Priv.-Doz Dr. med. Jürgen Rech
Prof. Dr. med. Diamant Thaçi*

Entzündungsmedizin: Optimierte intersektorale Zusammenarbeit als ein Schlüsselfaktor

Zusammenfassung

Die Versorgungslandschaft von Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen in Deutschland erscheint, auch was die intersektorale Versorgung angeht, sehr heterogen. Starke Unterschiede in der interdisziplinären Zusammenarbeit bestehen vor allem hinsichtlich deren Struktur und Organisation. Einheitliche Standards und verbindliche Qualitätskriterien, wie sie von und für die Entzündungszentren gefordert werden, fehlen auch im niedergelassenen Bereich. In Einzelinterviews und Webkonferenzen mit Fachärzten aus Entzündungszentren sowie niedergelassenen Fachärzten aus den Bereichen Dermatologie, Rheumatologie und Gastroenterologie wurden Empfehlungen erarbeitet, wie die intersektorale Zusammenarbeit optimiert werden könnte. Die Ergebnisse bestätigen insbesondere die Erfahrung, dass ein unkomplizierter Austausch zwischen den in Entzündungszentren und in der Niederlassung tätigen Fachärzten essenziell ist. Ein fester Ansprechpartner in den Entzündungszentren sowie einheitliche Zugangswege standen eindeutig an Platz 1 der Handlungsempfehlungen.

Schlüsselwörter

Chronisch-entzündliche Erkrankungen, Entzündungszentren, Zusammenarbeit, intersektoral, Versorgungsforschung

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2695

Chronisch-entzündliche Erkrankungen, wie z. B. Psoriasis (PSO), Psoriasis Arthritis (PsA), rheumatoide Arthritis (RA), Spondylitis Ankylosans (SpA), Morbus Crohn (MC), Colitis ulcerosa (CU) und Kollagenosen, werden anhand ihrer primären Organmanifestationen klassifiziert und zunächst den darauf spezialisierten Fachdisziplinen zugeordnet. In der Regel handelt es sich jedoch um Systemerkrankungen, die sich häufig nicht nur auf ein Organsystem begrenzen (vgl. Abb. 1), mit überlappendem polygenetischem Hintergrund und insbesondere sehr ähnlicher Pathophysiologie (1–3). Sich überschneidende Krankheitsmanifestationen und assoziierte Komorbiditäten mit ähnlichen Risikoprofilen sind häufig und erfordern ein interdisziplinäres Vorgehen (4–10). Zudem treten häufig Begleiterkrankungen auf, etwa ein metabolisches Syndrom bei Patienten mit Psoriasis (11). Je nachdem, welche und wie viele chronisch-entzündlichen Erkrankungen vorliegen, welchen Schweregrad sie haben und mit welchen Begleiterkrankungen sie einhergehen, kann die Lebensqualität Betroffener erheblich eingeschränkt und die Mortalität erhöht sein (12, 13). Daher ist insbesondere in komplexen Fällen eine funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit von immenser Relevanz. Um die Versorgung von Patienten mit komplexen chronisch-entzündlichen Erkrankungen flächendeckend zu verbessern, haben 8 Entzündungszentren aus ganz Deutschland mit Unterstützung von Johnson & Johnson die Inflammation Center Initiative (ICI) gegründet. Inzwischen gehören ihr Dermatologen, Gastroenterologen und Rheumatologen von 12 Entzündungszentren an (vgl. Abb. 2, Stand Oktober 2023).

>> Eine Reihe von wissenschaftlichen Aktivitäten erfolgte, um den Stand und die Entwicklungsperspektiven einer interdisziplinären Entzündungsmedizin zu charakterisieren.

Status quo Untersuchungen, wie Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen bislang versorgt worden sind

In Zusammenarbeit mit der IGES Institut GmbH, Berlin, wurden strukturierte Interviews mit Dermatologen, Gastroenterologen und Rheumatologen der beteiligten Entzündungszentren durchgeführt sowie von der Healthcare Consulting GmbH (HGC), Düsseldorf, eine umfangreiche Analyse von Krankenkassendaten vorgenommen. Dabei handelt es sich um eine Querschnittsanalyse (Auswertung von Real-World-Daten zur ambulanten medizinischen Versorgungssituation von knapp 4 Millionen gesetzlich Versicherten) und eine Längsschnittanalyse zum Krankheits- und Therapieverlauf auf Basis der Real-World-Daten über 4 Jahre (Tab. 1) (14–16).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in Entzündungszentren

Gemeinsam mit den Dermatologen, Gastroenterologen und Rheumatologen aus den 12 Entzündungszentren, die an der Initiative beteiligt sind, wurde zudem herausgearbeitet, wie die Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachdisziplinen bei der Versorgung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen weiter verbessert und erweitert werden kann, einschließlich der Diagnostik und der Therapiesteuerung chronisch-entzündlicher Folgeerkrankungen. Dabei wurde ein Konsens herbeigeführt, wie ein „ideales Entzündungszentrum" aussehen könnte und welche einheitlichen Qualitätskriterien dafür sinnvoll wären (vgl. Tab. 2) (17).

Die erhobenen Daten bestätigen nach Ansicht der Autoren die klinische Beobachtung, dass Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen zum Teil unterversorgt sind und nicht immer leitlinienkonform behandelt werden (14–16). Der Grund dafür dürfte hauptsächlich in einer noch nicht ausreichenden interdisziplinären Betreuung dieser Patienten liegen.

Intersektorale Zusammenarbeit

Hier stand die Frage im Fokus, wie die Zusammenarbeit zwischen Entzündungszentren und den niedergelassenen und anderen Fachärzten optimiert werden kann. Im Folgenden werden die diesbe-

**Stellvertretend für die Autorengruppe: Dr. med. Konstantin Ertner / Prof. Dr. med. Stefan Beissert / Dr. med. Urs Hartmann / Dr. med. Johannes von Keller / Prof. Dr. med. Gabriela Riemekasten / Prof. Dr. med. Knut Schäkel / Prof. Dr. med. Stefan Schreiber / Dr. med. Renate Schmelz / Prof. Dr. med. Nils Venhoff*

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in dem Beitrag auf das Gendern verzichtet und immer nur die männliche Form gewählt. Wir weisen darauf hin, dass hiermit ausdrücklich alle Geschlechter gemeint sind.

 This article was published under the license CC BY 4.0 and can be used

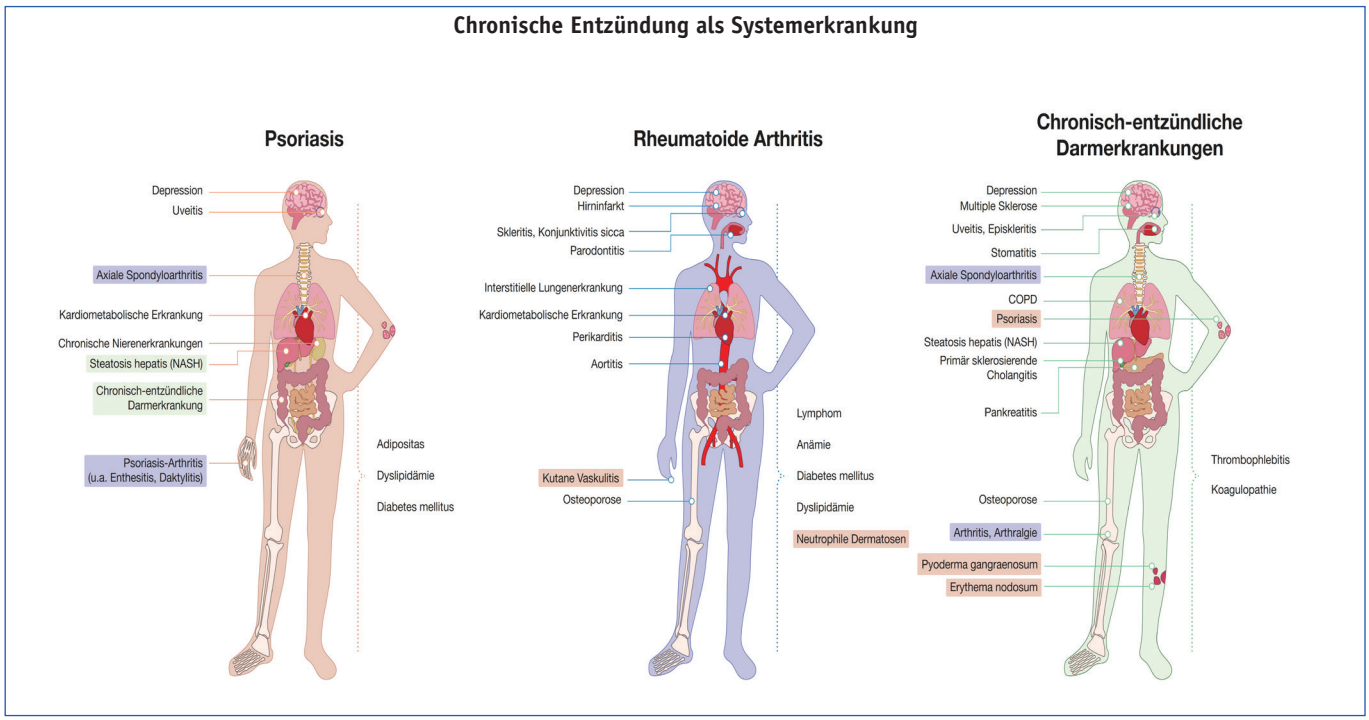


Abb. 1: *Beispielhafte Auflistung häufiger und wichtiger Komorbiditäten sowie assoziierter Systemmanifestationen bei drei chronisch-entzündlichen Erkrankungen (4–10). Erkrankungen der jeweils anderen Fachgebiete (Dermatologie, Rheumatologie, Gastroenterologie) sind farbig markiert. Legende: NASH = Nicht-alkoholische Steatohepatitis.*

züglichen Ergebnisse und erarbeiteten Empfehlungen vorgestellt.

Methodik

Die Empfehlungen zur Optimierung der intersektoralen Zusammenarbeit wurden in 5 Schritten (Einzelinterviews sowie in 4 Webkonferenzen mit jeweils 20 bis 40 Teilnehmenden) erarbeitet:

1: Vom IGES Institut GmbH, Berlin, durchgeführte Interviews mit niedergelassenen Fachärzten zum Status quo der intersektoralen Zusammenarbeit und Verbesserungsvorschlägen.
2: Vorstellen des Projekts und der in Schritt 1 erhobenen Ergebnisse an Fachärzte aus Entzündungszentren. Diskussion dieser Ergebnisse sowie Zusammenstellung erster Empfehlungen in Bezug auf folgende Punkte: Was muss bei der Zuweisung ins Zentrum sowie bei der Rücküberweisung an die/den Erstbehandelnden optimiert werden? Wie kann der intersektorale Austausch besser gestaltet werden?
3: Vorstellen des Projekts und der Ergebnisse an niedergelassene Fachärzte. Ausarbeitung der von den Fachärzten der Entzündungszentren in Schritt 2 erarbeiteten Empfehlungen.
4: Gemeinsame Formulierung konkreter Empfehlungen von Fachärzten aus den Entzündungszentren und niedergelassenen Fachärzten.
5: Onlinebefragung (Microsoft Forms) von Fachärzten aus Entzündungszentren und niedergelassenen Fachärzten zur Gewichtung der in Schritt 4 ausgearbeiteten Empfehlungen/Anforderungen an die intersektorale Zusammenarbeit.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Schritte 4 und 5 zusammengefasst und diskutiert.

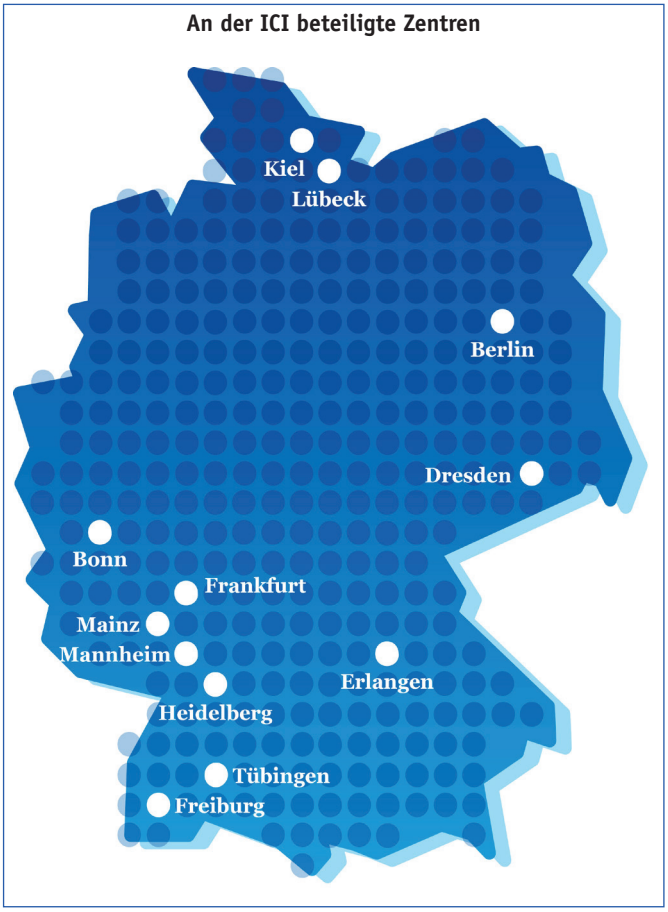


Abb. 2: *An der ICI sind inzwischen Dermatologen, Gastroenterologen und Rheumatologen aus 12 Entzündungszentren beteiligt.*

Ergebnisse

Ausarbeiten konkreter Empfehlungen von Fachärzten aus den Entzündungszentren und den beratend beteiligten niedergelassenen Fachärzten

Die konkreten Empfehlungen wurden unter Berücksichtigung der jeweils als besonders relevant erachteten Aspekte in folgende 5 Untergruppen unterteilt:

1. Optimierte Kommunikationsorganisation

- Feste Ansprechpartner in Entzündungszentren
- Erreichbarkeit der Niedergelassenen
- Einheitliche Zugangswege, sowohl intra- als auch intersektoral
- Jour fixe / Versand von Links und Einladungen zu Entzündungsboards
- Etablierte Spezialsprechstunde zwischen den Entzündungsboards für akute Fälle der einzelnen Fachdisziplinen | schnelle Kontaktmöglichkeiten

2. Optimierte Kommunikationsinhalte

- Klare Definitionen von Zugangs- und Rücküberweisungskriterien
- Transparentere und großflächigere Kommunikation des Entzündungsboards über gängige Kanäle (Mail/Telefon/Brief)
- Informations- und Fortbildungsveranstaltungen, Qualitätszirkel (CME)
- Erstantrag bei Off-Label-Therapie von den Entzündungszentren, Folgeanträge in Praxen

Querschnittsanalyse
Prävalenz chronisch-entzündlicher Erkrankungen
Vorliegen mindestens einer weiteren zusätzlichen chronisch-entzündlichen Erkrankung
Krankenhausaufnahmen im Vergleich zur Referenzpopulation
Konsultation eines Facharztes im Vergleich zur Referenzpopulation
Kombinationen chronisch-entzündlicher Erkrankungen
Auftreten weiterer Begleiterkrankungen
Längsschnittanalyse
Verlauf chronisch-entzündlicher Erkrankungen nach der initialen Diagnose
Einfluss des Krankheitsverlaufs auf das weitere therapeutische Vorgehen

Tab. 1: *Fokus der Krankenkassendatenanalysen (14–16)*

- *Breite interdisziplinäre Expertise in der Behandlung komplexer chronisch-entzündlicher Systemerkrankungen, einschließlich sehr seltener Krankheitsbilder.*
- *Mehrjährige Erfahrung belegt durch die entsprechend dokumentierten Zahlen interdisziplinär behandelter Patienten.*
- *Durchführung interdisziplinärer Besprechungen und deren Dokumentation. SOPs (standard operating procedures), die für alle sichtbar niedergelegt sind.*
- *Dokumentierte Erfahrung und verfügbare Ressourcen für eine wissenschaftliche Auswertung der Arbeit im Entzündungszentrum sowie aktive Teilnahme an multizentrischen / interdisziplinären, klinischen Studien, um innovative Therapien früh zugänglich zu machen.*
- *Regelmäßige gemeinsame Veranstaltungen des Entzündungszentrums sowohl für interne als auch für externe Zuweiser und Kooperationspartner.*
- *Sektorenübergreifende ambulante und stationäre Betreuung.*

Tab. 2: *Qualitätskriterien für Entzündungszentren (17)*

3. Materialien

- Fragebögen/Checklisten
- Übermittlung eines „Vordrucks“ an Entzündungszentren (inkl. Angabe Kontakt für Rückruf/-frage)
- Zuverlässige Abschlussbriefe der Spezialambulanzen oder Beschluss aus Entzündungsboard (mind. 1x pro Quartal)
- Patient sollte Kurzarztbrief und benötigte Informationen zum Austausch mitbringen

4. Digitale Lösungen

- DSGVO-konforme Onlineplattform zur Terminfindung und zum Austausch zwischen Entzündungszentren und Niedergelassenen

5. Optimierung der Versorgungsstruktur

- Digitale Krankenakte
- Case Manager (Koordinator)

Ergebnisse der Onlinebefragung

- Die Gewichtung der oben aufgeführten Punkte in der Onlinebefragung ergab, dass eine Optimierung der Kommunikationsorganisation mit Abstand als wichtigster Punkt erachtet wird.

Eindeutig am wichtigsten waren für die Befragten:

- Feste Ansprechpartner in den Entzündungszentren (23) sowie
- das Schaffen einheitlicher Zugangswege (20).

An zweiter Stelle folgten die Punkte:

- Klare Definitionen von Zugangs- und Rücküberweisungskriterien (14)
- Spezialsprechstunde zwischen den Entzündungsboards für akute Fälle | schnelle Kontaktmöglichkeiten (13)
- Erstantrag für Off-Label-Therapie von den Entzündungszentren, Folgeanträge in den Praxen (13)

Platz drei nahmen folgende Aspekte ein:

- Informations- und Fortbildungsveranstaltungen, Qualitätszirkel (CME) (12)
- DSGVO-konforme Onlineplattform zur Terminfindung und zum Austausch zwischen Entzündungszentren und Niedergelassenen (12)
- Zuverlässige Abschlussbriefe der Spezialambulanzen oder Beschluss aus Entzündungsboard (mind. 1x pro Quartal) (11)
- Case Manager (Koordinator) (11)
- Kurzarztbrief / benötigte Informationen bei der Vorstellung des Patienten (10)

5- bis 6-mal unter den wichtigsten Aspekten wurde eine gute Erreichbarkeit der Niedergelassenen (6x), die transparentere und großflächigere Kommunikation der Entzündungsboards über klassische Kanäle (5x), die Übermittlung eines „Vordrucks“ an Entzündungszentren (5x) sowie die digitale Krankenakte (5x) aufgeführt. Mit jeweils nur 3 Nennungen bildeten Jour fixe zu Zeiten, die für beide Seiten passen, der vermehrte Versand von Links und Einladungen zu Entzündungsboards an die Niedergelassenen sowie der Punkt Fragebögen/Checklisten das Schlusslicht.

Die einzelnen Ergebnisse sind in Abbildung 3 bis 5 zusammengestellt (Gesamtübersicht der Nennungen, prozentuale Übersicht



Abb. 3: *Die am häufigsten aufgeführten Handlungsempfehlungen der Teilnehmenden (Onlinebefragung). Möglich waren pro Teilnehmendem 5 Nennungen. Zur besseren Lesbarkeit wurden die Empfehlungen stichpunktartig aufgegriffen.*

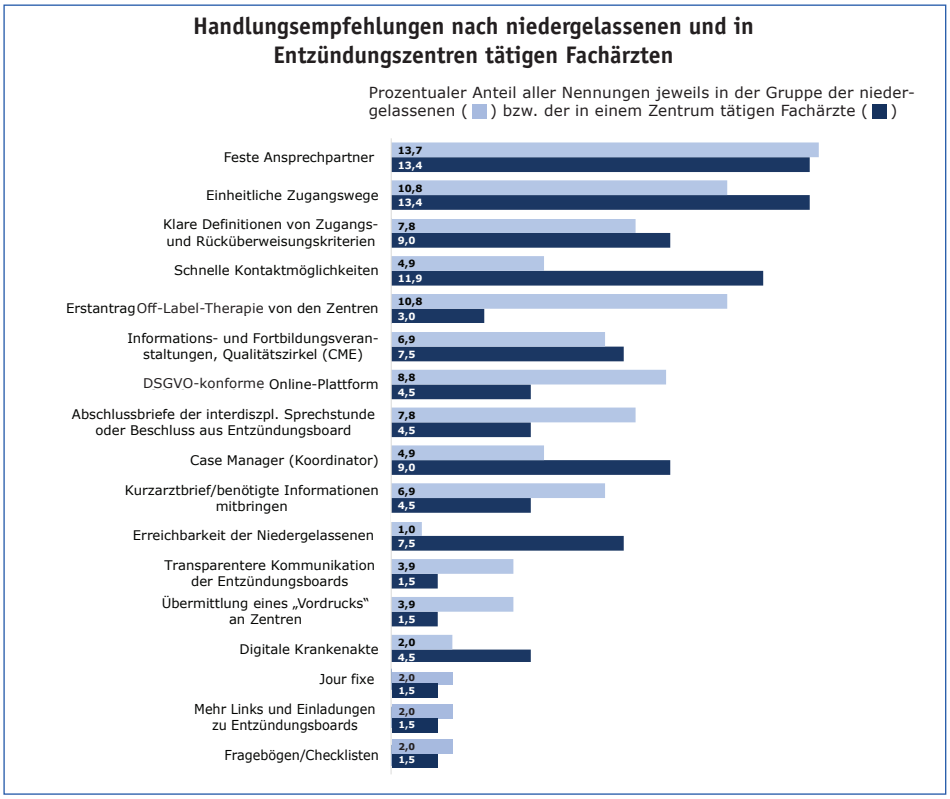


Abb. 4: Die Abbildung zeigt auf, welchen Anteil die jeweilige Handlungsempfehlung bezogen auf die Gesamtheit aller Nennungen der niedergelassen bzw. der in einem Zentrum tätigen Fachärzte hatte. Zur besseren Übersicht sind die Handlungsempfehlungen analog zu Abb. 3 angeordnet und die Empfehlungen stichpunktartig aufgegriffen.

der Nennungen von niedergelassenen im Vergleich zu in Entzündungszentren tätigen Fachärzten sowie prozentuale Auswertung nach Fachdisziplinen. Angegeben wurde jeweils nur die Anzahl der Ärzte, die diesen Punkt unter den ersten 5 angegeben haben.). Auf die sich hier zeigenden unterschiedlichen Einschätzungen wird in der Diskussion genauer eingegangen.

Diskussion

Die Versorgungslandschaft von Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen in Deutschland, auch was die intersektorale Versorgung angeht, erscheint sehr heterogen. Besonders hinsichtlich Struktur und Organisation gibt es starke Unterschiede in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Zudem hängt insbesondere im niedergelassenen Bereich die Situation sehr stark von der Region, der individuellen Vernetzung sowie der Vorerfahrung/Spezialisierung der niedergelassenen Kollegen ab. Einheitliche Standards und verbindliche Qualitätskriterien, wie sie von und für die Entzündungszentren gefordert werden, fehlen auch im niedergelassenen Bereich.

Übergeordnetes Ziel des Projekts ist die Erarbeitung von Empfehlungen zur Schnittstelle zwischen niedergelassenen Fachärzten und Entzündungszentren. Die vorgestellte Befragung, auch wenn es sich um eine Stichprobe handelt, die keinen Anspruch auf Repräsentanz erhebt, erlaubt wichtige Einblicke, welche Faktoren für eine optimierte intersektorale Versorgung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen von besonderer Bedeutung sind. Hervorgehoben werden kann, dass sich die Situation weitgehend mit den von den Entzündungszentren geschilderten Erfahrungen und den in den Krankenkassendatenanalysen erhobenen Daten deckt.

Die Daten bestätigen insbesondere die Erfahrung, dass ein unkomplizierter Austausch zwischen Entzündungszentren und den Fachärzten in der Niederlassung essenziell ist. Ein fester Ansprechpartner in den Entzündungszentren sowie einheitliche

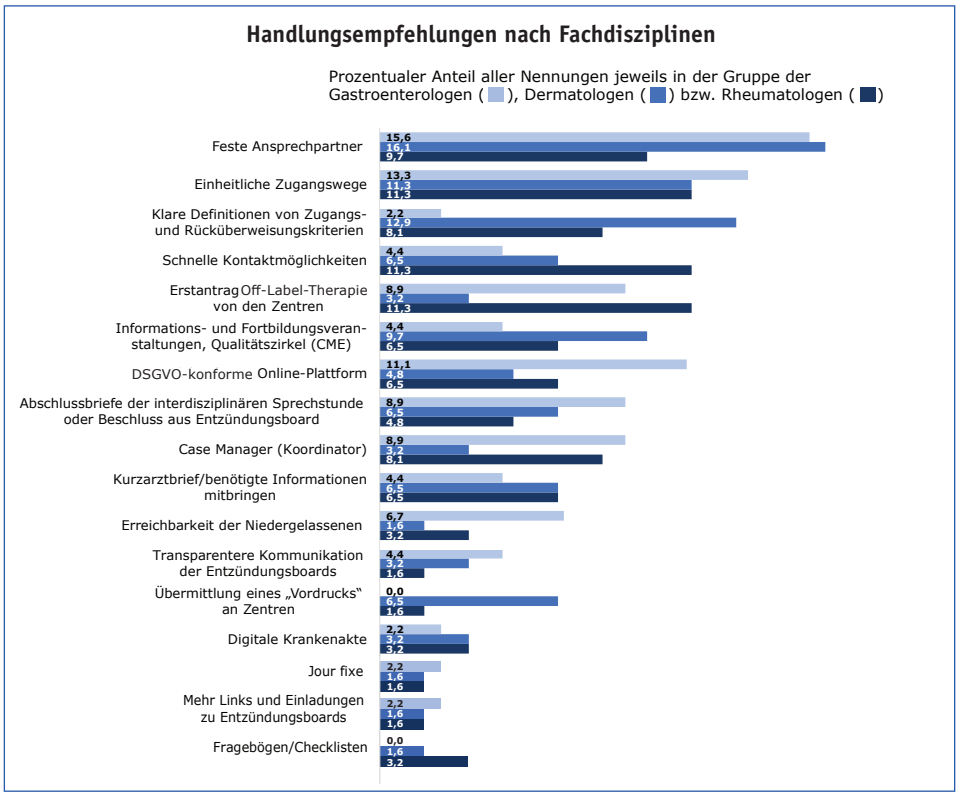


Abb. 5: Die Abbildung zeigt auf, welchen Anteil die jeweilige Handlungsempfehlung bezogen auf die Gesamtheit aller Nennungen einer Fachdisziplin hatte. Zur besseren Übersicht sind die Handlungsempfehlungen analog zu Abb. 3 angeordnet und die Empfehlungen stichpunktartig aufgegriffen.

Zugangswege standen eindeutig an Platz 1 der Handlungsempfehlungen, wobei von den niedergelassenen Fachärzten der feste Ansprechpartner als noch wichtiger erachtet wurde als die einheitlichen Zugangswege. Gerade für besonders kritische Fälle ist eine interdisziplinäre Sprechstunde sehr wichtig.

Ein wesentliches Element in der Organisation eines Entzündungszentrums sollte, wenn möglich, neben dem Zentrumsleiter auch ein Koordinator (in der Umfrage als Case Manager bezeichnet) sein, der den primären Ansprechpartner für die Kontaktaufnahme von außen darstellt sowie sowohl die ambulante Versorgung als auch eventuelle stationäre Aufnahmen intern koordiniert. Dieser sollte engen Kontakt mit dem oder den ärztlichen Ansprechpartnern haben, und es sollten regelmäßig Rücksprachen und eine entsprechende Planung erfolgen (vgl. Abb. 6).

Um eine möglichst gute Selektion der Patienten und ein niederschwel-

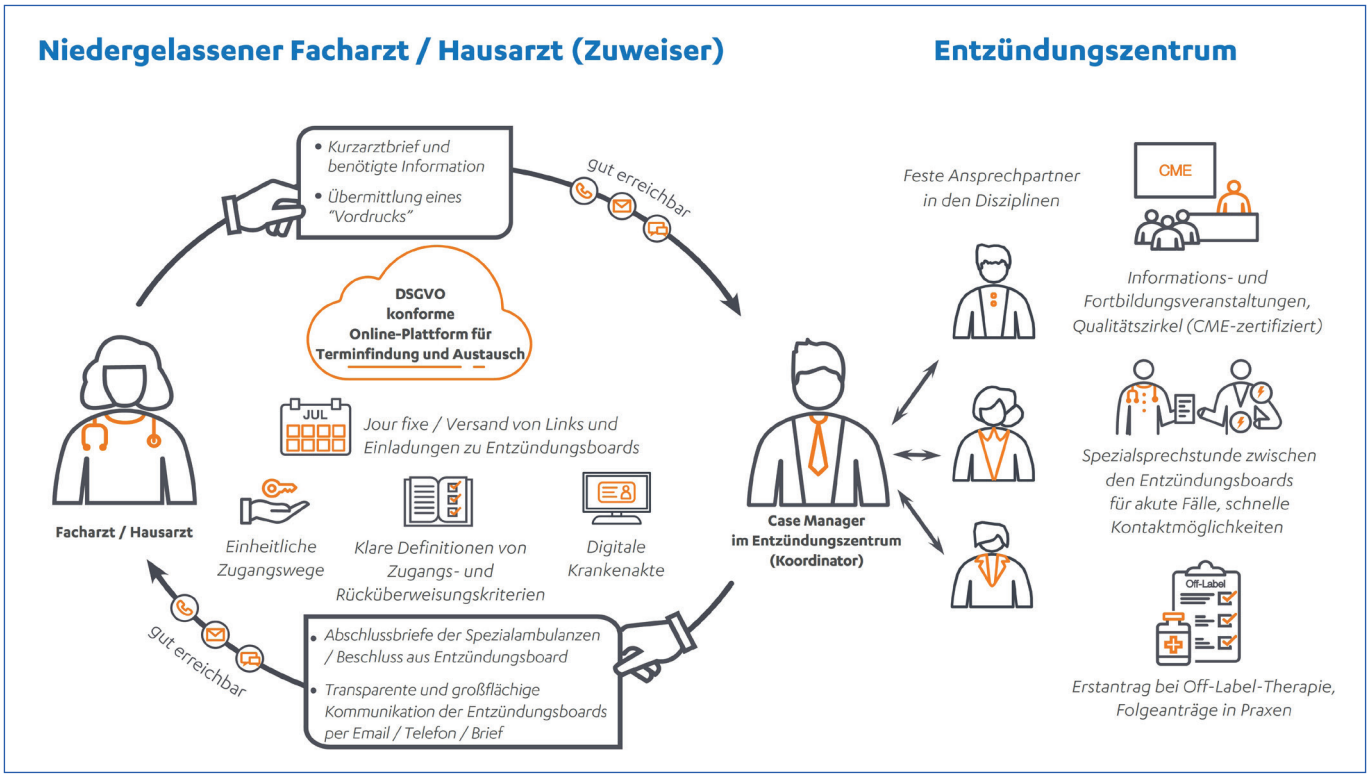


Abb. 6: Empfehlungen zur Optimierung der intersektoralen Zusammenarbeit.

liges Angebot für die Niedergelassenen vorzuhalten, steht im Idealfall sowohl ein Koordinator für die Organisation als auch ein ärztlicher Ansprechpartner im Entzündungszentrum bereit. Die Autoren gehen davon aus, dass insbesondere der Koordinator angesichts der rasanten Weiterentwicklung der Künstlichen Intelligenz künftig in vielen Punkten entlastet werden kann.

Ein von niedergelassenen Kollegen geäußertes Anliegen war, dass eine eventuell notwendige Off-Label-Behandlung in der Klinik begründet, begonnen und bei entsprechender Empfehlung in der Praxis lediglich fortzuführen ist. Dem können Entzündungszentren Rechnung tragen. Abhilfe geschaffen werden sollte umgekehrt auch dafür, dass es sich für Entzündungszentren in Einzelfällen als problematisch erweisen kann, eine Praxis zu finden, die bereit ist, schwierige Fälle weiter zu betreuen.

Ein mit der Überalterung zunehmendes Problem ist die Tatsache, dass es in vielen Regionen nicht genügend auf chronisch-entzündliche Erkrankungen spezialisierte Fachärzte gibt. Daher müssen Patienten unter Umständen lange auf einen Termin warten, wodurch

Literatur

1. Ellinghaus, D., Jostins, L., Spain, S. L., Cortes, A., Bethune, J., Han, B., Park, Y. R., Raychaudhuri, S., Pouget, J. G., Hübenthal, M., Folseraas, T., Wang, Y., Esko, T., Metspalu, A., Westra, H. J., Franke, L., Pers, T. H., Weersma, R. K., Collij, V., D'Amato, M., … Franke, A. (2016). Analysis of five chronic inflammatory diseases identifies 27 new associations and highlights disease-specific patterns at shared loci. Nature genetics, 48(5), 510–518. https://doi.org/10.1038/ng.3528
2. Ellinghaus, D., Ellinghaus, E., Nair, R. P., Stuart, P. E., Esko, T., Metspalu, A., Debrus, S., Raelson, J. V., Tejasvi, T., Belouchi, M., West, S. L., Barker, J. N., Kõks, S., Kingo, K., Balschun, T., Palmieri, O., Annese, V., Gieger, C., Wichmann, H. E., Kabesch, M., … Franke, A. (2012). Combined analysis of genome-wide association studies for Crohn disease and psoriasis identifies seven shared susceptibility loci. American journal of human genetics, 90(4), 636–647. https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2012.02.020
3. Meier, K., Schloegl, A., Poddubnyy, D., & Ghoreschi, K. (2020). Skin manifestations in spondyloarthritis. Therapeutic advances in musculoskeletal disease, 12, 1759720X20975915. https://doi.org/10.1177/1759720X20975915
4. Harbord, M., Annese, V., Vavricka, S. R., Allez, M., Barreiro-de Acosta, M., Boberg, K. M., Burisch, J., De Vos, M., De Vries, A. M., Dick, A. D., Juillerat, P., Karlsen, T. H., Koutroubakis, I., Lakatos, P. L., Orchard, T., Papay, P., Raine, T., Reinshagen, M., Thaci, D., Tilg, H., … European Crohn's and Colitis Organisation (2016). The First European Evidence-based Consensus on Extra-intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. Journal of Crohn's & colitis, 10(3), 239–254. https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjv213
5. Augustin, M., Spehr, C., Radtke, M. A., Boehncke, W. H., Luger, T., Mrowietz, U., Reusch, M., Strömer, K., Wozel, G., von Kiedrowski, R., Rustenbach, S. J., Purwins, S., & Reich, K. (2014). German psoriasis registry PsoBest: objectives, methodology and baseline data. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology : JDDG, 12(1), 48–57. https://doi.org/10.1111/ddg.12233
6. Gullick, N. J., & Scott, D. L. (2011). Co-morbidities in established rheumatoid arthritis. Best practice & research. Clinical rheumatology, 25(4), 469–483. https://doi.org/10.1016/j.berh.2011.10.009
7. Coates, L. C., FitzGerald, O., Helliwell, P. S., & Paul, C. (2016). Psoriasis, psoriatic arthritis, and rheumatoid arthritis: Is all inflammation the same?. Seminars in arthritis and rheumatism, 46(3), 291–304. https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.05.012
8. Kojanova, M., Fialova, J., Cetkovska, P., Gkalpakiotis, S., Jircikova, J., Dolezal, T., Arenberger, P., & BIOREP study group (2017). Characteristics and risk profile of psoriasis patients included in the Czech national registry BIOREP and a comparison with other registries. International journal of dermatology, 56(4), 428–434. https://doi.org/10.1111/ijd.13543
9. Argollo, M., Gilardi, D., Peyrin-Biroulet, C., Chabot, J. F., Peyrin-Biroulet, L., & Danese, S. (2019). Comorbidities in inflammatory bowel disease: a call for action. The lancet. Gastroenterology & hepatology, 4(8), 643–654. https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30173-6
10. Vadstrup, K., Alulis, S., Borsi, A., Jørgensen, T. R., Nielsen, A., Munkholm, P., & Qvist, N. (2020). Extraintestinal Manifestations and Other Comorbidities in Ulcerative Colitis and Crohn Disease: A Danish Nationwide Registry Study 2003-2016. Crohn's & colitis 360, 2(3), otaa070. https://doi.org/10.1093/crocol/otaa070.
11. Gerdes, S., Mrowietz, U., & Boehncke, W. H. (2016). Komorbidität bei Psoriasis vulgaris [Comorbidity in psoriasis]. Der Hautarzt; Zeitschrift fur Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete, 67(6), 438–444. https://doi.org/10.1007/s00105-016-3805-3
12. Russell, A. S., Gulliver, W. P., Irvine, E. J., Albani, S., & Dutz, J. P. (2011). Quality of life in patients with immune-mediated inflammatory diseases. The Journal of rheumatology. Supplement, 88, 7–19. https://doi.org/10.3899/jrheum.110899.
13. Olén, O., Askling, J., Sachs, M. C., Neovius, M., Smedby, K. E., Ekbom, A., & Ludvigsson, J. F. (2020). Mortality in adult-onset and elderly-onset IBD: a nationwide register-based cohort study 1964-2014. Gut, 69(3), 453–461. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2018-317572.
14. Riemekasten, G., Schmelz, R., Schäkel, K., Thaçi, D., Schreiber, S., Röcken, M., Bartz, H., Ploner, T., Liao, X., Weber, V., Manz, K. C., Burkhardt, H., & Leipe, J. (2023). Epidemiologische Daten und medizinische Versorgungssituation von Patienten mit chronischen Entzündungserkrankungen in Deutschland: Real-World-Evidenz zu Prävalenz, Erkrankungskombinationen, Versorgung [Epidemiological data and medical care situation of patients with chronic inflammatory diseases in Germany: Real-world evidence on prevalence, disease combinations, care]. Zeitschrift fur Rheumatologie, 10.1007/s00393-023-01459-7. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s00393-023-01459-7.
15. Leipe, J., Schmelz, R., Riemekasten, G., Thaçi, D., Henes, J., Schäkel, K., Pinter, A., Sticherling, M., Wegner, J., Fusco, S., Linke, M., Weber, V., Manz, K. C., Bartz, H., Roecken, M., Schmidt, S., & Hoyer, B. F. (2024). Chronische Entzündungserkrankungen in Deutschland : Eine Querschnittanalyse über Begleiterkrankungen und Arzneimitteleinsatz [Immune-mediated inflammatory diseases in Germany: A cross-sectional analysis of comorbidities and pharmacotherapy]. Zeitschrift fur Rheumatologie, 83(3), 200–209. https://doi.org/10.1007/s00393-022-01306-1.
16. Haibel, H., Blumenstein, I. (2023). Längsschnittanalyse von Psoriasis, rheumatoider Arthritis, Psoriasis-Arthritis, axialer Spondyloarthritis und chronischen Darmerkrankungen. Monitor Versorgungsforschung, 02, 71-78. http://doi.org/10.24945/MVF.02.23.1866-0533.2497.
17. Schreiber, S., Burkhardt, H., Schmelz, R., Thaçi, D, Riemekasten, G., Schäkel, K. (2022): Zentrenbildung: Chronische Entzündungen interdisziplinär behandeln. Deutsches Ärzteblatt, 199: A-1408/B-1179.
18. Knevel, R., & Hügle, T. (2022). E-health as a sine qua non for modern healthcare. RMD open, 8(2), e002401. https://doi.org/10.1136/rmdopen-2022-002401
19. Hügle, T., & Grek, V. (2023). Digital transformation of an academic hospital department: A case study on strategic planning using the balanced scorecard. PLOS digital health, 2(11), e0000385. https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000385
20. Mollard, E., & Michaud, K. (2020). Self-Management of Rheumatoid Arthritis: Mobile Applications. Current rheumatology reports, 23(1), 2. https://doi.org/10.1007/s11926-020-00968-7
21. Beauvais, C., Pham, T., Montagu, G., Gleizes, S., Madrisotti, F., Lafourcade, A., Vidal, C., Dervin, G., Baudard, P., Desouches, S., Tubach, F., Le Calvez, J., de Quatrebarbes, M., Lafarge, D., Grange, L., Alliot-Launois, F., Jeantet, H., Antignac, M., Tropé, S., Besset, L., … Therapeutic patient education group of the French Society of Rheumatology and Club Rhumatismes et Inflammations (2022). Development and real-life use assessment of a self-management smartphone application for patients with inflammatory arthritis. A user-centred step-by-step approach. PloS one, 17(9), e0272235. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272235

sich die Diagnose und Behandlung verzögern. Andererseits stellen sich immer wieder Patienten bei Fachärzten vor, die ebenso gut vom Hausarzt versorgt werden könnten.

Die Autoren halten es daher für unabdingbar, dass Hausärzte und bisher nicht auf die Erkrankungen spezialisierte Fachärzte, wie etwa bei rheumatologischen Erkrankungen die Orthopäden, besser in der Basisversorgung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen geschult sowie in die Betreuung der Betroffenen integriert werden sollen. Denkbar wäre hier z. B. ein Curriculum, das dazu führt, dass rechtzeitig eine Einordnung der Patienten in dringlich vs. nicht dringlich stattfindet, sodass gezielt Fälle mit speziellen Fragestellungen an die niedergelassenen Spezialisten überwiesen werden.

Letztere wiederum sollten sich bei Fragen zu Patienten mit komplizierten, komplexen Krankheitsbildern unkompliziert an ein Entzündungszentrum wenden können. Ebenso wie bei der Zusammenarbeit von Hausärzten und niedergelassenen Spezialisten sind dafür klare Definitionen von Zugangs- und Rücküberweisungskriterien vonn öten. Dabei sind regionale Besonderheiten und die sich zuspitzenden Versorgungsengpässe insbesondere im niedergelassenen Bereich zu berücksichtigen. Zudem müssen einheitliche Strukturen erarbeitet werden, wie die Nachbeobachtung der Patienten erfolgen und koordiniert werden soll.

Die Autoren regen zudem an, das medizinische Fachpersonal stärker in die Versorgung einzubeziehen. Hier ergibt sich eine gute Schnittstelle zu den Betroffenen, die so bereits im Vorfeld viele Fragen klären könnten.

Zudem müssen alle Entscheidungsträger aus der Politik, Krankenkassen und Rentenversicherung dafür sensibilisiert werden, nicht nur die direkten, sondern auch die indirekten Kosten zu berücksichtigen. Aus sozioökonomischer Sicht (weniger Krankheitstage, weniger Fehlzeiten, weniger Krankenhausaufenthalte, weniger Folgeerkrankungen etc.) lohnen sich die Systemtherapien mit innovativen, wenn auch teuren Medikamenten, wie z. B. Biologika. Obwohl sie effektiv und wirtschaftlich sind, werden sie vielfach aber noch immer zu spät oder gar nicht verordnet.

Einen breiten Raum in der gemeinsamen Diskussion, wie die Versorgungsstruktur optimiert werden kann, nahm auch die Verabschiedung von Kommunikationsaufgaben und -inhalten ein sowie die Frage, welche Materialien zur Verfügung gestellt werden sollten

Supplement

Wortlaut der Formulierungen in der Abfrage

Konsens der Fachärzte aus den Zentren sowie der Niedergelassenen. Die zu beachtenden Punkte wurden in 5 Untergruppen gegliedert und jeweils die für diese Gruppe als besonders relevant erachteten Aspekte berücksichtigt:

1. Optimierte Kommunikationsorganisation

- Feste Ansprechpartner in Zentren
- Erreichbarkeit der Niedergelassenen ist wichtig
- Einheitliche Zugangswege schaffen (sowohl intra- als auch intersektoral)
- Jour fixe zu Zeiten, die für beide Seiten passen
- Links und Einladungen zu Entzündungsboards werden teils schon an die Niedergelassenen gesendet (erhöhen)
- Spezialsprechstunde zwischen den Entzündungsboards für akute Fälle –> schnelle Kontaktmöglichkeiten

2. Optimierte Kommunikationsinhalte

- Klare Definitionen von Zugangs- und Rücküberweisungskriterien
- Transparentere und großflächigere Kommunikation der Entzündungsboards über klassische Kanäle: online/telefonisch/Papier
- Informations- und Fortbildungsveranstaltungen, Qualitätszirkel (CME) –> Aufklärung ist wichtig
- Bei Off-Label-Therapie: Erstantrag sollte auf jeden Fall von den Zentren gestellt werden. Folgeanträge in Praxen

3. Materialien

- Fragebögen/Checklisten
- Übermittlung eines „Vordrucks“ (z. B. per Fax) an Zentren (inkl. Angabe Kontakt für Rückruf/-frage)
- Zuverlässige Abschlussbriefe der Spezialambulanzen oder spez. Berichte aus Entzündungsboard (mind. 1x pro Quartal)
- Patient sollte Kurzarztbrief/benötigte Informationen zum Austausch mitbringen

4. Digitale Lösungen

- DSGVO-konforme Onlineplattform zur Terminfindung und Austausch zwischen Entzündungszentren und Niedergelassenen –> Informationen zum Patienten + Rücküberweisung und Nachbetreuung (z. B. Silio)

5. Optimierung der Versorgungsstruktur

- Digitale Krankenakte
- Case Manager
- Besondere Logistik notwendig (z. B. Indira)

und welche digitalen Lösungen möglich sind. Hier wurde u.a. herausgestrichen, wie wichtig es ist, dass der Patient die benötigten Informationen zum Austausch mitbringt und welche Vorteile die digitale Krankenakte bringen kann. Für eine bessere und leichtere Zusammenarbeit empfehlen die Autoren, Lösungen für die digitalen Schnittstellen zwischen den Praxen und den Entzündungszentren zu erarbeiten, sodass deren Soft- und Hardware kompatibel sind, bzw. sich entsprechend abzusprechen (weiterführende Literatur siehe Literaturangaben 18–21).

Insgesamt hat sich bestätigt, wie wichtig der gemeinsame Austausch und die Vernetzung von niedergelassenen und in den Entzündungszentren tätigen Fachärzten ist. In mehreren Webkonferenzen wurden Aspekte herausgearbeitet, die als besonders wichtig für eine optimierte intersektorale Zusammenarbeit erachtet wurden. Im nächsten Schritt geht es nun darum, die zusammengestellten Empfehlungen, soweit es geht, umzusetzen. Dabei sind alle Kollegen gefordert.

Die Autoren sind daher für Anregungen und Rückmeldung der Leser dankbar. <<

Inflammation medicine: Optimized intersectoral collaboration as a key factor

The healthcare landscape for patients with chronic inflammatory diseases in Germany appears to be very heterogeneous, also in terms of intersectoral care. There are major differences in interdisciplinary cooperation, particularly in terms of structure and organization. Uniform standards and obligatory quality criteria, as demanded by and for the inflammation centers, are also lacking in the ambulatory practice sector. In individual interviews and web conferences with specialists from inflammation centers and practising specialists from the fields of dermatology, rheumatology and gastroenterology, recommendations were developed on how intersectoral collaboration could be optimized. In particular, the results confirm the experience that an uncomplicated exchange between specialists working in inflammation centers and those working as resident doctors is essential. A defined contact person in the inflammation centers and standardized access routes were clearly number one on the list of recommendations for action.

Keywords

Chronic inflammatory diseases, inflammation centres, collaboration, intersectoral, health services research

Danksagung

Für die redaktionelle Unterstützung bedanken wir uns bei Dr. M. Vogt von der dk Life Science GmbH. Diese Tätigkeit wurde von J&J Innovative Medicine honoriert.

Autorenerklärung

Die Autor:innen erhalten u.a. von Johnson & Johnson Vortrags- und Beratungshonorare. Die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse im vorliegenden Artikel erfolgte unentgeltlich.

Zitationshinweis

Rech, J., Thaçi, D.: „Entzündungsmedizin: Optimierte intersektorale Zusammenarbeit als ein Schlüsselfaktor“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/25), S. 72–79. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2695

Priv.-Doz. Dr. med. Jürgen Rech ORCID: 0000-0002-2569-2029

ist Mitgründer und ständiges Mitglied des Entzündungsboards des Deutschen Zentrums Immuntherapie, Uniklinik Erlangen. Er ist als Oberarzt an der Medizinischen Klinik 3 – Rheumatologie und Immunologie des Uniklinikums Erlangen tätig. Dort leitet er die Spezialsprechstunden „Autoinflammation – AOSD, FMF, Gicht“ sowie „Transition“ und ist Sprecher des Zentrums für Periodische Systemische Autoinflammatorische Erkrankungen. Kontakt: Juergen.Rech@uk-erlangen.de



Prof. Dr. med. Diamant Thaçi ORCID: 0000-0001-8513-550X

ist Direktor und ordentlicher Universitätsprofessor am Institut für Entzündungsmedizin der Universität zu Lübeck. In der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie leitet er die Sektion für entzündliche Erkrankungen. Er ist Vorsitzender des Entzündungsboards und leitet das Exzellenzzentrum am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. Darüber hinaus ist er als Studienleiter und nationaler und internationaler Forschungsleiter tätig. Kontakt: Diamant.Thaci@uksh.de

