

Gravierender Mangel an Rheumatologen

- Zur Versorgungssituation Rheumakranker in Deutschland -

Eine alte Frau mit gebeugtem Rücken und knotigen Fingern stützt sich schwer auf einen Stock. Dieses oder ähnliche Bilder gehen den meisten Menschen durch den Kopf, wenn sie das Wort Rheuma hören. Den wenigsten ist bewusst, dass Rheuma eine Volkskrankheit ist, die Menschen jeden Alters treffen kann. Allein in Deutschland leiden rund 1,5 Millionen Erwachsene und ca. 15.000 Kinder an entzündlichem Rheuma. Das Spektrum der Krankheiten, die unter diesem Begriff zusammengefasst sind, ist sehr breit. Es reicht von den unterschiedlichen Formen der Arthritis, über entzündliche Multiorgankrankheiten bis zu den Arthrosen und degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen. Die Krankheiten äußern sich durch chronische Schmerzen und oft durch fortschreitende Bewegungseinschränkungen. Die häufigste entzündliche rheumatische Erkrankung ist die rheumatoide Arthritis - kurz RA. Sie ist sogar die häufigste chronisch-entzündliche Krankheit in ganz Europa und beeinträchtigt nicht nur die Gesundheit, sondern das ganze Leben der Betroffenen.

In einer Kerndokumentation am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum in Berlin wird seit 16 Jahren die Versorgungssituation von Rheumapatienten in Deutschland erfasst. Wie sich die Situation in den letzten Jahren verändert hat, darüber sprach Liliane Mika mit Frau Prof. Dr. Angela Zink. Sie ist die stellvertretende Direktorin und Gruppenleiterin der Epidemiologie am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum.

Frau Prof. Zink, wie hat sich die Versorgung der Rheumakranken in den letzten 20 Jahren entwickelt?

Um diese Frage zu beantworten, muss man berücksichtigen, wo die rheumatologische Versorgung herkommt. Noch in den achtziger Jahren fand sehr viel wohnortfern in den Rehabilitationskliniken statt. Erst dann hat man begonnen, verstärkt wohnortnahe Strukturen aufzubauen. Vom Gesundheitsministerium gefördert wurden neue Versorgungsmodelle erprobt, und ab 1993 hat es dann die so genannten „Regionalen kooperativen Rheumazentren“ gegeben. Heute gibt es 30 Zentren in ganz Deutschland, in denen Hausärzte und Rheumatologen internistischer und orthopädischer Herkunft zusammenarbeiten und versuchen, auf regionaler Ebene die Versorgung der Rheumakranken zu verbessern. Diese Rheumazentren sind sehr erfolgreich, und dadurch hat sich auch die Versorgungslage in den letzten Jahren verbessert.

Von Seiten der Rheumatologen wird immer wieder betont, wie wichtig eine frühe Diagnose für eine erfolgreiche Therapie ist. Sie sollte möglichst in den ersten Wochen nach Ausbruch der Krankheit erfolgen. In der Realität vergeht oft mehr als ein Jahr, bis die Diagnose gestellt wird. Warum?

Auch hier ist es so, dass man sehen muss, wo wir herkommen. Als die Rheumazentren mit ihrer Dokumentation anfangen, hat es im Mittel noch zwei Jahre gedauert, bis ein Patient mit einer rheumatoiden Arthritis zum ersten Mal zum Rheumatologen kam. Heute dauert es rund ein Jahr. Dies zeigt, dass sich hier eine Menge verbessert hat. Dennoch sind wir noch weit von dem entfernt, was wir eigentlich wollen und was auch die Leitlinie fordert, nämlich eine Diagnosestellung und Therapie innerhalb der ersten drei bis sechs Monate. Das erreicht heute etwa die Hälfte der Patienten, die neu zum Rheumatologen kommen. Insofern haben die Bemühungen der Rheumazentren um bessere Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Rheumatologen deutlich Früchte getragen, aber wir sind immer noch nicht da, wo wir eigentlich hin wollen. Dies ist natürlich auf den Mangel an Rheumatologen in Deutschland zurückzuführen. Es gibt nur halb so viele Rheumatologen, wie wir für eine angemessene Versorgung eigentlich bräuchten.

Daran schließt sich auch gleich meine nächste Frage an. Es wird oft beklagt, dass die rheumatologische Fachrichtung in der medizinischen Ausbildung stiefmütterlich behandelt wird. Wo liegt hier das Hauptproblem?

Das Hauptproblem ist die unzureichende Vertretung der Rheumatologie in den medizinischen Fakultäten. Wir haben nur sieben Universitäten in Deutschland, in denen die Rheumatologie als eigenständiges Fach vertreten ist. An allen anderen Universitäten wird sie von anderen Gebieten der inneren Medizin mit vertreten. Es gibt auch Universitäten, wo es praktisch überhaupt kein rheumatologisches Angebot in der Ausbildung von Ärzten gibt. Und was man im Studium nicht gehört hat, das wird man nachher auch nicht interessant finden, z.B. in der Facharztweiterbildung. Insofern hat die Rheumatologie das Problem, dass einerseits ihre Themen im Medizinstudium zu wenig vertreten sind und andererseits zu wenige Ärzte sich für eine Weiterbildung in diesem Gebiet interessieren, obwohl es ein überaus spannendes Fach ist.

Wie könnte man das verbessern?

Die Grundforderung ist die Schaffung von Lehrstühlen für Rheumatologie an allen medizinischen Fakultäten. Die Rheumatologie ist ein so wichtiges Fach, dass sie einfach genauso wie die Kardiologie, die Onkologie oder andere Fächer der inneren Medizin in der medizinischen Ausbildung vertreten sein muss.

Sie betreiben die Kerndokumentation seit nunmehr 16 Jahren. Welche Veränderungen zeigt sie?

Die Kerndokumentation ist ein Instrument, mit dem wir die Versorgungssituation von Rheumakranken beschreiben. Jedes Jahr werden von etwa 15.000 bis 20.000 Patienten, die in rheumatologischen Einrichtungen betreut werden, die klinischen und persönlichen Angaben dokumentiert. Seit 1993 hat sich die Krankheitsaktivität bei rheumatoider Arthritis kontinuierlich verbessert. Die Patienten sind heute im Durchschnitt in einem deutlich besseren klinischen Zustand als noch vor sechzehn Jahren. Dies ist natürlich auf die frühere Therapie und die besseren therapeutischen Möglichkeiten zurückzuführen. Und in der Dokumentation sehen wir auch die Folgen dieser Entwicklung. Die Patienten gehen deutlich weniger ins Krankenhaus. Gegenüber 1993 verbringen sie nur noch ein Viertel der Zeit in Krankenhäusern. Des Weiteren hat die Kerndokumentation gezeigt, dass auch die Teilhabe am Erwerbsleben gestiegen ist. Allein in den Jahren 2002 bis 2008 ist der Anteil der Patienten unter 65 Jahren, die noch berufstätig sind, bei Frauen um 11% und bei Männern um 9% gestiegen. Das ist ein enormer Anstieg. Das hat es zwar auch in der übrigen Bevölkerung gegeben, aber es ist schon bemerkenswert, dass die chronisch kranken Menschen ebenso an dieser Entwicklung teilgenommen haben.

Die Rheumatherapie wurde vor einigen Jahren durch die sogenannten Biologika revolutioniert. Deren Struktur hat nichts mehr mit herkömmlichen Medikamenten gemein. Seit 2001 wird auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie im sogenannten „Rabbit“-Register die Sicherheit dieser gentechnisch erzeugten Biologika beobachtet. Das Neue an diesem Register ist, dass es von allen sechs Pharmafirmen, die Biologika auf dem Markt haben, gefördert wird. Dennoch ist das Register völlig unabhängig in der Durchführung und der Publikation seiner Ergebnisse. Frau Prof. Zink, welche Ergebnisse sind das?

„Rabbit“ ist eine Abkürzung für „Rheumatoide Arthritis Beobachtung der Biologika-Therapie“. Und genau das tun wir mit diesem Register. Als die Medikamente neu zugelassen wurden, da wusste man zwar aus klinischen Studien, dass sie kurzfristig sicher und gut wirksam waren, aber man wusste überhaupt nicht, was in der Langzeittherapie nach fünf oder zehn Jahren für Probleme auftreten könnten. Deshalb hat man gesagt, man muss große Gruppen von Patienten beobachten, um wirklich

sicher zu sein. Inzwischen sind 7.500 Patienten im Register, die im Mittel knapp vier Jahre beobachtet worden sind. Wir können heute schon sehr viel mehr über die Sicherheit dieser Medikamente sagen, auch deshalb, weil es andere Register z.B. in Großbritannien und Schweden gibt, die ähnlich arbeiten wie wir. Alle zusammen verfügen wir über eine sehr große Erfahrung. Am Anfang hat man sich vor allem die Frage gestellt, ob das Infektionsrisiko erhöht ist und ob das Krebsrisiko durch diese Medikamente steigt. Heute kann man sagen, dass das Infektionsrisiko unter Biologika insbesondere zu Beginn der Therapie etwas erhöht ist. Hier muss man tatsächlich aufpassen. Es ist aber in aller Regel gut in den Griff zu bekommen. Wenn die Therapie gut läuft und die Krankheitsaktivität sinkt, ist auch das Infektionsrisiko nicht mehr erhöht. Bei den Krebserkrankungen sehen wir in den Registern bisher überhaupt keine Erhöhung des Risikos. Man hatte es nach den klinischen Prüfungen ein wenig vermutet, und es gibt auch manchmal Meldungen, die so etwas nahe legen. Aber die Register sind hier sehr einheitlich. Sie zeigen kein erhöhtes Tumorrisiko. Sie weisen auch für Patienten, die früher einmal eine Krebserkrankung hatten und dann behandelt wurden, kein erhöhtes Risiko aus. Also an diesem Punkt zeigen die Register sehr beruhigende Ergebnisse.

Frau Prof. Zink, ich danke Ihnen für das Gespräch.