Der Aktionsplan Rheuma und „Zukunft Rheumatologie“ kämpfen für eine bessere Versorgung

Dringend gesucht: 700 Rheumatologen

Es klingt recht positiv: Die Zahl der niedergelassenen internistischen Rheumatologen ist kontinuierlich angestiegen. Auch die Zeiten, bis Neubetroffene in fachärztliche Versorgung kommen, sind gesunken. Und mit durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten von knapp 21 Prozent hat sich dieser Arzneimittelmarkt der Basistherapeutika zur Therapie der rheumatoiden Arthritis seit 2004 mehr als verdoppelt, was auf eine inzwischen wohl etwas leitlinien-kongruentere Arzneimittelverorgung als früher hindeutet. Damit gab es in der Zeit, seitdem die Deutsche Rheuma-Liga vor nunmehr vier Jahren ihren ersten nationalen Aktionsplan Rheuma veröffentlicht hat, durchaus einige Verbesserungen; doch eben auch Rückschritte vornehmlich im Abbau von Lehrstühlen für Rheumatologie, der ärztlichen Honorierung und der Hilfsmittelversorgung, weshalb in der gerade erschienenen Neuauflage des Aktionsplans 2009 eher ein besorgniserregendes Bild der Rheumaversorgung gezeichnet wird.

>> „Die großen Fortschritte, die es besonders bei der medikamentösen Behandlung der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen gegeben hat, kommen bei vielen Betroffenen nicht an“, konstatiert Prof. Dr. med. Erika Gromnica-Ihle, die Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, im Vorwort zum neuen Aktionsplan. Eine Erklärung dafür liefert die Betrachtung der Pro-Kopf-Umsätze mit Basistherapeutika auf Basis von rund 3.800 regionalen Zellen zum Ort der Verordnung (s. S. 13), denn nach Erkenntnissen von INSIGHT Health gibt es eine deutliche regionale Konzentration der Verordnungsumsätze, die regional zwischen wenigen Cent und nahezu 700 Euro schwanken.

Es fehlen schlichtweg Ärzte

Dabei entfallen die hohen Pro-Kopf-Umsätze je Einwohner überwiegend auf die Zentren der deutschen Großstädte und demnach auf Orte, an denen die (fach)ärztliche Versorgung tendenziell zum einen ausreichend ist, wo aber zum anderen rheumatologische Schwerpunktpraxen bzw. Experten auch Patienten aus dem nahen Umland betreuen. Den Spitzenreitern in der Verordnung (Berlin, Freiburg und Mannheim) stehen aber nahezu 83 Prozent aller Regionalzellen gegenüber, in denen DMARDs im Wert von weniger als acht Euro je Bürger verordnet werden. Das ist im Prinzip der handfeste Beweis dafür, dass die in diesen Regionen medikamentös therapierten Patienten hier vermutlich weniger leicht Zugang zu innovativen Arzneimitteln erhalten als anderswo. Das liegt jedoch nun nicht per se an der Region, eine Ausnahme macht das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern, in dem einige rheumatlogische Schwerpunktzentren - allen voran Greifswald - für eine punktgenaue Massierung der Arzneimittelverordnung (s. S. 12 Chart rechts) sorgen, sondern die regionale Ungleichverteilung von Ärzten und Fachärzten. „Allein für die Versorgung der erwachsenen Patienten ergibt sich laut der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie ein Bedarf von mindestens 1.300 Rheumatologen“, rechnete Dr. Edmund Edelmann, der erste Vorsitzende des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen, kürzlich auf einer Pressekonferenz zur „Zukunft Rheumatologie“ in Berlin vor. Anders herum gesagt fehlen allerdings 700 Rheumatologen in der ambulanten Versorgung, denn es gibt nun mal zur Zeit weniger als 600 praktizierende Rheumatologen - doch die sitzen nun einmal eben vornehmlich in den Städten.

Da der Berufsverband es als eine seiner Aufgaben ansieht, dieser Situation aktiv entgegenzuwirken, unterstützt Edelmann das Projekt „Weiterbildungsassistenz“, mit dem die Zugangsbarriere zur Facharztweiterbildung herabgesetzt werden soll. Bei diesem Programm können sich Ärzte für die Zeit ihrer Weiterbildung für ein monatliches Stipendium in Höhe von 2.000 Euro für maximal zwei Jahre bewerben. Das Geld dafür kommt von Wyeth BioPharma, das jährlich rund fünf Ärzten diese Unterstützung gewähren will. Ein durchaus überschaubarer Invest, wenn man bedenkt, dass Wyeth der größte Anbieter von Rheumamedikamenten („Enbrel“, „Lantarel“) ist. Dies ist jedoch weniger dem Marketing, sondern mehr dem Wirkstoff geschuldet: Ende des letzten Jahres wurden für den Enbrel-Wirkstoff „Etanercept“ auf dem „American Congress of Rheumatology“ in San Francisco erstmals Zehn-Jahres-Daten präsentiert. Diese zeigten, dass die klinische Wirksamkeit des Biologicals auch bei langfristiger Anwendung nicht nachlässt und auch auf lange Sicht keine zusätzlichen Nebenwirkungen auftreten. Und dies wirkt sich natürlich auf die stetige Erweiterung der Zulassungen und damit auf den zu erwartenden Umsatz aus.



Junge Ärzte heranführen

Doch Wyeth ist nicht nur in der „Weiterbildungsassistenz“ engagiert. Wesentlich früher setzt das Projekt „Fritz-Hartmann-Akademie“ an, eine ebenfalls von dem Unternehmen unterstützte Einrichtung des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Hannover e.V. (RKRH). Da im Studium Medizinstudenten mit der Rheumatologie kaum in Berührung kommen - was als ein wesentlicher Grund angesehen wird, weshalb nur wenige Studierende später den Beruf des Rheumatologen einschlagen, - bietet die Akademie Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch zwischen Studenten, Assistenzärzten und erfahrenen Rheumatologen aus Wissenschaft und Praxis an.

Das ist sicher auch ganz im Sinne des Namensgebers Professor Dr. Fritz Hartmann (1920 bis 2006), der als der erste Rektor der Medizinischen Hochschule Hannover entscheidend dazu beitrug, dass die Rheumatologie in Deutschland den Vergleich mit anderen klinischen Fächern längst nicht mehr scheuen muss und universitäre Rheuma-Institute

und Kliniken international an der Spitze in Grundlagenforschung und klinischer Entwicklung stehen. In der neuen Akademie können sich nun Medizinstudenten „ein Bild vom spannenden und zukunftsträchtigen Berufsfeld Rheumatologie machen“, wie Dr. Inge Ehlebracht-König vom Rehazentrum Bad Eilsen, die Vertreterin des RK-RH, meint. Denn das erklärte Ziel sei es, bereits Studierende für das Fach zu begeistern und hierdurch die Weiterbildung zum Rheumatologen zu fördern.

Da im Zeitraum seit der Auflage des letzten Aktionsplans Lehrstühle für Rheumatologie abgebaut worden sind, könnte dieser Plan aufgehen, wenn mehr junge Studierende für die Rheumatologie gewonnen werden können, die dann ja eigentlich (fast) nur in der Primär- und Sekundärversorgung tätig sein könnten, wenn sie es denn wollten.

EBM 2009 wirkt konträr

Und wenn es denn das Problem der sich ändernden ärztlichen Honorierung nicht gäbe, gegen die auch der Hausärzteverband (s. S. 22) agiert. Mit dem neuen EBM 2009 wurden zum einen Zusatzpauschalen für rheumatologische Indikationen und das Assessment sowie verschiedene regionale Sondervereinbarungen in fast allen KVen gekündigt. Zum anderen aber neue Fallwerte formuliert, die unterhalb des Durchschnitts der bisherigen Leistungserbringung dieser ärztlichen Fachgruppe angesiedelt ist.

So beträgt der Fallwert im ersten Quartal dieses Jahres für internistische Rheumatologen im Schnitt nur mehr zwischen 33 bis 40 Euro, wodurch Ärzte Honorareinbrüche in den alten Bundesländern von 10 bis 40 Prozent hinnehmen müssen. Anders dagegen in Berlin und Thüringen, wo der Fallwert mit 49 beziehungsweise 59 Euro noch etwas höher liegt. Edelmann: „Ein Betrag von 40 Euro deckt gerade noch das ärztliche Gespräch und die Untersuchung bei einem Patienten mit einer entzündlichen Rheumaform ab.“ Rheumatologische Leistungen für Diagnostik und Therapie würden dagegen gar nicht mehr vergütet, was die Gelenksonographie, die Duplex- und Dopplersonographie, die diagnostische Gelenkpunktion, aber auch Injektionen oder Infusionen von weniger als zwei Stunden Dauer inkl. Betreuung betrifft. „Auch das rheumatologische Assessment als Garant für eine qualitätsorientierte Versorgung wird mit Fallwerten um 40 Euro nicht mehr vergütet“, sagt Edelmann, denn die Fallwerte gelten ja für ein Quartal.

Bei dreimaliger Behandlung eines chronischen Schmerzpatienten bleiben einem Rheumatologen damit gerade einmal 11 bis 13 Euro pro Monat, wobei allerdings die normale Behandlungszeit eines Patienten in einer rheumatologischen Praxis im Durchschnitt 20 Minuten dauert. Edelmanns Fazit: „Das entspricht bei dreimaliger Behandlung im Quartal einem Stundensatz von 33 Euro für die erbrachten ärztlichen Leistungen.“ Eine Kostendeckung sei bei dieser Vergütungshöhe nicht mehr zu er-

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) zur ärztlichen Unterversorgung von Patienten mit rheumatischen Krankheiten

„Nur circa ein Drittel angemessen versorgt“



Copyright: DGRh, Fotograf: Arne Sattler

Prof. Dr. Ekkehard Genth, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V., Berlin

>> Die spezialisierte Versorgung von Patienten mit rheumatischen Krankheiten durch Rheumatologen ist ein wesentlicher Bestandteil einer wirksamen und effizienten Betreuung. Um die Lebensqualität zu erhalten und gravierende Krankheitsfolgen zu verhindern, sind eine frühe Erkennung rheumatischer Symptome, die Frühdiagnose und rechtzeitige Therapie entscheidend. Ohne diese Maßnahmen führt die Erkrankung zu bleibenden muskuloskelettalen Schäden, Begleiterkrankungen, verkürzter Lebenserwartung und Einschränkungen der sozialen Teilhabe.

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) veröffentlichte im Juni 2008 ein Memorandum zur Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland. Darin analysierten Wissenschaftler und Ärzte verschiedener Fachdisziplinen die aktuelle Versorgungssituation und stellten erhebliche Defizite in den verschiedenen Bereichen fest. Diese betreffen in erster Linie die Anzahl und Verteilung von Rheumatologen in Deutschland. Sie bezieht sich aber auch auf die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von primär- und fachärztlicher ambulanter Versorgung, stationärer Krankenhausbehandlung, Rehabilitation und anderen komplementären Versorgungsformen im Rahmen einer kontinuierlichen Langzeitbetreuung von chronisch Rheumakranken.

Nach den versorgungsepidemiologischen Daten ist der Bedarf an internistischen Rheumatologen mit circa 700 von 1.350 erforderlichen Spezialisten nur zur Hälfte gedeckt. Besonders spürbar ist dies außerhalb der Ballungszentren und in Form langer Wartezeiten. Während die Autoren des Memorandums im Bereich Krankenhausversorgung von ausreichenden Kapazitäten ausgehen, beziffern sie, dass nur circa ein Drittel der chronisch rheumakranken Patienten eine angemessene rehabilitative Versorgung erhält. Die Versorgung mit Krankengymnastik und Ergotherapie ist gemessen an den funktionellen Einschränkungen ebenso defizitär.

Die fachärztliche Mitbehandlung erfolgt trotz vieler Verbesserungen in den letzten Jahren häufig zu spät - bei einem Großteil der Patienten mit rheumatoider Arthritis erst nach sechs bis zwölf Monaten, bei Patienten mit Morbus Bechterew oft erst nach mehreren Jahren. Vielerorts wird versucht, dem entgegen zu wirken - durch Frühdiagnose-Sprechstunden, Informationskampagnen für Patienten und entsprechende Fortbildung primärversorgender Hausärzte oder Orthopäden.

Das Memorandum der DGRh hat eine Vielzahl von Maßnahmen vorgeschlagen, um die Situation der universitären Ausbildung, der rheumatologischen Weiterbildung und die Strukturprobleme rheumatologischer Versorgung zu verbessern und eine qualitativ und quantitativ ausreichende Versorgung sicher zu stellen. Diese Forderungen sind absolut dringlich, weil sich die Repräsentanz der Rheumatologie an den Universitäten und die Situation der ambulanten Versorgung unter den derzeitigen gesundheitspolitischen Bedingungen sonst weiter verschlechtern werden.

von: Prof. Dr. med. Ekkehard Genth
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V., Berlin

Das Memorandum mit der ausführlichen Berichterstattung zur Versorgungssituation Rheumakranker in Deutschland finden Sie hier: http://dgrh.de/memorandum.html

warten, geschweige denn ein angemessenes Arzthonorar, das wiederum junge Ärzte dazu verleiten könnte, diesen Beruf (wie alle anderen Arten von beratungsaktiven Tätigkeiten) zu ergreifen.

Wenn man nun hinzurechnet, dass sich die Lebenssituation rheumakranker Menschen durch die aktuellen Auswirkungen des GKV-WSG auch nicht gerade verbessert hat, könnte man zu dem Schluss kommen, dass sich die Versorgungsprobleme nicht verbessert haben und angesichts den EBM 2009 auch nicht werden. Denn auch die Neuregelung der Hilfsmittelversorgung führt zu Qualitätseinbußen und Kostensteigerungen bei den Betroffenen. Insbesondere schränken - so der Aktionsplan Rheuma - die neuen Vorschriften die individuelle Anpassung und die Wahlfreiheit der Betroffenen bei der Auswahl der Hilfsmittel stark ein. Rheumakranke sind aber in der Regel auf individuell angepasste Hilfsmittel angewiesen. Wie bisher werden außerdem die Hilfsmittel des täglichen Bedarfs nicht von den Krankenkassen erstattet.

Der Aktionsplan Rheuma benennt denn auch die erforderlichen Schritte, die getan werden müssen, um die Versorgungsqualität deutlich zu verbessern. Dazu gehört eben u.a. die Zahl der niedergelassenen Rheumatologen zu erhöhen. Doch wie, sagt der Plan nicht. <<

Pro frühen Therapieeinsatz

Eine Auswertung des „Enbrel"-Registers zur polyartikulären Juvenilen Idiopathischen Arthritis von Professor Dr. G. Horneff - vorgestellt auf der 17. Jahrestagung Pädiatrische Infektiologie 2009 („Einsatz von Biologicals in der Kinder- und Jugendrheumatologie") - zeigt, dass der TNF-Alpha-Rezeptor Etanercept („Enbrel") bei Kindern und Jugendlichen zunehmend häufiger und früher eingesetzt wird. Dies wirke sich positiv auf den Behandlungserfolg aus: Je früher mit der Therapie begonnen wird, umso schneller und häufiger erreichen JIA-Patienten eine bis zu 70-prozentige Verbesserung der Symptome und Krankheitsaktivität.

Prof. Dr. med. Erika Gromnica-Ihle/Deutsche Rheuma-Liga im Interview mit MVF:

„Es gibt keine Versorgungsgerechtigkeit"



Prof. Dr. med. Erika Gromnica-Ihle ist Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, aber ebenso Internistin/Rheumatologin/Hämostaseologin in der Rheuma-Praxis Villa am Krankenhaus Maria Heimsuchung in Berlin

>> Worauf führen Sie hauptsächlich die im eben vorgelegten Aktionsplan Rheuma gerügte sehr späte Erstdiagnose zurück? Warum wird nicht „rechtzeitig" überwiesen?

Wir wissen aus zahlreichen Studien der letzten Jahre, dass z.B. bei der Rheumatoiden Arthritis bereits in den ersten Monaten nach Krankheitsbeginn eine Gelenkzerstörung eintritt, die meist irreversibel ist. Diese Gelenkzerstörung geht mit Schmerzen und Funktionseinschränkung einher. Eine krankheitsmodifizierende Therapie ist also unbedingt vor Entstehung der Gelenkschäden zu beginnen, das heißt innerhalb einer Zeitspanne von drei Monaten nach Symptombeginn. Leider ist dieser „Paradigmenwechsel" in der Rheumatologie noch nicht allgemein bei den Primärärzten bekannt.

Das sind Wissensdefizite, die sicher nicht nur mit ungenügender Weiterbildung oder mangelnde Leitlinienwissen zu tun haben, oder?

Die „rheumatologische Wissensvermittlung" kommt in unserem Lande sowohl in der Aus- als auch in der Weiterbildung viel zu kurz. Es gibt Universitäten, an denen die Rheumatologie nicht oder nur in untergeordneter Funktion vertreten ist. Im Durchschnitt sieht ein Medizinstudent drei bis fünf Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen während des Studiums. Das ist absolut zu wenig sowohl für eine Wissensvermittlung als auch für das Wecken von Interesse für das rheumatologische Fachgebiet. In vielen Großkliniken fehlen rheumatologische Abteilungen oder die Kooperation mit benachbarten Rheumakliniken, so dass auch die Weiterbildung der jungen Ärzte in der Rheumatologie schlechter ist als in anderen Spezialgebieten der Inneren Medizin.

Womit wir beim Ärztemangel in der Primärversorgung sind.

Diese Situation hat zu einem Rheumatologenmangel geführt. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie hat in ihrem aktuellen Memorandum einen internistischen Rheumatologen auf 50.000 Erwachsene gefordert, das wird nicht einmal in Ballungsgebieten erreicht. Derzeit stehen je nach Bundesland zwischen 0,29 und 0,72 internistische Rheumatologen pro 50.000 Erwachsene zur Verfügung. Das ist ebenso keine Versorgungsgerechtigkeit. Die Wartezeiten auf einen Termin beim Rheumatologen sind daher häufig zu lang und die Anfahrtswege in ländlichen Regionen zu weit. Aus diesem Grunde wurden von vielen rheumatologischen Zentren ebenso wie von niedergelassenen Rheumatologen „Frühsprechstunden" eingerichtet. Hier kann bei Vorliegen bestimmter Diagnosemerkmale wie mehr als zwei geschwollenen Gelenken oder Morgensteifigkeit innerhalb von 14 Tagen ein Termin beim Rheumatologen vereinbart werden, um so schnell zu einer Diagnose zu kommen und umgehend eine effiziente Therapie einzuleiten. Ohne Frühsprechstunden oder direkten telefonischen Kontakt zwischen Hausarzt und Rheumatologen ist eine rechtzeitige Therapie wegen des gravierenden Rheumatologenmangels in Deutschland gar nicht möglich. Hausarztschulungsprogramme und das Definieren der Schnittstelle zwischen Haus- und Facharzt sind von der Deutschen Rheuma-Liga als Programm „Gute Versorgung von Anfang an" mit initiiert worden. Zu Lehrzwecken werden hierbei auch besonders geschulte Betroffene bei der Hausärztefortbildung eingesetzt.

Gibt es Schlüsselsignale?

Prinzipiell gilt das Gleiche auch für den Morbus Bechterew. Hier ist der entzündliche Rückenschmerz ein wichtiges Kriterium, welches zur Überweisung zum Rheumatologen führen sollte. Auch hier werden sehr viele Schulungen der Hausärzte durchgeführt, zum Beispiel in der Rheumatologischen Fortbildungsakademie.

Kann ein falscher Honoraranreiz der Ärzte mit Schuld an dieser Unterversorgung sein? Was erwarten Sie von qualitiveren Ansätzen des EBM 2009, die aber erst 2010 ff. eingeführt werden?