

KRANKENGYMNASTIK / ERGOTHERAPIE / PSYCHOLOGIE

## Stütze für Rheumatiker

**Chancen zur Linderung des Leidens werden zuwenig genutzt / Von Annette Bopp**

ANNETTE BOPP

Die chronische Polyarthrititis (cP) gehört immer noch zu den Krankheiten, bei denen Ärzte den Betroffenen wenig Hoffnung machen können. Das Leiden beginnt ohne Vorwarnung, - besteht lebenslang und ist nicht heilbar: Große und kleine Gelenke, an der Hüfte oder den Händen, werden schmerzhaft angegriffen, manchen Kranken droht früher oder später sogar ein Leben im Rollstuhl.

Dennoch: Es gibt viele Möglichkeiten, eine rheumatoide Arthritis - so der moderne Fachbegriff für die cP - zu behandeln. Medikamente können die Entzündungsschübe verzögern und Schmerzen dämpfen. Mit Krankengymnastik sollen die Gelenke beweglich bleiben. Ergotherapeuten konstruieren gelenkschützende Schienen und andere raffinierte technische Hilfsmittel, mit denen selbst kraftlose Hände Wasserhähne aufdrehen, Haare bürsten, Fenster öffnen oder Brot schneiden können.

Daß nur wenige Rheuma-Patienten in den Genuß solcher Unterstützung kommen, hat eine vom Bundesforschungsministerium (BMFT) geförderte Studie über die „Wohnortnahe Versorgung von Rheumakranken“ festgestellt. In fachrheumatologischer Behandlung sind die wenigsten, die meisten suchen beim Hausarzt Rat und Hilfe, der damit oft überfordert ist. Denn in Physiotherapie und Rehabilitation kennen sich Allgemeinärzte kaum aus. Erst seit zehn Jahren können sich Internisten und Orthopäden überhaupt für das Fachgebiet Rheumatologie in einer zweijährigen Zusatzausbildung qualifizieren. Nur vier spezielle Lehrstühle für Rheumatologie gibt es bislang in der Bundesrepublik, ansonsten wird das Krankheitsbild „Rheuma“ im großen Bereich der Inneren Medizin mitgelehrt. Dies, obwohl die Krankheiten des rheumatischen Formenkreises zu den häufigsten gehören, die einem Allgemeinarzt in der täglichen Praxis begegnen.

Die vom BMFT 1983 gestarteten Modellprojekte in Hannover, Schleswig-Holstein, Rosenheim (Bayern), Unna und Emmerich (beide Nordrhein-Westfalen) sollten beispielhaft prüfen, ob ein verstärktes Angebot an ergänzenden Maßnahmen wie Krankengymnastik, Ergotherapie und psychologisches Schmerzbewältigungstraining sich positiv auf den Krankheitsverlauf auswirkt. Ende 1990 ist die Förderung durch das Ministerium ausgelaufen, und so zogen die Beteiligten vor kurzem in Bonn im Rahmen einer Tagung Bilanz über das in siebenjähriger Arbeit Erreichte.

Das Ergebnis ist nicht dramatisch, aber respektabel. „Wir konnten zeigen, daß sich mit einem verbesserten therapeutischen Angebot die rheumatoide Arthritis innerhalb von mehreren Jahren zumindest nicht verschlimmert“,

stellte Hans-Heinrich Raspe, Sozialmediziner an der Universität Lübeck, fest. „Das ist viel, wenn man bedenkt, daß eine cP progressiv verläuft, sich also ständig verschlimmert, und in diesem Zeitraum oft erhebliche Einschränkungen in der Gelenkfunktion und Beweglichkeit nach sich zieht.“ Die Patienten in den Modellversuchen litten seltener unter depressiven Verstimmungen und klagten weniger über Schmerzen. Auch zeigte sich ein milderer Krankheitsverlauf.

Allerdings hat sich - verglichen mit anderen cP- Kranken - die Funktionskapazität der Gelenke nicht wesentlich gebessert. Zwar fiel es den Modell-Patienten im ersten Jahr der zusätzlichen Behandlung leichter, den Alltag zu bewältigen, vor allem, wenn ihr Arzt eng mit Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Psychologen zusammenarbeitete. Nach fünf Jahren klagten jedoch alle Betroffenen über fortschreitende Beweglichkeitsdefizite, wenngleich diese weniger ausgeprägt waren als bei anderen cP-Patienten.

„Wir hatten eigentlich erwartet, daß die Unterschiede bei den psychischen und sozialen Folgen und bei der Krankheitsbewältigung drastischer ausfallen würden“, meint Angela Zink von der Berliner Gesellschaft für Systemforschung, „aber ich glaube, das ist eben nur ein Aspekt, der cP- Kranke beschäftigt. Wer schon jahrelang mit immer wieder entzündeten Gelenken und eingeschränkter Beweglichkeit lebt, darf keine einschneidenden Veränderungen erwarten. Ein verbessertes Angebot schärft zudem auch das Problembewußtsein und erhöht die Erwartungen dermaßen, daß die Ergebnisse manchmal dahinter zurückbleiben müssen.“

Hinsichtlich der Kosten schnitt die Modell- Gruppe erstaunlich gut ab. Was für die zusätzlichen Behandlungen mehr ausgegeben wurde, konnte durch kürzere Krankenhausaufenthalte eingespart werden. Das gesteigerte Angebot hat die Kassen also nicht nennenswert belastet, zumal die Patienten die Zusatz-Therapien vor allem in den ersten drei Jahren in Anspruch nehmen, später können sie das Gelernte selbst anwenden oder brauchen ergotherapeutische und psychologische Hilfen seltener.

Um die Modellprojekte nach Auslaufen der staatlichen Förderung nicht versanden zu lassen, hatte das BMFT über die normalerweise fünfjährige Laufzeit hinaus eine zweijährige Verlängerung bewilligt, um die Modell-Angebote in die normale Gesundheitsversorgung zu integrieren. Das ist nicht überall gelungen. Speziell im Landkreis Rosenheim gab es dabei Probleme, während Schleswig-Holstein dank des beispielhaften Engagements der beteiligten Ärzte und Therapeuten sowie des Landesverbandes der Deutschen Rheumaliga als „Musterlände“ für die flächendeckende Versorgung Rheumakrankter gelten kann. Dort wurde eine „Mobile Ergotherapie“ etabliert, die die Patienten zu Hause berät und betreut, was besonders vorteilhaft ist, weil die Therapeuten die Verhältnisse vor Ort beurteilen und beeinflussen können und den cP-Kranken die oft umständliche Anreise in eine Praxis oder Klinik schwerfällt oder ganz unmöglich ist. Auch die anderen Modellprojekte konnten weitgehend dauerhaft im Gesundheitswesen verankert werden.

Es komme vor allem darauf an, die Eigeninitiative der Patienten zu fördern, „denn der Arzt ist weniger Heiler als Helfer“, meint Hans-Heinrich Raspe. „Die Betroffenen müssen lernen, selbst die Verantwortung für sich und ihren Zustand zu übernehmen, und sie müssen das Vertrauen in ihren Körper, das sie durch die Krankheit verloren haben, wiedergewinnen. Wir können chronische Leiden nicht wie einen Feind bekämpfen, den es zu schlagen gilt, denn dieser Feind ist mit unseren Mitteln unschlagbar.“ Die Krankheit lässt sich allerdings recht gut in Schach halten, wenn alle an einem Strang ziehen: Patienten und Ärzte mit Physiotherapeuten und Psychologen. Vielleicht ist dies das wichtigste Ergebnis der Modellversuche.

In den neuen Bundesländern könnte auf die Erfahrung der dort vorhandenen „Rheuma-Dispensairs“ zurückgegriffen werden. Dort gibt es nämlich bereits das, was die Modellversuche im Westen mit viel Mühe und Kosten aufgebaut haben, nämlich ein flächendeckendes, interdisziplinäres Versorgungssystem. Die Dispensairs sind eine Art Spezial-Ambulanzen, meist an eine Poliklinik angegliedert, in denen Rheumatologen und Fürsorgerinnen zusammenarbeiten. Trotz der im Einigungsvertrag festgelegten fünfjährigen Übergangszeit befinden sich viele dieser Dispensairs bereits in Auflösung. Die Autorin hat einen Ratgeber für Rheumakranke geschrieben („Beweglich bleiben“, Verlag Kiepenheuer & Witsch, 19,80 Mark).