

Zusammenfassung

Die Arthrose als weltweit häufigste Gelenkaffektion zeichnet sich durch eine hohe Prävalenz aus. Der Hausarzt ist für die allermeisten Patienten, von denen nur die wenigsten sich in einem Stadium befinden, indem ein künstlicher Gelenkersatz indiziert ist, der kontinuierliche Begleiter. Er hat in den allermeisten Fällen auch Einblick in das soziale Umfeld, das wie bei allen chronischen Erkrankungen eine große Rolle für das „Coping“, also das „Zurechtkommen“ mit der Erkrankung spielt. Im Behandlungsalltag sieht er sich sowohl mit der Herausforderung einer intermittierenden Aktivierung konfrontiert, wie auch mit der Betreuung des chronischen Schmerzpatienten, für den ein künstlicher Gelenkersatz aufgrund des Alters oder der Komorbiditäten nicht in Frage kommt, oder vom Patienten nicht gewünscht wird.

Es gibt eine gesicherte Evidenz, dass der Verlauf der Arthrose als degenerativer Prozess nicht unwesentlich durch konservative Maßnahmen wie Gewichtsreduktion und körperliche Aktivität beeinflusst werden kann. Aufgrund seiner prominenten Position in der Betreuung der Patienten ist es naheliegend, dass nichtoperative Interventionen, die der Verbesserung der Lebensqualität von Arthrosepatienten dienen sollen, auf der Ebene des Hausarztes stattfinden. Allerdings ist die Implementierung derartiger Interventionen und evidenzbasierter Handlungsleitlinien in den primärärztlichen Bereich nicht ohne Probleme.

Die Erfordernisse einer stärkeren Berücksichtigung der individuellen Patientenperspektive sowie einer adäquat kommunizierten und wirksamen Schmerztherapie waren wesentliche Resultate der qualitativen Vorerhebungen. Mit der Studie zur i.m.-Applikation konnte zudem gezeigt werden, wie Forschung im allgemeinärztlichen Setting unmittelbaren Einfluss auf die Versorgungsrealität haben kann: zahlreiche ärztliche Organisationen haben infolge des Risikos und der zahlreichen Publikationen zu diesem Thema die Kollegen und Kolleginnen erneut darauf aufmerksam gemacht, dass auch im Notfalldienst auf diese Applikationsform zu verzichten ist. Ebenso wurde als Folge der qualitativen Erhebungen deutlich, dass der Einbezug der Arzthelferin auf ein Case - Management mittels standardisierter und strukturierter Monitoring -Instrumente beschränkt bleiben muss. Die Validierung und kulturelle Adaption der Erhebungsinstrumente AIMS2 und PACIC 5A war ein wichtiger Schritt um valide Ergebnisse im Rahmen des Prä-Post-Designs der Hauptstudie zu ermöglichen. Zudem stehen hiermit auch wichtige Instrumente für andere Forscher zur Verfügung.

Die genauere Betrachtung der Komorbidität Depression zeigte sowohl deren erhöhte Prävalenz unter Arthrotikern als auch deren Bedeutung sowohl für die Lebensqualität als auch die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens.

Die Hauptstudie war als dreiarmlige, cluster-randomisierte Interventionsstudie angelegt. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigten sich keine signifikanten Veränderungen in der Lebensqualität der Arthrosepatienten in der Interventionsgruppe, in der die Ärzte nur an Qualitätszirkelsitzungen teilnahmen. Allerdings veränderten sich die sekundären Outcomes „durchgeführte Röntgenuntersuchungen“ und „Verordnung von Paracetamol“. In der Interventionsgruppe, in der zusätzlich ein Monitoring mit dem eigens entwickelten ArtMoL - Tool durchgeführt wurde, zeigten sich signifikante Unterschiede im Vergleich zur Kontrollgruppe in Bezug auf den Schmerz, die physische Beeinträchtigung und den empfundenen sozialen Rückhalt. Auch Kontakte

zu Orthopäden, Röntgenbilder und die Verordnung von Paracetamol aber auch Opioiden veränderten sich signifikant.

Insgesamt zeigte das Forschungsprojekt, dass sich auch komplexe und umfangreiche Interventionsstudien mit in Forschungsfragestellungen bisher unerfahrenen Hausärzten realisieren lassen. Die Ergebnisse der Case - Management - Gruppe, die auf eine strukturiertere und geplantere Versorgung im Sinn des Chronic Care Modells abzielte, sind sehr viel versprechend. Es zeigte sich, dass dies eine gut in den primärärztlichen Bereich implementierbare Intervention ist. Sie ermutigen zu weiteren Forschungen, in denen es zu klären gilt, ob die Ergebnisse auch für andere chronische Erkrankungen reproduzierbar sind. Offen bleibt bislang auch eine ökonomische Evaluation dieser Versorgungskonzepte, legt man aber Erfahrungswerte etwa aus den USA zugrunde, dürften sie auch kosteneffizient sein. Sollte dem auch im deutschen System so sein, wird zu klären sein, wie sich dieses Case - Management bzw. das Chronic Care Modell dauerhaft und nachhaltig in die Primärversorgung integrieren lässt. Wie die qualitativen Studien angedeutet haben, wird es dazu aber nötig sein, die Arzthelferin höher zu qualifizieren und das Bewusstsein der Ärzte zu schärfen, dass eine adäquate Versorgung nur noch im Team möglich ist. Erfreulicherweise hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung aufgrund des Erfolges des Projektes für eine Weiterförderung entschieden, so dass einer weiteren Forschung über eine weitergehende Implementierung des Chronic Care Ansatzes und des Case - Managements nichts im Wege steht.