

Der Versorgungsnotstand rheumakranker Menschen

Dr. Helmut Sörensen



Diagnose „Rheuma“

Über 4 Millionen deutsche Bürger leiden an einer von über 100 verschiedenen Erkrankungen, ca. 150.000 allein in Berlin, davon ca. ein Drittel an schweren entzündlich-chronischen Erkrankungsformen. Die Betreuung erfolgt in mehr als 50 Prozent der Fälle über den Hausarzt oder Orthopäden, da schon die jetzige Zahl von zehn niedergelassenen Rheumatologen nicht bedarfsdeckend ist. Die richtige Diagnose ist für viele rheumakranke Menschen eine Frage der Zeit: durchschnittlich 1,1 Jahre vergehen immer noch, bis der rheumakranke Mensch in fachrheumatologische Behandlung gelangt. Dann sind oft schon Hand- und Fingergelenke zerstört, der Arbeitsplatz ist verloren und der Schmerz der ständige Begleiter. In einige Fällen erleiden die Betroffenen den Verlust von lebenserhaltenden Organfunktionen. Bei fast allen Betroffenen beeinträchtigen die psychosozialen Folgen dieser Fehl- und Unterversorgung entscheidend ihre Lebensqualität.

Therapien in der Rheumatologie

Trotz kontinuierlicher Aus-, Fort- und Weiterbildung verschreiben Nicht-Rheumatologen nur zu einem geringen Teil ihren rheumakranken Patienten gelenkerhaltende Medikamente. Heute verfügen wir über mehrere innovative Präparate, die den Zerstörungsprozess aufhalten bzw. verhindern können. Dabei müssen spezielle Kenntnisse über die neuen Therapieverfahren und das Immunsystem vorliegen, um Therapieversagen bzw. toxische Nebenwirkungen zu erkennen und ggf. einen Therapiewechsel vorzunehmen. Klinikaufenthalte sind hierfür in schweren Fällen notwendig, jedoch unter Kosten- und Qualitätsgesichtspunkten nur in Rheumakliniken mit geschulten Teams. Ansonsten sind stationäre Maßnahmen und Endoprothesen, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung bei medizinisch gutversorgten Patienten nachweislich geringer als bei unterversorgten Patienten.

Problematik: Mangelnde Thematisierung

Trotz der über 30jährigen Bemühungen der Rheuma-Liga verharmlost die Gesellschaft „Rheuma“ nach wie vor als natürlichen Abnutzungsprozess im Alter. Die Rheuma-Liga fordert daher seit Jahrzehnten einen Landesrheumaplan, nicht zuletzt 1999 im Zuge der Streichung von Rheumabetten.

Fortsetzung >>

Dr. Helmut Sörensen

seit 1985 immer wiedergewählter Präsident der Deutschen Rheuma-Liga Berlin und Vorsitzender der im Jahre 2001 errichteten Stiftung Wolfgang Schulze zur Förderung der Rheumaforschung.

Von 1980 bis 2002 zunächst als Oberarzt, dann als Chefarzt in der Rheumaklinik Berlin-Wannsee des Immanuel-Krankenhauses tätig.

Als Mitbegründer der Gesellschaft zur Erforschung rheumatischer Erkrankungen 1988 an der Errichtung des Deutschen Rheumaforschungszentrums Berlin beteiligt.

Bereits 1972 etablierte er seine bekannte „Rheumasprechstunde Dr. Sörensen“, zuerst in der Medizinischen Poliklinik Westend, dann im Immanuel-Krankenhaus.

1996 erhielt er auf Vorschlag seiner Patienten das Bundesverdienstkreuz.

Seit Mai 2002 ist er Leiter des „Ambulanten Rheumazentrums Dr. Sörensen“ in Kooperation mit dem Krankenhaus Waldfriede in Berlin-Zehlendorf.



Der Versorgungsnotstand rheumakranker Menschen

Dr. Helmut Sörensen



>> Fortsetzung

Ersatzweise wurden die Probleme rheumakranker Menschen aber nicht einmal im Jugendbericht, im Altenbericht, im Sozial- oder Gesundheitsbericht, weder in der Krankenhaus- und der Geriatrieplanung noch im Bereich der Pflegeplanung behandelt. Die **Berliner Gesundheitskonferenz** ist seit 1999 auf eine Veranstaltung zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen reduziert worden - aber auch dieses Gremium hat es trotz intensiver Bemühungen der Rheuma-Liga, des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin und der Landesvereinigung Selbsthilfe nicht geschafft, die Probleme chronisch rheumakranker Menschen, geschweige denn die der Rheumakinder, zu thematisieren. Daher dürften auch die Ursachen des Versorgungsnotstandes nicht bekannt sein.

Versorgungsnotstand: Ursachen und Prognose

Im Gegensatz zu den anderen Fachinternisten benötigt der Rheumatologe im Rahmen der sogenannten sprechenden Medizin (keine Apparatemedin!) einen weitaus **höheren Zeitaufwand**: Zum Beispiel muss zur Bestimmung der Diagnose mit dem Rheumatologen ein 15-seitiger Patientenfragebogen durchgearbeitet werden. **Dieser Aufwand für chronische Schmerzpatienten wird nicht vergütet**. Im Gegensatz zum Hausarzt wird dieselbe Untersuchungsmethode dem internistischen Rheumatologen nur knapp halb so hoch vergütet. Aufgrund dieser Honorarregelung wird sich ein internistischer Rheumatologe nicht niederlassen bzw. andere Krankheitsbilder behandeln. Nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie wird ein Rheumatologe für 50.000 Einwohner benötigt, um die Versorgung für an Rheuma Erkrankten zu sichern. Das wären für Berlin ca. 64 internistische Rheumatologen. Zurzeit haben wir lediglich 21 rheumatologische Anlaufstellen einschließlich der Ambulanzen in den Krankenhäusern.

Die Folgen der Krise: Unzureichende rheumatologische Kompetenz, höhere Schwerbehinderten-, Pflegefall- und Mortalitätsrate bei den unter- und fehlversorgten rheumakranken Menschen, Expansion der Kosten unseres Gesundheits- und danach unseres Sozialsystems.

Reaktionen der beteiligten Selbstverwaltung

Bislang fruchteten alle Bemühungen der Rheumatologen und der Rheuma-Liga nicht. Eine Honorarumverteilung scheiterte an den Mehrheitsverhältnissen des Honorarverteilungsausschusses beziehungsweise der Mitgliederversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)*. Dank der Gespräche des Staatssekretärs Dr. Schulte-Sasse im Jahr 2004 wurde mit allen an der Versorgung Beteiligten eine **integrierte Versorgungsstruktur der Versorgung rheumakranker Menschen** entwickelt. Im Jahr 2006 hat die AOK Berlin gemeinsam mit der KV Berlin unter Beteiligung der Rheuma-Liga und des Berufsverbandes der Rheumatologen einen **Strukturvertrag** vereinbart. Leider ist es seitdem nicht gelungen, andere Kassen zur Übernahme dieses erfolgreichen Vertrages zur Verbesserung der Früherkennung zu überzeugen.

Die Rheuma-Liga kritisiert, dass nach Abschluss der AOK-Rheumavereinbarung keine weiteren Schritte der Selbstverwaltungsorgane erfolgten, um die rheumatologische Versorgung sicherzustellen und die Kosten der evidenten Unter- und Fehlversorgung rheumakranker Menschen bei einer gleichzeitig geringen Anzahl an Leistungserbringern im Verhältnis zur Patientenzahl zu dämpfen.

Fortsetzung >>

Der Versorgungsnotstand rheumakranker Menschen

Dr. Helmut Sörensen



>> Fortsetzung

Forderungen der Deutschen Rheuma-Liga Berlin e.V.:

Landesrheumaplanung: Implementierung unter Berücksichtigung der Erfahrungen und gegebenenfalls Einbeziehung der Rheuma-Liga Brandenburg e.V. mit ihrem Landesrheumaplan. Dies könnte beispielsweise auf der Grundlage der Konzeption des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes „Gesundheitsversorgung für chronisch Kranke in Berlin“, beziehungsweise des Konzeptes zur Integrierten Versorgung aus dem Jahr 2004 beziehungsweise der AOK-Rheumvereinbarung erfolgen.

Praxistaugliches integriertes Versorgungsmodell: Die vorhandenen Rahmenbedingungen für ein Disease-Management-Programm beziehungsweise für ein integriertes Versorgungsmodell für rheumakranke Menschen sind schnellstmöglichst praxistauglich umzusetzen. Am Beginn müßte eine gemeinsame Erörterung mit den Selbstverwaltungsorganen stehen. Gleichzeitig ist eine bundespolitische Einflussnahme des Landes Berlin dahingehend geltend zu machen, die Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises im Risikostrukturausgleich zu verankern.

Gesonderte Verträge für Kinder: Insbesondere die komplexen Folgen der Erkrankungsformen rheumakranker Kinder sollten im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes beziehungsweise im Rahmen einer gesonderten vertraglichen Vereinbarung behandelt werden.

