

Zentrenbildung

Chronische Entzündungen interdisziplinär behandeln

Stefan Schreiber, Harald Burkhardt, Renate Schmelz, Diamant Thaçi,
Gabriela Riemekasten, Knut Schäkel

Zentrenbildung

Chronische Entzündungen interdisziplinär behandeln

Chronisch-entzündliche Erkrankungen betreffen in der Regel mehr als nur ein Organsystem. Für Diagnostik und Therapie sind daher Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachbereiche gefragt. In Entzündungszentren können die dafür erforderlichen Strukturen geschaffen werden.

Interdisziplinäres Entzündungsboard: Komplexe Erkrankungen erfordern unterschiedliche Expertisen, die in einem Zentrum gebündelt werden können.



Foto: Exzellenzcluster Entzündungsforschung

Chronisch-entzündliche Erkrankungen beeinflussen Gesundheit, Lebensqualität und Lebenserwartung der Betroffenen langfristig negativ. Dazu tragen eine verzögerte Diagnose, Nebenwirkungen der Therapie, aber auch eine unvollständig kontrollierte Entzündung bei. Steigende Inzidenzen und Prävalenzen in den letzten Jahrzehnten sowie die chronische Krankheitslast fordern die Leistungsfähigkeit und Ressourcen der konservativen Medizin in den westlichen Industrieländern heraus (*Grafik*) (2–5). Auch in den Schwellenländern zeichnet sich eine solche Entwicklung mit Verzögerung ab.

Zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, dass solche chronischen Entzündungsprozesse sowohl zu direkten Schäden und Funktionsdefiziten an den Zielorganen/-strukturen führen als auch metabolische

und vaskuläre Folgeerkrankungen begünstigen. Daher wächst die Bereitschaft, entsprechende Ressourcen in optimierte Versorgungskonzepte zu investieren.

Chronisch-entzündliche Erkrankungen werden anhand ihrer primären Organmanifestation klassifiziert und zunächst den darauf spezialisierten Fachdisziplinen zugeordnet. In der Regel handelt es sich jedoch um Systemerkrankungen mit überlappendem genetischen Hintergrund und insbesondere sehr ähnlichen Pathophysiologien (6–8). Sich überschneidende Krankheitsmanifestationen und assoziierte Komorbiditäten mit ähnlichen Risikoprofilen sind häufig und erfordern ein interdisziplinäres Vorgehen (9–15). Somit ist es nicht überraschend, dass gezielte Therapien in mehreren Indikationen ähnlich effizient sind. Daher wurden diese Erkrankungen auch als „im-

mune mediated inflammatory diseases“ (IMID) zusammengefasst (16).

In den letzten Jahrzehnten entstanden fächerübergreifend organisierte Zentren für Krebskrankheiten. Hier werden technologische und organspezifische Expertisen gebündelt, Behandlungen standardisiert und fortlaufend optimiert. Interdisziplinäre Tumorboards und Tumorkonferenzen sowie vernetzte Ressourcen haben die Qualität und damit auch das Therapieansprechen verbessert. Ein dreistufiges Zertifizierungsprogramm sichert die notwendigen Standards in onkologischen (Spitzen- und) Organkrebszentren.

Tumorzentren als Vorbild

Dieser Artikel greift Konzepte aus der Onkologie auf und evaluiert sie bezüglich ihrer Anwendbarkeit auf strukturelle Überlegungen in der Entzündungsmedizin. Zentrale Vo-

raussetzung ist, dass Überlegungen zu Qualitäts- und Effizienzverbesserungen bestehende Leistungsträger nicht ausschließen. Zunächst erfolgte eine nationale Bestandsaufnahme von entzündungsmedizinischen Zentren, die eine Gruppe interdisziplinär agierender Akteure identifizierte. Dies schloss eine umfassende Literaturrecherche und Interviews ein. In mehreren Abstimmungsrunden wurde dann das Modell eines interdisziplinären Entzündungszentrums beschrieben. Dies basierte auf persönlichen Erfahrungen, zu erreichenden Qualitätsmerkmalen und Erkenntnissen aus den wenigen in diesem Bereich publizierten Originalarbeiten.

Ein wesentliches Ziel einer Arbeitsgruppe, die von den Beteiligten an den Entzündungszentren in Deutschland gebildet wurde, ist es, die Anforderungen an Entzündungszentren zu standardisieren, um flächendeckend eine hochwertige Versorgung von Patienten mit komplexen chronisch-entzündlichen Erkrankungen sicherzustellen.

Istzustand der Versorgung

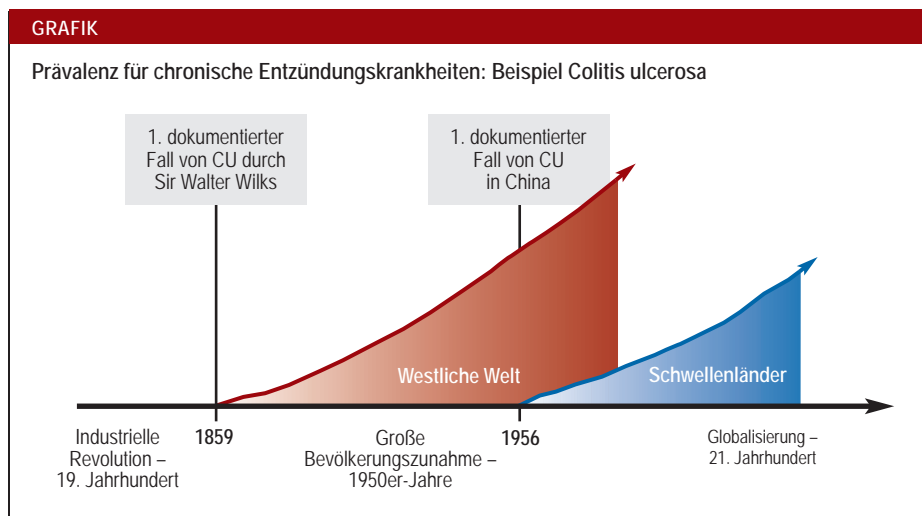
Komplexe chronisch-entzündliche Krankheitsbilder erfordern häufig eine intensive interdisziplinäre Behandlung. Das betrifft etwa Psoriasis und Psoriasis-Arthritis, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, axiale Spondyloarthritis, rheumatoide Arthritis, Kollagenosen und Vaskulitiden. Darüber hinaus benötigen Fachdisziplinen wie die Ophthalmologie (entzündliche Augenerkrankungen, insbesondere Uveitis), die Neurologie (zerebrale Vaskulitis, Autoimmunenzephalitis, Multiple Sklerose) und die Pneumologie (zum Beispiel interstitielle Lungenerkrankungen) einen gezielten interdisziplinären Austausch. Komplexe organübergreifende Krankheitsbilder lassen sich bei Manifestation oft nicht eindeutig einer einzelnen Fachdisziplin zuordnen. Erschwerend kommt hinzu, dass sich bestimmte Symptome in anderen Organsystemen erst im Verlauf einer Erkrankung manifestieren. Dies verzögert die Diagnose und vor allem eine konsequente Therapie nicht selten über Monate bis Jahre.

Die meisten der in den untersuchten Entzündungszentren behandelten Patienten benötigen interdisziplinäre diagnostische und therapeutische Ansätze. Oft bestehen komplexe Verläufe, die individuelle Therapieentscheidungen erfordern. Die bestehenden Strukturen und Frequenzen der Therapiekonferenzen unterscheiden sich in den mehr als 10 Entzündungszentren in Deutschland teilweise erheblich.

Das angebotene Leistungsspektrum eines Entzündungszentrums ist breit. Es umfasst Differenzialdiagnostik, Management von Komorbiditäten, Therapieentscheidung und Abklärung von Nebenwirkungen. In den Entzündungsboards erfolgt die Vorstellung in der Regel analog zu den Tumorerkrankungen mit der Präsentation des „Falls“ vor

gen. Darüber hinaus können zum einen offene Fragen mit den Patienten geklärt werden. Dies ist besonders für die Dermatologie als visuelle und taktile Fachdisziplin von Vorteil, aber auch für die Beurteilung komplexer rheumatologischer Krankheitsbilder relevant. Zum anderen können sich die Patienten aktiv an der Therapieentscheidung beteiligen. So können individuelle Präferenzen und Situationen im Sinne eines „shared decision making“ berücksichtigt werden. Der partizipative Ansatz kann damit Gesundheitskompetenz und Adhärenz der Patienten positiv beeinflussen.

In allen den Autoren bekannten Zentren sind die Fachdisziplinen Dermatologie und Rheumatologie regelhaft involviert, etwas seltener die Gastroenterologie. Andere



Prävalenz für chronische Entzündungskrankheiten: Allein in China werden bis 2025 bis zu 1 Million Patienten mit Colitis ulcerosa (CU) erwartet (1). Ähnliche Trends sind in unterschiedlichem Ausmaß für weitere Erkrankungen berichtet worden (2-5).

lokal unterschiedlicher Fachzusammensetzung in Abwesenheit der Betroffenen. Es besteht die Möglichkeit, Fälle kurzfristig einzubringen und zeitnah diagnostische und therapeutische Entscheidungen zu fällen. Die Fallvorstellung (extern oder intern) erfolgt in der Regel durch Fachleute wie Sektionsleiter, Oberärzte oder zumindest Gebietsfachärzte für das klinisch führende Manifestationsorgan.

Dagegen nehmen die Patienten an den interdisziplinären Sprechstunden teil. Meist sind 2 oder mehr Fachdisziplinen beteiligt. Das ermöglicht sofortige Diagnosestellungen und Therapieentscheidun-

Fachdisziplinen sind, je nach Standort, in unterschiedlichem Maße, insgesamt aber eher selten, beteiligt. Bei Bedarf nehmen an Boardsitzungen Kollegen aus Ophthalmologie, Neurologie, Pneumologie und Immunologie problemorientiert beziehungsweise, falls es der Fall erfordert, regelhaft teil.

Koordination und Organisation unterscheiden sich zwischen den Zentren. Am häufigsten ist die Rheumatologie für die Organisation verantwortlich, gefolgt von der Dermatologie. Federführend ist dabei meist das ärztliche Personal. In einigen Zentren sind die Pflege und administrative Strukturen aus den

beteiligten Fächern zusammengeführt und der ärztlichen Gesamtleitung unterstellt.

An den Entscheidungsprozessen in den interdisziplinären Entzündungszentren sind in der Regel sowohl interne als auch externe Ärzte beteiligt. Von extern zugewiesene Patienten, die vor Ort vorgestellt werden sollen, kommen meist über die Hochschulambulanzen, sofern nicht fachspezifische Versorgungsmodelle existieren. Eine standardisierte Auswahl der Patienten vor Zuweisung findet derzeit nicht statt.

In den meisten Fällen besteht das Ziel, dass die Patienten zurücküberwiesen oder extern weiterbehandelt werden. Zwar wird durchgehend gewünscht, dass die Patienten nachverfolgt werden. Dies erfolgt in der Regel jedoch nur bei Behandlungskomplikationen durch die Zentren selbst.

Idealzustand der Versorgung

Für den Idealzustand von Entzündungszentren wurde in einem Diskussions- und Abstimmungsprozess in der Arbeitsgruppe deutscher Entzündungszentren eine Reihe von Leitgedanken formuliert, die formal auf Konsensfähigkeit abgestimmt wurden. Im Vordergrund stand der Wunsch nach einer optimalen Versorgung von Patienten mit komplexen Erkrankungen durch 2 zuvor als übergreifend wichtig identifizierte Strukturmerkmale:

- Hochqualitativ zusammengesetzte Interdisziplinarität
- Einbettung der Entzündungszentren in eine sektorenübergreifende Versorgung

Die konsentierten Diskussionsergebnisse zum Idealzustand der Versorgung spiegeln jeweils die Meinung von $\geq 80\%$ der Arbeitsgruppenmitglieder wider. Sie beinhalten Definitionen von Zentrumsstruktur und ihrer Organisation, über Kriterien für die Patientenauswahl bis hin zur Zuweisung und Nachverfolgung, das heißt, sie beschreiben Qualitätsmerkmale, die ein Entzündungszentrum auszeichnen sollen (*Kästen*, Konsens $\geq 80\%$). Folgende Aspekte wurden als besonders wichtig erachtet:

Struktur und Organisation

Wie sollte ein Entzündungszentrum strukturiert sein?

- Vorhandensein eines Entzündungsboards und interdisziplinärer Sprechstunden.
- Fachdisziplinen Rheumatologie, Dermatologie und Gastroenterologie sollten regelmäßig vertreten sein.
- Die Teilnahme weiterer Fachbereiche ist wichtig und explizit erwünscht.

Wie sollte die fachliche Koordination der interdisziplinären Zusammenarbeit erfolgen?

- Der fachliche Koordinator sollte ein interdisziplinär erfahrener Facharzt aus einer der am Entzündungszentrum beteiligten Fachdisziplinen sein.

Wie sollte die Dokumentation erfolgen?

- Die Dokumentation sollte über ein elektronisches Informationssystem, auf das alle beteiligten Fachdisziplinen – idealerweise auch der Weiterbehandler/Zuweisender – zugreifen können, erfolgen.

Wie sollte die ideale Zusammensetzung des Entzündungsboards sein?

- Das regelmäßig stattfindende Entzündungsboard sollte sich aus einem Kernteam aus Dermatologie, Rheumatologie und Gastroenterologie zusammensetzen.
- Fallabhängig müssen weitere Fachdisziplinen vertreten sein, zum Beispiel Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Hämatologie, Infektiologie, Nephrologie, Neurologie, Ophthalmologie, Orthopädie, Pädiatrie, Pneumologie, Radiologie.
- Alle Entscheidungsträger müssen mindestens Facharztniveau haben.

Wie häufig sollte das Entzündungsboard stattfinden?

- Das Entzündungsboard sollte mindestens einmal im Monat zentrumsabhängig (je nach Struktur und Größe) und bedarfsorientiert (je nach Komplexität und Schweregrad der Erkrankungen, Dringlichkeit und Zahl der Fälle) stattfinden.
- Kontinuität und verbindliche Termine sind wichtig!

Wie sollte die Zusammensetzung der interdisziplinären Sprechstunde sein?

- Die interdisziplinäre Sprechstunde sollte sich aus mindestens 2 Fachdisziplinen zusammensetzen oder fallabhängig zusammengesetzt sein.

Wie häufig sollte die interdisziplinäre Sprechstunde stattfinden?

- Die interdisziplinäre Sprechstunde sollte mindestens einmal im Monat stattfinden – abhängig von der Schwere und Komplexität der Erkrankungen, dem Patientenaufkommen und den Kapazitäten des Zentrums (Zentrumsgröße und -struktur).

Wie sollten die räumlichen Gegebenheiten sein?

- In einem Entzündungszentrum müssen die beteiligten Fachdisziplinen in einer gemeinsamen Organisationseinheit geführt werden, mit den Kerndisziplinen in räumlicher Nähe (idealerweise in einem Gebäude).

● Ein Facharzt soll für die notwendige Vorselektion von Patienten verantwortlich sein. Die indikationsgerechte Selektion ist von zentraler Bedeutung. Damit soll gewährleistet werden, dass die vorgestellten Patienten und Zuweiser optimal profitieren.

● Die Fachdisziplinen Rheumatologie, Dermatologie und Gastroenterologie müssen in den Entzündungszentren vorhanden sein. Sie weisen die meisten interdisziplinär zu behandelnden Patienten auf. Andere Fachdisziplinen, deren Kompetenz für ein erfolgreiches Entzündungszentrum ebenfalls essenziell ist, sind willkommen.

● Die „räumliche Nähe“ der vertretenen Fachdisziplinen ist ein wesentliches Strukturkriterium. Dafür spricht, dass sie die interdisziplinäre Versorgung der Patienten und die notwendigen Interaktionen erleichtert. Trotz verfügbarer alternativer virtueller Lösungen, ist der persönliche Austausch im interdisziplinären Konsil, ebenso wie in der Patientenkommunikation, nicht adäquat ersetzbar. Virtuelle Konferenztechniken bieten aber zusätzliche Optionen, unter anderem um externe Experten in Boardmeetings hinzuzuziehen. In diesem Kontext wurden auch die Bedeutung der Organisation und Finanzierung des Zentrums unter einer Trägerschaft mit Verantwortung für die finanzielle und personelle Ausstattung, die Bereitstellung einer gemeinsamen Infrastruktur (elektronische Dokumentation, Qualitätsmanagement et cetera) und die besseren Möglichkeiten der Realisierung interdisziplinärer wissenschaftlicher Aktivitäten hervorgehoben. Ein allein auf virtuell interdisziplinär kooperierenden Expertengruppen beruhendes Fachgremium ist kein Entzündungszentrum.

● Eine wissenschaftliche Auswertung ist essenzieller Bestandteil und wird als Qualitätskriterium eines Entzündungszentrums gefordert. Die aktive Teilnahme an klinischen Studien wurde als verbindliches Mindestqualitätskriterium für den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn aufgenommen. Bei therapierefraktären und komplexen Erkrankungen soll so der frühestmögliche

Zugang zu innovativen Therapien gewährleistet werden. Ein Konsens zu weiter notwendigen Begleitforschungen ließ sich nicht erzielen.

Im interdisziplinären Dialog lassen sich organübergreifende Entzündungskrankheiten besser verstehen und behandeln (6, 7). Jede üblicherweise durch andere Disziplinen behandelte Organmanifestation stellt den Behandelnden vor eine fachspezifische Herausforderung. Daher ist die jeweilige Organexpertise unabdingbar. Entzündungserkrankungen wirken sich systemisch vielfältig aus. Denn Entzündungen können unmittelbar über den Krankheitsprozess zu metabolischen, vaskulären und anderen Komorbiditäten führen (17, 18).

Inter- statt monodisziplinär

Moderne Biologika und Inhibitoren einzelner Entzündungskaskaden haben die Morbidität und den mitunter lebensbedrohlichen Verlauf chronisch-entzündlicher Erkrankungen erheblich positiv beeinflusst. So hat sich die Zahl von Krankenschreibungen, Krankenhausaufenthalten und Frühberentungen deutlich verringert (19). Allerdings wirken moderne Therapieverfahren im Verlauf chronisch-entzündlicher Erkrankungen mit langer Krankheitsdauer unterschiedlich gut (20). Eine effektive Krankheitskontrolle lässt sich daher in vielen Fällen nicht erreichen. Demgegenüber stehen ständig wachsende Ausgaben für solche Therapien. Diese lagen bereits 2019 im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) bei 5,7 Milliarden Euro mit Steigerungsraten von bis zu 10 % in den Folgejahren (21).

Neben dem häufig systemischen Charakter der Erkrankungen sind Ätiologie und Pathophysiologie zwischen einzelnen Patienten hochvariabel. Daher sind interdisziplinär rationale therapeutische Lösungen zu entwickeln und diese im Sinne einer individuellen Präzisionsmedizin qualitätskontrolliert zu implementieren. Die Voraussetzungen für diesen Prozess können nicht alleine auf Ebene der therapeutischen Anwendung definiert werden. Sie müssen die Therapieergebnisse auch nutzen, um Wissen generieren und damit Handlungspfade fortlaufend

Qualitätskriterien

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

optimieren zu können. Nur so können die gegenwärtig – trotz des Einsatzes teurer, gezielter Therapien – niedrigen Krankheitskontrollraten (mit Ausnahme der Psoriasis) stringent optimiert werden. Vor allem muss auch die Therapiesequenz kritisch überprüft und unter Umständen individuell definiert werden.

Die Analyse der aktuellen Entzündungszentren und der lokalen Versorgungsrealität ergibt erwartungsgemäß ein heterogenes Bild. Das betrifft gewachsene Strukturen, Organisation, Patientenselektion und die Organisation der klinischen Nachverfolgung. Die formulierten Kriterien für ein optimal strukturiertes Entzündungszentrum greifen Punkte auf, die in den bestehenden Entzündungszentren aufgrund der lokalen Gegebenheiten und Ziele bisher uneinheitlich umgesetzt wurden. Besonders die systematische Nachbeobachtung der Patienten, auch im Sinne der Versorgungsforschung, wurde als wichtiger Aspekt identifiziert.

Ähnlichkeiten der dargestellten Überlegungen zur Strukturierung der Krebsmedizin sind offensichtlich. Einige entzündliche Erkrankungen weisen bei ausbleibender oder insuffizienter Behandlung teilweise eine ähnlich hohe Mortalität wie Tumorerkrankungen auf. Diese

ist allerdings auch auf assoziierte Komorbiditäten, insbesondere kardiovaskuläre Ereignisse und Infektionen, aber auch auf Komplikationen der Erkrankungen und deren Manifestationen zurückzuführen (22, 23). Anders als bei Entzündungszentren wurde die Bündelung der fachlichen Kompetenz in Tumorzentren, Boards und Konferenzen mittlerweile in den Nationalen Krebsplan des Bundesministeriums für Gesundheit und in klinische Leitlinien aufgenommen (24, 25). Vorbild für die Etablierung von Entzündungszentren ist deshalb die erfolgreiche Institutionalisierung von Tumorzentren. Dabei kann auf Erfahrungen bezüglich Zertifizierung, Qualitätskontrolle, Minimalstandards und nicht zuletzt auf Konzepte zur Finanzierung und Zertifizierung zurückgegriffen werden.

Demgegenüber muss auch in der Entzündungsmedizin eine breite Versorgung gewährleistet werden, die die Zentren nicht leisten können. Somit schließt die Zentrenbildung andere Leistungsebenen nicht aus. In der Vergangenheit wurden besonders an Universitätskliniken mit einem klinischen Schwerpunkt im Bereich der Entzündungsmedizin effiziente Strukturen für eine wirksame interdisziplinäre Behandlung mit hoch qualifizierten und engagierten Mitarbeitern etabliert. Es erscheint notwendig, Mechanismen zu definieren, um die vorhandenen Erfahrungen zu teilen und die notwendigen Grundlagen für die erfolgreiche Etablierung von Strukturen auch im außeruniversitären, versorgenden Bereich zu definieren.

Interdisziplinarität mit Potenzial

Patienten müssen in der Routineversorgung hierzulande gegenwärtig lange Wege bis zur finalen Diagnose und Therapieentscheidung gehen. Seltene monogene oder erworbene Immundefizienz- oder Immundysregulationssyndrome weisen mitunter einen sehr variablen Phänotyp auf und sind schwer zu diagnostizieren. Fehlerhafte Diagnosen und lange Wartezeiten können so eine optimale Versorgung verhindern. Damit erhöht sich das Risiko irre-

versibler Schäden an Organstrukturen. Entzündungszentren müssen dieser Problematik entgegenwirken. In interdisziplinär aufgestellten Strukturen, wie Entzündungsboards oder interdisziplinären Sprechstunden, begutachten unterschiedliche Fachdisziplinen gleichzeitig die Krankheitsbilder. Dadurch können Diagnose sowie Therapieentscheidung vergleichsweise zeitnah sowie zielgerecht erfolgen und die Patientenwege zum Teil deutlich verkürzt werden. Gerade chronisch Erkrankte könnten von einer Behandlung in interdisziplinären Entzündungszentren besonders profitieren. Die enge interdisziplinäre Interaktion sichert insbesondere indikationsübergreifende Therapieansätze qualitativ in der Beurteilung von Nebenwirkungsrisiken und Wirkungspotenzialen ab. Es ist davon auszugehen, dass Entzündungszentren sowohl die intra- als auch die intersektorale Versorgung von systemischen chronisch-entzündlichen Erkrankungen nachhaltig in Bezug auf Diagnose,

kürzere Behandlungswege und höhere Behandlungserfolge optimieren. Die zeitnahe und zielgerechte Versorgung könnte zudem langfristig Kosten für Krankenkassen und das Gesundheitssystem sparen. Entzündungszentren sollen die sektorenübergreifende Kooperation, insbesondere im niedergelassenen allgemein- und fachärztlichen Bereich, stärken und die meist langjährige Betreuung der Patienten erleichtern. Durch den intensiven Austausch zwischen den Fachdisziplinen findet zudem eine fachübergreifende Weiterbildung der Behandler, aber auch von Assistenzärzten sowie Studierenden statt. Zudem könnten Entzündungszentren durch die regelmäßige Einbindung niedergelassener Kollegen zu Kristallisationspunkten der intersektoralen Fortbildung werden.

Eine Zentrenbildung in der Entzündungsmedizin ist ein Ansatz, um Qualitätsstandards zu erhöhen und die interdisziplinäre Interaktion zu fördern. Entsprechend der Biologie der Erkrankung besteht die Not-

wendigkeit eines systemmedizinischen Ansatzes. Dieser muss klar über einzelne Indikationen oder Organdefinitionen hinausgehen, aber auch auf individueller Ebene in eine moderne Präzisionsmedizin mit auf den Einzelnen anzupassenden Therapiekonzepten heruntergebrochen werden (26, 27).

Prof. Dr. med. Stefan Schreiber, Klinik für Innere Medizin I und Institut für Klinische Molekularbiologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Prof. Dr. med. Harald Burkhardt, Medizinische Klinik 2, Abteilung für Rheumatologie, Universitätsklinikum Frankfurt

Dr. med. Renate Schmelz, Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum Dresden

Prof. Dr. med. Diamant Thaçi, Institut für Entzündungsmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Prof. Dr. med. Gabriela Riemekasten, Klinikum für Rheumatologie und klinische Immunologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Prof. Dr. med. Knut Schäkel, Hautklinik und Interdisziplinäres Zentrum für chronisch-entzündliche Erkrankungen, Universitätsklinikum Heidelberg

In Vertretung der Arbeitsgruppe: Initiative deutscher Entzündungszentren

Selektion und Fluss der Patienten

Welche Kriterien sollten die Patienten erfüllen, die im Entzündungszentrum gesehen/besprochen werden?

- Patienten mit
 - einer interdisziplinären Fragestellung
 - und einem schweren/komplexen Verlauf
 - und/oder einer komplexen Therapie.

Wie sollte der Patient in das Entzündungszentrum kommen?

- Es sollte eine Vorselektion durch den niedergelassenen Sektor und/oder Klinikintern erfolgen.
- Die Vorselektion im niedergelassenen Sektor sollte durch einen Facharzt erfolgen, der sich mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen beschäftigt und beim Patienten ein interdisziplinäres Problem sieht, das er mit seiner Fachexpertise nicht lösen kann.

Wo sollte der Patient weiterbehandelt werden? Wie sollte die Rücküberweisung erfolgen? Wie können Rückfragen vom Weiterbehandler (zum Beispiel mögliche Komplikationen) adressiert werden?

- Es sollte eine zeitnahe Mit- und Weiterbehandlung durch den Zuweiser erfolgen. Bei instabilen, unklaren oder therapierefraktären Patienten sollte die weitere Versorgung im Entzündungszentrum erfolgen.
- Bei der Rücküberweisung sollten die Empfehlungen/Entscheidungen/Ergebnisse in einem elektronischen Informationssystem hinterlegt sowie klare schriftliche Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie an die Weiterbehandler formuliert werden.
- Bei Rückfragen sollten erfolgen:
 - eine Abklärung über die Ambulanz (per Mail oder telefonisch) oder
 - eine Wiedervorstellung in der Abteilung, die für die Behandlung zuständig war, oder
 - eine Wiedervorlage/-vorstellung im Entzündungsboard oder in der interdisziplinären Sprechstunde.

Wie sollte die Nachverfolgung gestaltet werden?

- Für die Qualitätssicherung und/oder mögliche wissenschaftliche Analysen sollten alle Patienten strukturiert erfasst und systematisch nachverfolgt werden.

Interessenkonflikte: S. Schreiber gibt an, Beraterhonorare von Abbvie, Janssen, Galapagos, MSD, Pfizer, BMS, Lilly und Theravance erhalten zu haben. H. Burkhardt gibt an, Berater- und Vortragshonorare sowie Kongressgebühr-, Reise- und Forschungsunterstützung von Abbvie, BMS, Janssen, Pfizer, MSD, Chugai, Gilead, Roche, UCB, Sanofi, Lilly und Novartis erhalten zu haben. R. Schmelz gibt an, Beraterhonorare von Janssen erhalten zu haben. D. Thaçi gibt an, Beraterhonorare von Abbvie, Almirall, Biogen-Idex, BMS, Celgene, Dignity, Galapagos, Leo Pharma, Novartis, Sanofi, Pfizer, Eli-Lilly, Regeneron, Boehringer-Ingelheim, GSK, Maruho, Janssen und Amgen erhalten zu haben. G. Riemekasten gibt an, Beraterhonorare von Abbvie und Janssen erhalten zu haben. K. Schäkel gibt an, Berater- und Vortragshonorare sowie Kongressgebühr-, Reise- und Forschungsunterstützung von Abbvie, Boehringer-Ingelheim, Celgene, Janssen, Novartis, Almirall, Amgen, Biogen, BMS, Chugai, Galderma, Leo Pharma, Eli-Lilly, MSD, Miltenyi Biotec, MorphoSys, Pfizer, Polichem, Regeneron und UCB erhalten zu haben.

Die redaktionelle Mitarbeit von Dr. med. Monika Vogt, Dorothea Küsters Life Science Communications GmbH, wurde durch das DFG geförderte Projekt EXC 2167 sowie von der Janssen-Cilag GmbH unterstützt. Letztere stellte auch Reiseumstände, Tagungsräume sowie digitale Kommunikationswerkzeuge unentgeltlich zur Verfügung. Dazu gehörten Mittel für 23 strukturierte Telefoninterviews, die das IGES Institut, Berlin, durchgeführt und ausgewertet hat.

Der Beitrag unterliegt keinem Peer Review.

Literatur und Mitglieder der Arbeitsgruppe im Internet: www.aerzteblatt.de/lit3322 oder über QR-Code.



100119566