Nur 31 % der Rheuma-Patienten werden leitlinienkongruent behandelt!

Unterversorgung mit Arzneimitteln

Wenn Unterversorgung für die Primärversorgung gilt, gilt diese auch den Arzneimittelbereich, wie Prof. Dr. Dr. med. Reinhard Rychlik in seinem Gutachten zur „Unterversorgung mit Arzneimitteln in Deutschland" konstatierte, das er bereits im Jahr 2007 im Auftrag des Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA) erstellt hatte.

>> Das Fazit des Gutachtens: Trotz eines ethischen Anspruchs haben in den letzten Jahren verschiedene Untersuchungen gezeigt, dass in Deutschland in vielen Bereichen eine Unterversorgung herrscht. So auch im Bereich des rheumatischen Formenkreises.

Aufgrund fortlaufender Eingriffe durch neue Gesetze und damit verbundener zahlreicher Änderungen, u.a. in der Abrechnungspraxis im ambulanten wie stationären Bereich, durch die sich auch die Verordnungspraxis geändert haben dürfte, ist für Rychlik eine aktuelle Betrachtung der Versorgungssituation in Deutschland indiziert. Doch leider lägen nur in den wenigsten medizinischen Versorgungsbereichen umfassende Daten aus Versorgungsforschungsstudien vor.

Da jedoch entsprechende Studien zeit- und kostenintensiv sind, untersuchte Rychlik im Rahmen seines Gutachtens die aktuelle Versorgung mit Arzneimitteln in Deutschland auch nur ausgehend von den aktuellen Verbrauchszahlen. Dazu führte er einen „Soll-Ist-Vergleich" durch, der die Anzahl der Erkrankten den adäquat Behandelten gegenüberstellte, wobei die jeweils zugrunde gelegte Soll-Therapie den aktuellen Leitlinien der jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaft entspricht. Nach seinen Erkenntnissen werden im Bereich der rheumatoiden Arthritis nur 31 % der Patienten leitliniengkongruent mit Arzneimitteln behandelt, wobei lediglich 6 % innovative Arzneimittel erhalten.

Da jedoch der Vergleich verschiedener Leitlinien zum gleichen medizinischen Thema durchaus erhebliche Abweichungen in den Empfehlungen aufzeigt, empfahl Rychlik eine „weitergehende Validierung" seiner Erkenntnisse. Für diese böten sich zum einen die Verwendung von Daten der KVen, zum anderen die Verwendung von Kassen-Daten an. Diese seien jedoch - dies ist auch als Aufforderung an die Politik zu verstehen - nicht zugänglich und könnten nur im Rahmen einer Kooperation mit Kassen oder KVen genutzt werden. Man muss es halt mal anregen! <<

Zurzeit spielt die Honorardiskussion eine sehr große Rolle. Viele niedergelassene Rheumatologen beklagen eine völlig unzureichende Honorierung und damit Qualitätsverluste in der Betreuung der Rheumatiker. Weitere Praxisschließungen wären für die rheumatologische Betreuung eine Katastrophe.

Wie stehen sie denn zu Hausarztverträgen, erwarten Sie hier eine Besserung?

Die bisherigen Hausarztverträge stellen aus unserer Sicht keine Verbesserung der Situation in Aussicht. Einige Verträge zur integrierten Versorgung haben gute Ansätze gebracht, z.B. einen Vertrag zwischen der AOK und Hausärzten sowie Rheumatologen in Berlin, der speziell auf die rasche Überweisung zielt. Das Problem von Verträgen nach § 140 und 73c SGB V ist immer, dass sie im Rahmen des Kassenwettbewerbs nicht von anderen Krankenkassen übernommen werden.

Grundsätzlich sollten jedoch alle Honoraranreize so gestaltet sein, dass eine qualitativ hochwertige Betreuung der Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen gewährleistet ist, denn neben dem persönlichen Leid der Rheumatiker bedingt die Erkrankung erhebliche Kosten für die gesamte Gesellschaft.

<< Weitere Praxisschließungen wären eine Katastrophe >>

Wie könnte denn eine koordinierte Versorgung unter Berücksichtigung aller Sektoren aussehen?

Eine koordinierte Versorgung entzündlicher Rheumatiker am Beispiel der Diagnose Rheumatoide Arthritis sieht für mich so aus: Der Internistische Rheumatologe koordiniert die Behandlung des Kranken. Er beginnt nach Diagnosestellung mit der Basistherapie, die notwendigen Kontrollen führt der Hausarzt durch, der durch Qualitätszirkel oder andere Schulungsmaßnahmen kundig und sensibilisiert ist, um eine Gefährdung durch entzündliches Rheuma zu erkennen. Ein Netzwerk, bestehend aus Rheuma-Orthopäden, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, evtl. auch Schmerztherapeuten, Sozialarbeitern, Orthopädie-Technikern, Oecotrophologen ist im Bedarfsfall in die Behandlung einbezogen, so dass alle notwendigen Maßnahmen koordiniert erfolgen können. Die Einleitung entsprechender Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt problemlos und in Abhängigkeit von der Diagnose und dem Funktionszustand des Kranken. Unabdingbar sind auch die Herstellung des Kontaktes zur Selbsthilfe, der Deutschen Rheuma-Liga, und die direkte Einbeziehung der Selbsthilfe in das bestehende Netzwerk. Ein solches Netzwerk ist im ambulanten Bereich nur sehr selten vorhanden. Und es ist gerade in ländlichen Regionen überhaupt nicht oder nur schwer zu realisieren. Insofern besteht für Rheumatiker aus meiner Sicht keine Versorgungsgerechtigkeit. Auch vorhandene Verträge zur integrierten Versorgung berücksichtigen die genannten komplexen Erfordernisse sehr unterschiedlich. Zum Teil werden lediglich einige wenige Versorgungsmaßnahmen einbezogen, die Einspareffekte versprechen.

Zeichnet sich eine Verbesserung der Versorgung ab, seitdem Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten im M-RSA enthalten sind?

Bisher ist die Zeit noch viel zu kurz, um hierzu eine belastbare Antwort geben zu können. Theoretisch wird der RSA dazu beitragen können, dass rasch eine Diagnose, unter Einbeziehung des Rheumatologen, gestellt wird.

Wie lautet ihre Zentralforderung, der Sie ja mit dem neu aufgelegten Aktionsplan Rheuma sicher auch zusätzliches Gewicht verschaffen wollen??

Die Forderung der Deutschen Rheuma-Liga lautet: Koordinierte Versorgung der Rheumatiker als Regelfall über die sektoralen Grenzen der Leistungserbringer hinweg.

Das Gespräch führte MVF-ChR. Peter Stegmaier