistungen mit den Krankenkassen empfunden. Möglicherweise ist dies auch ein Grund für den geringen Anteil an niedergelassenen Rheumatologen in Österreich. Erfreulicherweise ist es aber mit 1. Juli 2012 gelungen, die erste Leistungsposition für Rheumatologie in die OÖ Honorarordnung aufzunehmen [17]. Die Position „rheumatologische Therapieeinstellung mit krankheits-modifizierenden Antirheumatika bzw. Therapieüberwachung“ wird mit € 60,- einmal im Quartal vergütet. Dies ist als ein wesentlicher Fortschritt und geradezu als ein Meilenstein für die Berufsgruppe der Rheumatologen in Österreich anzusehen. Erstmals wird eine ärztliche Tätigkeit, die vordergründig mit Wissen, Erfahrung, zeitlichem Aufwand und Zuwendung einhergeht, entsprechend vergütet und eben nicht ausschließlich eine apparative Leistung.

Die neue Leistungsposition sollte als Präzedenzfall angesehen werden und es ist zu hoffen, dass sie in den folgenden Monaten auch in den anderen Bundesländern eingeführt wird.

Darüber hinaus bedarf die systematische Gewährleistung der rheumatologischen Versorgungsqualität weiterer Bemühungen um die Zahl von praktizierenden Additivfachärzten zu erhöhen und eine guten Struktur von Ausbildung und Dokumentationsmöglichkeiten unter Zuhilfenahme qualifizierten Hilfspersonals zu ermöglichen.

Die Versendung und Auswertung der Fragebogen wurde von der Firma Abbott finanziert, diese Firma hatte jedoch keinerlei inhaltlichen Einfluss auf die Befragung.

Ergänzendes Material

Fragebogen zur Untersuchung der Umsetzung der T2T Erhebungen in Österreich finden Sie im Internet unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1331199>

Interessenkonflikt: Nein

Literatur

- 1 Kalden JR, Müller-Ladner U, Schmiedt RE. Strategien zur verbesserten Versorgung von Menschen mit der Volkskrankheit „Rheuma“ am Beispiel der rheumatoiden Arthritis. *Z Rheumatol* 2011; 70: 641–650
- 2 Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 964–975
- 3 Puchner R. Zufriedenheit und Zukunftsperspektive österreichischer Rheumatologen. *Z Rheumatol* 2010; 69: 818–829
- 4 Zink A, Huscher D, Schneider M. Wie leitliniengerecht ist die rheumatologische Versorgung? Anspruch und Wirklichkeit. *Z Rheumatol* 2010; 69: 318–326
- 5 Van der Linden MP, le Cessie S, Raza K et al. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. *Arthritis Rheum* 2010; 62: 3537–3546
- 6 Bykerk V, Emery P. Delay in receiving rheumatology care leads to long term harm. *Arthritis rheum* 2010; 62: 3519–3521
- 7 Nell VP, Machold KP, Eberl G et al. 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: 906–914
- 8 Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW et al. T2T Expert Committee Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 631–637
- 9 Wit MPT, de Smolen JS, Gossec L et al. Treating rheumatoid arthritis to target: the patient version of the international recommendations. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 891–895
- 10 Krüger K, Karberg K. Treat-to-target aus der Sicht der niedergelassenen Rheumatologie. *Z rheumatol* 2011; 70: 664–669
- 11 Grominca-Ihle E, Rink M. Treat-to-target aus der Sicht der Betroffenen. *Z Rheumatol* 2011; 70: 678–684
- 12 Schuch F, Kern P, Kreher G et al. Das Curriculum „Rheumatologische Fachassistenz DGRh-BDRh“ als Weg der Professionalisierung medizinischer Assistenzberufe. *Z Rheumatol* 2011; 70: 670–677
- 13 Tjhuis GL, Zwinderman AH, Hazes JM et al. A randomized comparison of care provided by a clinical nurse specialist, an inpatient team and a day patient team in rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum* 2002; 47 (5): 525–531
- 14 Hout WB van den, Tjhuis GL, Hazes JM et al. Cost effectiveness and cost utility analysis of multidisciplinary care in patients with rheumatoid arthritis: a randomised comparison of clinical nurse specialist care, inpatient team care and day patient team care. *Ann rheum Dis* 2003; 62 (4): 308–315
- 15 Ndosi M, Lewis M, Hale C et al. A randomised, controlled study of outcome and cost effectiveness for RA patients attending nurse-led rheumatology clinics: Study protocol of an ongoing nationwide multi-centre study. *Int J Nurs Stud* 2011; 48 (5): 642–654
- 16 Puchner R. Zufriedenheit und Zukunftsperspektive der Internist/innen in Österreich – eine Analyse des Berufsbildes. *Wien Klin Wochenschr* 2007; 119: 503–511
- 17 Ärztekammer für Oberösterreich und O.Ö. § 2 Krankenversicherungsträger. Neue Leistungsposition für Rheumatologie ab 1. Juli 2012. Rundschreiben Nr. 1288/2012 VP-I Juni 2012



Ergänzendes Material

Fragebogen zur Untersuchung der Umsetzung der T2T Erhebungen in Österreich



Fragebogen zur derzeitigen Betreuung von Patienten mit rheumatoider Arthritis

1 Wie viele Patienten mit rheumatoider Arthritis behandeln Sie durchschnittlich pro Arbeitswoche?

_____ Patienten / Arbeitswoche

2 Durch wen erfolgt bei Ihnen die Dokumentation der Patientenbehandlung?

- durch die/den behandelnde/n Arzt/in allein
 durch Arzt/in und medizinische Assistent/inn/en

3 In welcher Form erfolgt bei Ihnen die Dokumentation der Patientenbehandlung?

- handschriftlich
 EDV gestützt
 beides, (bitte um Erläuterung) _____

4 Geben Sie an Ihre Patienten schriftliches Informationsmaterial zu RA weiter?

- Ja
 Nein

5 Verwenden Sie bei der Verordnung von Basistherapeutika die Aufklärungs- und Einverständnisformulare der ÖGR (www.rheuma2000.at)?

- Ja
 Nein, ich verwende andere Formulare, nämlich: _____
 Nein, ich verwende keine Formulare

6 Erfolgt in Ihrer Organisation eine Patientenschulung in einer inhaltlich strukturierten Form?

- Ja, als Schulung einzelner Patienten
 Ja, als Schulung in Gruppen
 Nein

7 Treffen Sie mit den Patienten eine individuelle Therapievereinbarung mit einem definierten Therapieziel?

- Ja
 Nein

8 Empfehlen Sie Ihren Patienten die Führung eines Rheumatagebuchs?

- Ja
 Nein

Seite 1 von 6

© 2012 (v3)



9 Welche(n) Krankheits-Aktivitäts-Score(s) verwenden Sie für die rheumatoide Arthritis?

10 Bei wie vielen Patienten verwenden Sie diese(n) Score(s)?

- Bei fast allen
 Bei mehr als der Hälfte
 Bei weniger als der Hälfte
 Bei fast keinen

11 In welchen Zeitabständen einer Behandlung verwenden Sie diesen Score?

12 Bei wie vielen Patienten ist die absolute Höhe des Krankheits-Aktivitäts-Scores ausschlaggebend für Ihre Therapieindikation und -fortführung?

- Bei fast allen
 Bei mehr als der Hälfte
 Bei weniger als der Hälfte
 Bei fast keinen

13 Setzen Sie rheumatologisch spezialisierte, nicht-ärztliche Fachassistent/inn/en ein?

- Ja
 Nein

14 Würden Sie den Einsatz von rheumatologisch spezialisierte, nicht-ärztliche Fachassistent/inn/en begrüßen?

- Ja
 Nein

15 An wie viele Patienten geben Sie den Funktionsfragebogen HAQ aus?

- an alle
 an mehr als die Hälfte
 an weniger als die Hälfte
 gar nicht

Seite 2 von 6

© 2012 (v3)





16 Bei wie vielen Patienten verwenden Sie den Funktionsfragebogen HAQ für Ihre Therapieentscheidung?

- Bei fast allen
 Bei mehr als der Hälfte
 Bei weniger als der Hälfte
 Bei fast keinen

17 Nehmen Sie an einem regelmäßig organisierten fachlichen Austausch unter Rheumatologen teil (Qualitätszirkel, Arbeitskreis, Arbeitsgemeinschaft, Kaminesgespräch, ...)?

- Ja
 Nein

18-28 Bewerten Sie bitte die Sie betreffenden Hindernisse für eine zielorientierte Therapie der rheumatoiden Arthritis: Wie sehr fehlen Ihnen zur Umsetzung einer zielorientierten Therapieoptimierung folgende Möglichkeiten?

18 Ausreichend Zeit für jede Patientin / jeden Patienten	sehr <input type="checkbox"/>	eher schon <input type="checkbox"/>	eher nicht <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	--	--	---------------------------------------

Kommentar (wenn Sie „sehr“ oder „eher schon“ angekreuzt haben):

19 Weiterbildungsmöglichkeiten	sehr <input type="checkbox"/>	eher schon <input type="checkbox"/>	eher nicht <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
--------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------------

Kommentar: _____

20 Bessere Kooperation mit anderen Einrichtungen	sehr <input type="checkbox"/>	eher schon <input type="checkbox"/>	eher nicht <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	--	--	---------------------------------------

Kommentar: _____

21 Informationsmaterial für Patienten	sehr <input type="checkbox"/>	eher schon <input type="checkbox"/>	eher nicht <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------------

Kommentar: _____

22 Praktikabler Score-Rechner	sehr <input type="checkbox"/>	eher schon <input type="checkbox"/>	eher nicht <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
-------------------------------	----------------------------------	--	--	---------------------------------------

Kommentar: _____

23 Austausch mit Kolleginnen/ Kollegen	sehr <input type="checkbox"/>	eher schon <input type="checkbox"/>	eher nicht <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	--	--	---------------------------------------

Kommentar: _____

24 Spezifisch rheumatologisches Dokumentationssystem	sehr <input type="checkbox"/>	eher schon <input type="checkbox"/>	eher nicht <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	--	--	---------------------------------------

Kommentar: _____

25 Abrechnungsmöglichkeiten mit den Krankenkassen	sehr <input type="checkbox"/>	eher schon <input type="checkbox"/>	eher nicht <input type="checkbox"/>	gar nicht <input type="checkbox"/>
---	----------------------------------	--	--	---------------------------------------

Kommentar: _____





26 Einfachere Bewilligungspraxis der Krankenkassen sehr eher schon eher nicht gar nicht

Kommentar: _____

27 Bessere interne Organisationsstrukturen sehr eher schon eher nicht gar nicht

Kommentar: _____

28 Weitere, nämlich ...

29 Ihre Arbeitssituation: Wo arbeiten Sie überwiegend?

- niedergelassene Praxis mit Kassenvertrag
- niedergelassene Privatpraxis
- in einem Krankenhaus / Institut / Ambulatorium mit Öffentlichkeitsrecht
- sonstiges

30 Welche fachliche Ausbildung haben Sie?

- Ärztin/Arzt in Ausbildung
- Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
- Fachärztin/arzt für Innere Medizin
- Fachärztin/arzt für Orthopädie
- Fachärztin/arzt für Physikalische Medizin

31 Haben Sie das Additivfacharzt Diplom für Rheumatologie?

- Ja
- Nein

Seite 5 von 6

© 2012 (v3)



32 In welchem Bundesland sind Sie (vorwiegend) tätig?

- Burgenland
- Kärnten
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Steiermark
- Tirol
- Vorarlberg
- Wien

33 In welchem Jahr sind Sie geboren?

34 Welcher Aussage stimmen Sie am meisten zu? Die Initiative „T2T“ (Treating rheumatoid arthritis to target) ist ...

- mir bekannt aus Fachmedien oder Internet
- mir bekannt aus Funk und Fernsehen
- mir unbekannt und ich will sie nicht näher kennen lernen
- mir unbekannt und klingt interessant

35 Wie ist Ihre Meinung zu folgendem Statement? Leitlinien und Empfehlungen von Fachgruppen sind mir willkommen und ich richte mich weitgehend danach.

- stimme voll und ganz zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme ganz und gar nicht zu

36 Wie ist Ihre Meinung zu folgendem Statement? Ich weiche oft mit Begründung von Leitlinien und Empfehlungen ab

- stimme voll und ganz zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme ganz und gar nicht zu

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit am Projekt

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis 15. Februar 2012
im beiliegenden Rücksendekuvert an:
Ärztliches Qualitätszentrum, Dinghoferstr. 4, 4010 Linz

Seite 6 von 6

© 2012 (v3)

