



## Der Versorgungsnotstand rheumakranker Menschen in Berlin – Erhebungen, Prognosen, Aufgaben und Forderungen

---

### 1. 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% der Fälle über den Hausarzt oder Orthopäden, da schon die jetzige Zahl von zehn niedergelassenen internistischen 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 rheumakranken Menschen beeinträchtigen die **psychosozialen Folgen** dieser Fehl- und Unterversorgung Betroffenen entscheidend ihre Lebensqualität. **JEDEN TAG ERKRANKEN ALLEIN IN BERLIN 10 MENSCHEN, darunter 1 Kind oder Jugendlicher. Aufgrund der Chronizität vieler Erkrankungen wächst der Anteil rheumakranker Menschen Jahr für Jahr.**

### 2. 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 gut versorgten Patienten nachweislich geringer als bei unterversorgten Patienten.

### 3. Ursachen des Versorgungsnotstandes

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. 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** hat bislang trotz intensiver Bemühungen der Rheuma-Liga, des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin und der Landesvereinigung Selbsthilfe die Probleme chronisch rheumakranker Menschen, geschweige denn die der Rheumakinder nicht thematisiert. **Daher dürften auch die Ursachen und die Folgen des Versorgungsnotstandes nicht bekannt sein.**

### 4. Versorgungsnotstand: Ursachen und gesamtgesellschaftliche Auswirkungen

Im Gegensatz zu den anderen Fachinternisten benötigt der Rheumatologe im Rahmen der sogenannten **sprechenden Medizin (keine Apparatemedizin!)** einen weitaus **höheren Zeitaufwand**: Zum Beispiel muss zur Bestimmung der Diagnose ein 15-seitiger Patientenfragebogen mit dem Rheumatologen 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** (Memorandum 2008) wird ein internistischer Rheumatologe für 50.000 Einwohner benötigt, um die Versorgung für

an „Rheuma“ erkrankten Menschen zu sichern. Danach müssten in Berlin ca. **70** internistische Rheumatologen zur Deckung des Versorgungsbedarfes vorhanden sein. **Zur Zeit sind in Berlin nur 21 internistische rheumatologische Anlaufstellen** einschließlich der Ambulanzen in den Krankenhäusern vorhanden.

**Die Folgen der Krise:** Abnahme der rheumatologischen Kompetenz, höhere Schwerbehinderten-, Pflegefall- und Mortalitätsrate bei den unter- und fehlversorgten rheumakranken Menschen, Expansion der Kosten unseres Gesundheits- und danach unseres Sozialsystems – sowie bei steigender Zahlen an erkrankten Menschen steigender Beratungs- und Pflegebedarf.

## 5. Reaktionen der beteiligten Selbstverwaltung auf den Versorgungsnotstand

Bislang fruchteten alle Bemühungen der Rheumatologen und der Rheuma-Liga nicht. Eine Honorarumverteilung scheiterte an den Mehrheitsverhältnissen des Honorarverteilungsausschusses bzw. der Mitgliederversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung. Dank der Gespräche des Staatssekretärs Dr. Schulte-Sasse im Jahr 2004 wurde mit allen an der Versorgung Beteiligten eine **integrierte Prozessstruktur 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, 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.**

## 6. Folgen der Entwicklung für die Arbeit der Rheuma-Liga

Betrachtet man die handlungsübergreifenden und handlungsbezogenen Ziele des IGV-Vertrages, deckt die Rheuma-Liga nicht nur die offensichtlich und skandalösen Brüche im Gesundheitssystem auf, sondern arbeitet in zunehmenden Maße an deren Überwindung. Insbesondere in der AOK-Rheumavereinbarung werden Aufgaben der Rheuma-Liga aufgeführt, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind, von keiner anderen Organisation übernommen oder finanziert werden. Gleichzeitig steigt die Zahl der ratsuchender Menschen Jahr für Jahr bei gleichzeitig sinkender Zuwendungssumme. An dieser Stelle könnte der IGV-Vertrag mit oder ohne Innovationsfonds einen entscheidenden Beitrag leisten:

- die **Früherkennung in der Rheumatologie zu fördern**, damit der Anstieg stark betreuungsbedürftiger Menschen gebremst und im Ergebnis auch die Gesundheits- und Sozialkosten in der Folge reduziert werden,
- die **Erwerbsfähigkeit zu erhalten**, wenn zu Beginn der Erkrankung nach rascher Diagnose eine intensive Betreuung sichergestellt werden kann.

## 7. Resultierende Aufgaben aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga Berlin e.V.

1. **Landesrheumaplanung:** Implementierung unter Berücksichtigung der Erfahrungen und ggf. Einbeziehung der Rheuma-Liga Brandenburg mit ihrem Landesrheumaplan. Dies könnte beispielsweise auf der Grundlage der Konzeption des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes „Gesundheitsversorgung für chronisch Kranke in Berlin“ (Prof. Dr. Grün/ Dr. Huber, 2001) bzw. des Konzeptes zur Integrierten Versorgung aus dem Jahr 2004 bzw. der AOK-Rheumavereinbarung erfolgen.
2. **Praxistaugliches integriertes Versorgungsmodell:** Diese o.g. Konzepte für ein Disease-Management-Programm bzw. für eine Integrierte Versorgung rheumakranker Menschen sind schnellstmöglichst praxistauglich umzusetzen unter der Moderation der Politik.
3. **Gesonderte Verträge für rheumakranke Kinder und Jugendliche:** Insbesondere die komplexen Folgen der Erkrankungsformen rheumakranker Kinder sollten im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes bzw. im Rahmen einer gesonderten vertraglichen Vereinbarung behandelt werden.