

PDF-Erstellung von team-rheumanet 02/2001

# Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie

## Grundzüge einer wohnortnahen kontinuierlichen und kooperativen Versorgung von chronisch Rheumakranken in der Bundesrepublik Deutschland

Kommission Regionale Rheumatologische Versorgung \*), September 1993

### 1. Präambel

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie hat unter Berücksichtigung der herausgehobenen epidemiologischen und sozialmedizinischen Bedeutung rheumatischer Störungen und Erkrankungen für die Morbidität der Bevölkerung, in Sorge um die trotz erkennbarer Fortschritte weiter bestehenden Defizite in der wohnortnahen Versorgung besonders von chronisch Rheumakranken, in Kenntnis der Ergebnisse des vom Bundesminister für Forschung und Technologie (BMFT) geförderten Forschungsverbundes „Wohnortnahe Versorgung von Rheumakranken“ (5, 23), der z. T. kontroversen Diskussionen um eine adäquate Versorgung chronisch Rheumakranker in der Bundesrepublik und vergleichbaren europäischen und nordamerikanischen Staaten (6), der vom Bundesverband der Deutschen Rheumaliga seit 1989 in Zusammenarbeit mit Prof. F. Schilling (Mainz) und Frau Dr. Scholz (Duisburg) beförderten Diskussion um Bedeutung und Rolle regionaler und überregionaler Rheumazentren und der Initiative des Bundesminister für Gesundheit (BMG) zur Förderung der Versorgung Rheumakranker am 23.4.1990 eine Kommission „Regionale Rheumatologische Versorgung“ eingesetzt zur Ausarbeitung eines

#### Memorandum

Zur Lage und Entwicklung einer wohnortnahen  
kontinuierlichen und kooperativen Versorgung  
von chronisch Rheumakranken  
in der Bundesrepublik Deutschland.

\*)

Mitglieder: Frau Dr. Arnold (Leipzig), Prof. Dr. Bach (Bensheim), Dr. Best (Bad Krozingen), Prof. Dr. Franke (Baden-Baden), Prof. Dr. Häntzschel (Leipzig), Dr. Hettkenkofer (Essen), PD Dr. Langer (Meerbusch), Prof. Dr. Keitel (Magdeburg), PD Dr. Keysser (Rostock, stellvertretender Sprecher), Prof. Dr. Miehke (Sendenhorst), Prof. Dr. Dr. Raspe (Lübeck, Sprecher), Prof. Dr. Warnatz (Essen)

Die Vereinigung der vormals zwei Deutschen Staaten hat auch die Arbeit der Kommission berührt:

Die rheumatologische Versorgung der Bevölkerung war in beiden Teilen Deutschlands sehr unterschiedlich organisiert. In den neuen Bundesländern hat sich das epidemiologisch effektive wohnortnahe System der Rheumadispensaires nicht halten lassen. Es gelten, wie in den alten Bundesländern, die Bestimmungen des Sozialgesetzbuches V, das allein die regional gegliederten Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beauftragt (§ § 72 ff).

Die ostdeutschen Rheumatologen verfügen über einen Fundus historisch gewachsener Erfahrungen und Vorstellungen, die für die rheumatologische Versorgung im ganzen Bundesgebiet zu nutzen sind und die die Kommissionsarbeit mitgeprägt haben.

Die anhaltende Umgestaltung des Gesundheitswesens in Ost-Deutschland hat die medizinalstatistischen Grundlagen der Kommissionsarbeit unsicher gemacht. War es vor der Wende in den alten Bundesländern schon nicht einfach, konsistente Zahlen z. B. zur Häufigkeit und regionalen Dichte von in eigener Praxis niedergelassenen Rheumatologen oder von rheumatologischen Akutkrankehausbetten zu erhalten (cf. Gärtner 1991), so ist das Feld jetzt eher noch unübersichtlicher geworden.

Bei ihrer Arbeit hat sich die Kommission von folgenden Grundüberlegungen leiten lassen:

1. *Kreis und Umfang* der zu berücksichtigenden Krankengruppen lassen sich quantitativ nur auf der Basis populationsepidemiologischer Daten definieren. Die Kommission geht damit von einer die Gesamtbevölkerung berücksichtigenden Feststellung eines objektivierbaren Versorgungsbedarfs („need“) aus. Die aktuelle Nachfrage („demand“) bleibt weitgehend unberücksichtigt.

2. Auch die *Versorgungsrealität* muß, soweit möglich, durch versorgungsepidemiologische Daten mit Bevölkerungsbezug beschrieben werden; unvermeidbar be-

grenzte Erfahrungen aus einzelnen Praxen, Polikliniken und stationären Einrichtungen ersetzen solche Daten ebensowenig wie programmatische Erklärungen oder normative Vorgaben.

3. Es ist möglich, sich über grundlegende *Werte und Standards* einer angemessenen rheumatologischen Versorgung der Gesamtbevölkerung und einzelner Gruppen zu verständigen und zu einigen.

4. Einer der fundamentalen Werte läßt sich mit dem Begriff *Systemverträglichkeit* bezeichnen:

Für die Bearbeitung einiger Versorgungsprobleme hätte es nahegelegen, auf Erfahrungen und Lösungen anders organisierter Gesundheitssysteme (z. B. Großbritannien, Schweden, Niederlande, DDR) zurückzugreifen. Die Kommission hat sich jedoch ganz an den Vorgaben unseres gegliederten Systems mit seinem Primat der ambulanten Versorgung durch unterschiedlich spezialisierte Kassenärzte orientiert. Auch waren die ebenso einzigartigen Möglichkeiten unseres Systems der Medizinischen Rehabilitation in Betracht zu ziehen.

5. Das Memorandum konzentrierte sich in Beschreibung, Analyse und Bewertung in erster Linie auf die *internistisch-rheumatologische Versorgung* einer kleinen Gruppe von Kranken mit potentiell gefährlichen multifokalen Erkrankungen (entzündlich-rheumatische Erkrankungen, Polyarthropathien bei Stoffwechselerkrankungen, invalidisierende Schmerzsyndrome wie z. B. die Fibromyalgie). Ihre Prävalenz wird (sehr konservativ) auf etwa 4% unter den Erwachsenen geschätzt.

Die Kommission hat verschiedene Problemfelder bewußt ausgespart; sie hat sich nicht mit der rheumatologischen Weiterbildung, nicht mit der Situation der kinderrheumatologischen Versorgung und der Rheumachirurgie und auch nicht mit der bevölkerungsbezogenen oder klinischen Prävention rheumatischer Erkrankungen befaßt. Die Situation und Aufgaben der Orthopäden-Rheumatologen wurden ebenso wie der Bedarf an komplementären Leistungen durch Pflegekräfte, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter u. a. nur am Rande behandelt.

Die Kommission schlägt vor und ist bereit, dieses Memorandum in größeren Abständen zu aktualisieren und für spezielle Fragestellungen zu erweitern.

---

## 2. Epidemiologische Grundlagen

Grundlagen einer rationalen Versorgungsplanung und Qualitätssicherung ist die bevölkerungsbezogene Analyse der „Rheumamorbidität“ (32).

Leider stehen für zahlreiche rheumatische Krankheiten weder in den alten noch in den neuen Bundesländern repräsentative populationsepidemiologische Daten zur Verfügung. Man wird diese Defizite durch Untersuchungsergebnisse aus anderen europäischen oder nord-

amerikanischen Ländern ausgleichen müssen, auch wenn regionale Differenzen der wahren Inzidenz und Prävalenz nicht auszuschließen sind.

Die Definition „dringlicher Gesundheitsprobleme der Bevölkerung“ (33) ergibt sich dagegen nicht aus epidemiologischen Daten. Prioritäten folgen aus normativ-ethischen Setzungen, die nicht deskriptiv begründet werden können.

Die Kommission hat ihre Beratungen auf einen Kreis von Kranken mit Krankheiten von ungünstiger prognosis quoad sanationem, quoad rehabilitationem oder sogar quoad vitam und/oder mit erheblichem Therapieaufwand und -risiko konzentriert.

Die Kranken lassen sich drei nosologischen Gruppen zuordnen:

- Kranke mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen der Gelenke, Wirbelsäule, Bindegewebe und Gefäße,
- Kranke mit (oft stoffwechselbedingten) Polyarthropathien (z. B. sekundäre polyartikuläre Arthrosen),
- Kranke mit invalidisierend verlaufenden generalisierten muskuloskeletalen Schmerzsyndromen wie etwa der Fibromyalgie.

Solche Kranken bedürfen in aller Regel einer umfassenden rheumatologischen (Differential)Diagnostik und/oder einer komprehensiven stadienadaptierten Therapie unter Einschluß medikamentöser, operativer, pflegerischer, physio- und ergo-therapeutischer, psychologischer und/oder pädagogischer Zugänge.

Offensichtlich kann keine Profession oder Person solchen Kranken allein gerecht werden. Bei ihnen wird es immer einer interdisziplinären Kooperation unter rheumatologischer Koordination bedürfen. In ihrem langjährigen Krankheitsverlauf lösen ambulante und stationäre, haus- und fachärztliche, invasive und konservative, ärztliche und „komplementäre“, akutmedizinisch und rehabilitativ orientierte Behandlungsformen einander ab bzw. gehen parallel und ineinander über. Für sie gewinnt die Selbst- und Laienhilfe eine besondere Bedeutung.

Die drei genannten Gruppen bilden mit einer sehr konservativ geschätzten Punktprävalenz von zusammen etwa 4076 im Gesamt der rheumatischen Krankheiten eine abgrenzbare *Minderheit* (Tabelle 1).

Denn zu jedem Zeitpunkt leiden wenigstens 50076 aller erwachsenen Einwohner der BRD an rheumatischen Beschwerden, sehr häufig an Rückenschmerzen (Punktprävalenz etwa 40%).

Wagenhäuser fand in einer kleinen Gemeinde in der Schweiz Anfang der sechziger Jahre „bei rund 30-40076 der untersuchten Bevölkerung rheumatische Affektionen ..., denen in Bezug auf Intensität der Beschwerden und der objektiven Befunde, Behandlungsbedürftigkeit und Behinderung im Alltags- und Berufsleben der Wert einer unbestrittenen, bedeutungsvollen Krankheit im medizinischen Sinne zugeschrieben werden muß“ (32).

Es ist ebenso unmöglich wie unnötig, für etwa 35% einer Gesamtbevölkerung ein hochspezialisiertes Versorgungssystem vorzuhalten. Die ganz überwiegende Mehrzahl der Personen mit einer behandlungsbedürftigen rheumatischen Störung wird initial und auf Dauer im haus- und fachärztlichen Sektor betreut werden müssen und können, d. h. durch praktische Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin, Internisten und Orthopäden ohne rheumatologische Weiterbildung.

*Die selbstgestellte Aufgabe des Memorandums ist es jedoch, die Situation derjenigen Kranken in der BRD zu untersuchen, die unmittelbar und kontinuierlich einer fach-rheumatologischen (Mit)Behandlung bedürfen.*

Die Tabelle 1 geht von bewußt niedrigen, d. h. konservativen Schätzungen der Häufigkeit der die Kommission besonders beschäftigenden Erkrankungen aus (19, 20). So könnte man z. B. die Prävalenz der cP (unter Berücksichtigung wahrscheinlicher und möglicher Fälle) auch auf 0,8 -1,0% schätzen. Differentialdiagnostisch abzuklärende Arthritiden wurden ausgeblendet. Auch für die invalidisierenden Schmerzsyndrome wurde eine Minimalprävalenz angenommen. Allein die Prävalenz der Fibromyalgie wird heute mit 3 % angenommen. So wird es *keinen Zweifel* daran geben können, daß wenigstens die in der Tabelle 1 aufgeführten 3600 Personen pro 100000 erwachsene Einwohner alle einer kontinuierlichen rheumatologischen (Mit)Betreuung bedürfen. Dafür sind in unserem System zuerst die niedergelassenen oder ermächtigten Rheumatologen mit einer speziellen Weiterbildung im Teilgebiet zuständig. Für die Diagnostik und Dauerbetreuung der genannten Kranken dürften die internistisch weitergebildeten Rheumatologen noch bedeutsamer sein als die mit einer ausschließlich orthopädischen Weiterbildung: Es handelt sich ja überwiegend um (entzündlich-rheumatische) Systemerkrankungen mit Multiorganbefall, ungünstiger Prognose, hoher

Komorbidität und einem hohen diagnostisch-therapeutischen Aufwand. Ihre Behandlung ist in erster Linie durch die ganze Breite konservativer Verfahren mit starker Betonung systemisch wirksamer Medikamente geprägt.

Diese Rheumatologen haben *zusätzliche Aufgaben* in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (Prävalenz etwa 10/100000 Kindern im Alter 0-15) und in der Differentialdiagnostik prognostisch z. T. günstigerer „früher“ Synovialitiden (z. B. reaktive Arthritiden; insgesamt etwa 200 Fälle pro 100000 Einwohner und Jahr) (17), von denen ein Teil aufgrund der raschen Remission nicht in den o. g. Prävalenzangaben enthalten ist.

Aus diesen Zahlen läßt sich (20) für den Sektor der ambulanten Versorgung überschlagsmäßig ein *Bedarf an zwei bis drei rheumatologischen Spezialisten* pro 100000 Einwohner schätzen: Gehen wir davon aus, daß jeder der genannten Kranken der Tabelle 1 und der rheumakranken Kinder (zusammen 3610) jährlich wenigstens viermal einem Rheumatologen vorgestellt wird und daß jeder der 200 jährlichen Inzidenzfälle 2 Kontakte braucht, dann ergeben sich pro 100000 Einwohner und Jahr etwa 15 000 Kontakte. Unter der Voraussetzung, daß jeder Kontakt wenigstens 20 min dauern muß, eine angesichts des Untersuchungsaufwandes und der signifikanten Komorbidität chronisch Rheumakranker konservative Schätzung, dann errechnet sich ein rheumatologischer Arbeitsbedarf von etwa 5000 Stunden. Arbeitet ein Rheumatologe wöchentlich etwa 45 Stunden und dies entsprechend dem BRD-Durchschnitt 43 Wochen pro Jahr (1935 h/a), dann bedürfte es 2,6 Rheumatologen pro 100000 Einwohner, um der skizzierten Arbeitslast gerecht zu werden. Jeder würde dann etwa 1500 Patienten in jährlich 5900, wöchentlich 140 und täglich etwa 30 Konsultationen zu betreuen haben.

Es ist bemerkenswert, daß Marder und Mitarbeiter (20) mit einer etwas anderen Rechnung zu vergleichbaren Ergebnissen kommen. Auch hier wird das häufig genannte Soll von 1 Rheumatologen pro 150.000 Einwohner (s. u. 4.3) mit 1: 45 000 deutlich unterschritten. Natürlich ließe sich v. a. durch eine Reduktion der für erforderlich gehaltenen mittleren Konsultationszeit (z. B. auf 15 min) ein anderes Ergebnis erreichen (2 Rheumatologen/100000). Aber auch dieses wäre von der bisherigen Norm noch weit entfernt und würde es verbieten, von einem noch ungünstigeren Verhältnis (etwa 1:250000) auszugehen.

Andererseits ist zu berücksichtigen, daß die hier vorgestellte Netto-Arbeitszeit-Rechnung unrealistisch ist: Keiner kann 9 Stunden am Tag ohne jede Unterbrechung ausschließlich Patienten betreuen. Außerdem haben wir die differentialdiagnostisch abzuklärenden Fälle (häufiges Beispiel: Fingerpolyarthrose - cP) und eine Reihe von Krankheiten aus der Betrachtung ausgeschlossen (z. B. Kristallarthropathien, M. Paget, Osteoporose, Fibromyal-

Tab. 1. Häufigkeit ausgewählter rheumatischer Erkrankungen und Syndrome (erwachsene Bevölkerung)

Krankheit/Syndrom	Punkt-Prävalenz/ 100 000
Chronische Polyarthritis <sup>a</sup>	330
Chronifizierende Spondylarthropathien <sup>b</sup>	160
Kollagenosen, systemische Vaskulitiden <sup>c</sup>	110
Polyartikuläre (sekundäre) Arthrosen <sup>d</sup>	1300
Invalidisierende generalisierte Schmerzsyndrome <sup>e</sup> (Fibromyalgie, entdifferenzierte muskuloskelettale Schmerzsyndrome)	1700
Summe:	3600/100 000

a Nach ARA-Kriterien 1987; cf. Mau et al. 1991

b Lawrence et al. 1989

c Incl. Polymyalgia rheumatica, diverse Quellen

d Lawrence 1977, 113

e Raspe et al., unveröffentlichte Daten

gie), die in anderen Ländern (z. B. Frankreich, Schweiz) durchaus von Rheumatologen (mit)betreut werden.

So hält es die Kommission für angemessen, *idealerweise* (!) von einem Bedarf von 3 Rheumatologen pro 100000 Einwohner auszugehen. Es ist offensichtlich, daß die Versorgung in der BRD von diesem Standard heute und für lange Zeit sehr weit entfernt ist und bleiben wird.

Zu einer in unserer Situation vertretbaren Bezugszahl wird in Kapitel 4.3 Stellung genommen. Auch sie (1 : 150000) hat noch - gemessen an der Realität - den Charakter einer Idealvorstellung.

### 3. Zur augenblicklichen Versorgung von chronisch Rheumakranken

#### 3.1 Übersicht

Das System der medizinischen Versorgung chronisch Rheumakranker ist in der BRD nach mehreren Prinzipien gegliedert:

Die *ambulante haus- und fachärztliche Versorgung* der in der GKV Versicherten (1988 knapp 90% aller Einwohner) ist den in privater Praxis niedergelassenen Kassenärzten anvertraut („kassenärztliche Versorgung“). Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind mit der Sicherstellung einer ausreichenden, zweckmäßigen, wirtschaftlichen und dem allgemein anerkannten Standard der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung beauftragt.

Nach dem Grad der Spezialisierung lassen sich im Feld der Versorgung chronisch Rheumakranker drei Gruppen von Ärzten unterscheiden:

- *Haus- und Familienärzte* (Ärzte der ersten Linie, Primärärzte), die meist als praktische Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin oder Pädiater niedergelassen sind,
- *Fachärzte* v. a. der Disziplinen Innere Medizin und Orthopädie und
- *Fachärzte mit der Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie*. Hierzu rechnen auch die meisten der zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung *ermächtigten Krankenhausärzte*.

Während die Primärärzte jedermann direkt zugänglich sind und von Kranken unmittelbar in Anspruch genommen werden, wird das Konsilium oder die Mitbehandlung der Fachärzte mit Teilgebietsbezeichnung (aber keineswegs obligatorisch) über gezielte Überweisungen aktiviert. Ermächtigte Ärzte sind fast ausschließlich auf diesem Wege zu erreichen.

Es gibt kein vergleichbar formalisiertes System im Bereich der ambulanten „*komplementären*“ *Behandlungsformen*, die u. a. von Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Psychologen angeboten werden. Angehörige dieser Berufsgruppen sind meist in eigener Praxis niedergelassen und zur Abrechnung von ärztlich ver-

ordneten Leistungen mit den GKV Kassen berechtigt, ohne jedoch Mitglieder einer öffentlich-rechtlichen Kammer oder Vereinigung zu sein bzw. sein zu müssen. Dies hat Auswirkungen auf die flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung und auf die Qualitätssicherung der von diesen Berufsgruppen angebotenen therapeutischen Leistungen.

Die Planung und Organisation der *stationären Versorgung* ist in der BRD Sache der Länder, die zu diesem Zweck Krankenhausbedarfspläne aufstellen. Diese berücksichtigen Betten in Akut- und Sonderkrankenhäusern und Plätze in Tages- bzw. Nachtkliniken. Auch im Bereich der akutstationären Versorgung gilt neben einer fachlich-horizontalen eine dreifache vertikale Gliederung: es gibt Krankenhäuser der Grundoder Regel-, Schwerpunkt- sowie Zentral- bzw. Maximalversorgung, zu denen etwa die Universitätskliniken zählen. Universitätsrheumakliniken verfügen über vergleichsweise wenige (meist 15 - 30) Betten. Rheumatologische Akutkrankhausbetten werden oft in sog. Sonderkrankenhäusern mit einem speziellen Versorgungsauftrag „vorgehalten“. Diese befinden sich überdurchschnittlich häufig in freigemeinnütziger Trägerschaft. Daneben entstehen zunehmend kleine rheumatologische Abteilungen auch an städtischen und kommunalen Häusern.

Alle direkten Kosten der ambulanten und stationären Versorgung gehen zu Lasten der Krankenkassen (wenn man von Leistungen der Sozialhilfe, Beihilfe u. ä. abieht).

Die dritte Säule der rheumatologischen Versorgung ist in der BRD in den *stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation* zu sehen. Drei Viertel der stationären Heilmaßnahmen werden heute von den Trägern der Gesetzlichen Rentenversicherung finanziert. In zunehmendem Maße werden auch die Krankenkassen in Anspruch genommen.

Die Zahl der Rehabilitationskliniken hat in der letzten Dekade zugenommen, auch außerhalb der traditionellen "Kurbad-Regionen" z. B. im Süden und Südwesten Deutschlands. Die meisten befinden sich im Besitz privater Träger. Standortwahl, Bau und Betrieb unterliegen vor allem erwerbswirtschaftlichen Überlegungen. Es sei daran erinnert, daß die traditionellen Kurbäder für die Entwicklung der deutschen Rheumatologie eine kaum zu überschätzende Rolle gespielt haben. In ihnen entstanden, oft in deutlicher Distanz zu Medizinischen Fakultäten, die ersten Rheumakliniken, die die Rheumatologie als *klinische Disziplin* bewahrten und weiterentwickelten. Auch heute noch dürfte ein Aufenthalt in einer rheumatologisch orientierten Rehabilitationsklinik für viele chronisch Rheumakranke die erste und einzige Möglichkeit sein, zu einer umfassenden und fachärztlich geleiteten Diagnostik und Behandlung zu kommen.

Auch in diesem Bereich existiert eine vertikale Dreiteilung in Sanatorien, Fachkliniken und Schwerpunkt-kliniken.

### 3.2 Ambulante Versorgung

Die Hauptlast der ärztlich ambulanten Versorgung von Kranken mit einer behandlungsbedürftigen muskuloskelettalen Störung oder Erkrankung (Prävalenz etwa 35%, s. o.) tragen die Primärärzte oder Ärzte der ersten Linie, also die Praktischen Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin und Pädiater unter Mitwirkung von Internisten und Orthopäden ohne rheumatologische Spezialisierung. Eine repräsentative Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der BRD fand 1981 (13), daß bei 14% aller erfaßten Arzt-Patient-Kontakte eine rheumatische Störung (meist Rückenschmerzen) als Hauptdiagnose festzuhalten war.

Eine Hauptaufgabe der Primärärzte (weiteres s. u. Abschnitt 4.2) ist es, bei Rheumakranken wenigstens eine *Struktur- und pathogenetisch orientierte Krankheitsdiagnose* zu erreichen, also die irritierte Struktur und die involvierten Pathomechanismen (z. B. Entzündung, mechanische Irritation, Trauma) zu identifizieren bzw. „abwendbar gefährliche Erkrankungen“ (3) auszuschließen. Gelingt dies, und ist die oft symptomatische Therapie erfolgreich, dann besteht keinerlei Grund, die Kranken an andere Ärzte zu überweisen. Die Primärärzte sind selbstverständlich auch in der Erstbehandlung und Dauerbetreuung der o. g. 4% „Problem-Kranken“ engagiert, bei denen eine nosologische oder ätiologische Diagnose in der Regel erst dem Rheumatologen gelingen dürfte.

Die Versorgungssituation dieser Krankengruppen ist dadurch geprägt, daß Internisten und Orthopäden ohne rheumatologische Spezialisierung zwar ausreichend zur Verfügung stehen; sie sind jedoch weder hinreichend ausgebildet, noch können sie genug Erfahrungen sammeln, um der notwendigerweise umfassenden Diagnostik und Therapie dieser Kranken vollständig gerecht zu werden. Ein nicht-spezialisierter Internist dürfte unter 1000 Patienten nur etwa 10 mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung betreuen (hier deutet sich auch eine Grenze für gezielte Fortbildungsbemühungen an). Bei Orthopäden werden es mehr sein; bei ihnen fallen jedoch Ausbildungsdefizite und kassenärztliche Beschränkungen ins Gewicht.

Niedergelassene Rheumatologen stehen in der BRD bisher nicht in ausreichender Anzahl zur Verfügung. Auf die Schwierigkeiten, aktuelle und verlässliche Zahlen zur kassenärztlichen Versorgung zu erhalten, wurde verwiesen. Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, daß die Zahl der in Ärztestatistiken geführten Internisten bzw. Orthopäden mit Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie keineswegs mit der Zahl der der Bevölkerung im ambulanten Sektor zur Verfügung stehenden Spezialisten identisch ist. So ist zu klären, ob die rheumatologisch weitergebildeten Ärzte auch zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen bzw. ermächtigt sind (oder im Krankenhaus oder in einer Verwaltung arbeiten) und ob sie ihre Teilgebietsbezeichnung nicht nur erworben haben, sondern auch nach außen erkennbar „führen“.

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gab es zum 31.12.1988 (dem letzten Jahr vor der Vereinigung) in der damaligen BRD 207 Internisten und 261 Orthopäden, die die Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie erworben hatten. Die Zahl der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Rheumatologen lag sicher niedriger. Von den 207 Internisten-Rheumatologen waren nämlich 16 ohne ärztliche Tätigkeit, 131 arbeiteten in Krankenhäusern und waren wohl nur z. T. zur kassenärztlichen Tätigkeit ermächtigt, 12 waren in Behörden etc. tätig, und nur 48 waren in eigener Praxis niedergelassen. Von den Orthopäden-Rheumatologen war ein größerer Anteil (47%) niedergelassen. Bezog man alle 468 erfaßten Spezialisten auf die damalige Gesamtbevölkerung von gut 60 Mill. Einwohner, dann entfielen in dieser wirklichkeitsfremden (!) Betrachtung auf 1 Rheumatologen 128.400 Einwohner, berücksichtigt man nur die Niedergelassenen, dann errechnet sich ein Verhältnis von 1: 350000. Auf einen niedergelassenen Internisten-Rheumatologen entfielen 1.25 Millionen Einwohner.

Damals ließen sich erhebliche regionale Differenzen darstellen; die meisten Spezialisten fanden sich (absolut und relativ) in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen.

In den letzten 3 Jahren haben sich in den westlichen Bundesländern Veränderungen ergeben; im Osten ist die Situation i. A. nicht vollständig zu überschauen, da die Rheumadispensaires aufgelöst sind und sich die Zahl der niedergelassenen oder sich niederlassenden Rheumatologen nicht exakt ermitteln läßt.

Im alten Bundesgebiet waren der Bundesärztekammer zum 31.12.1991 281 (+36%) Internisten-Rheumatologen und 321 Orthopäden-Rheumatologen (+23%) bekannt. Von ihnen waren 262 bzw. 305 hauptsächlich in diesem Fachgebiet berufstätig. 60 (21%) bzw. 143 (45%) waren in eigener Praxis niedergelassen. 184 bzw. 152 arbeiteten im Krankenhaus. Die Zahl der zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung Ermächtigten war nicht zu ermitteln.

Diese Zahlen der Bundesärztekammer lassen eine aktuelle Relation von einem (in die kassenärztliche Versorgung involvierten) internistischen Rheumatologen auf etwa 500000 Einwohner vermuten - unter der unsicheren Annahme, daß ein Drittel der 184 im Krankenhaus arbeitenden Rheumatologen zur kassenärztlichen Versorgung ermächtigt ist.

*Daten zur ambulanten rheumatologischen (Mit)Behandlung von cP-Kranken:* In weiten Bereichen der BRD stehen z. Zt. also keine niedergelassenen bzw. ermächtigten Rheumatologen zur Verfügung; dies gilt besonders für ländliche Regionen mit einer dünnen Besiedelung. Es trifft aber auch für viele städtische Gegenden zu, z. B. die epidemiologisch gut untersuchte Region der Stadt Hannover. Üblicherweise geht die spezialärztliche Versorgung der Bevölkerung von in Groß- bzw. Universi-

tätsstädten gelegenen Ausbildungszentren aus und erreicht zuerst hier eine ausreichende Dichte.

Die Untersuchungen von Mau, Wasmus und Raspe (21) im Stadtgebiet von Hannover beziehen sich ausschließlich auf Kranke mit einer entzündlich-rheumatischen Krankheit und hier nur auf die chronische Polyarthritiden (cP) und die undifferenzierten Arthritiden (uA). Die Kommission faßt sie als Indikatorkrankheiten bei der Analyse der Gleichmäßigkeit und Adäquanz der rheumatologischen Versorgung auf.

Unter mehr als 11000 deutschen Einwohnern Hannovers im Alter von 25 bis 74 Jahren konnten die Autoren zwischen 1984 und 1989 58 mit einer cP oder uA identifizieren. In den letzten 12 Monaten vor der Untersuchung hatten nur 5% dieser Kranken keinen Arztkontakt. 33% waren ausschließlich von einem Primärarzt und 45% „höchstens“ von einem rheumatologisch nicht spezialisierten Internisten oder Chirurgen oder Orthopäden behandelt worden. Nur 17% waren einem internistischen Rheumatologen vorgestellt worden, der im Untersuchungszeitraum in der Region ausschließlich in zwei Ermächtigungssprechstunden zur Verfügung stand. 39% hatten nach eigenen Angaben "jemals" Kontakt mit einem Rheumatologen gehabt. Das regionale Rheumazentrum an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) hatte, auf den gesamten Krankheitsverlauf gesehen, 9% derjenigen erreicht, die an einer möglichen cP litten; bei klassischer cP mit 7 oder 8 Rom-Kriterien stieg dieser Anteil auf 43% (29%, wenn man nur das letzte Jahr berücksichtigt). Damit befand sich die Mehrheit auch der hochaktiv und prognostisch ungünstig Erkrankten nicht in regelmäßiger rheumatologischer Mitbehandlung.

Kennzeichnend ist weiter, daß im Mittel mehr als 7 Jahre vergingen, ehe cP-Kranke erstmals im regionalen Zentrum vorgestellt wurden. Ähnliche Daten wurden von einem anderen Mitglied der Kommission berichtet: Eine Analyse der ersten 100 1991 ambulant im St.-Elisabeth-Hospital in Meerbusch-Lank (PD Dr. Langer) vorgestellten cP-Kranken ergab eine mittlere Anamnesedauer am Vorstellungstermin von 7,4 Jahren. Der letzte rheumatologische Kontakt lag mehr als 2 Jahre zurück. Zwischen dem Auftreten der ersten subjektiven Krankheitszeichen und einer rheumatologischen Erstvorstellung (außerhalb der Klinik) waren im Mittel 43 Monate (3,6 Jahre) vergangen. 31% der in der Regel aktiv und schwer erkrankten waren bisher noch keinem Rheumatologen vorgestellt worden.

In der medikamentösen Behandlung der cP- und uA Kranken spielt die „Basistherapie“ mit langfristig wirksamen Antirheumatika eine herausgehobene Rolle. Nach rheumatologischer Erfahrung bieten vor allem diese Medikamente (Antimalariamittel, Goldsalze, D-Penicillamin, Sulfasalzin, Antimetabolite wie Methotrexat u. a.) eine Chance, den Krankheitsverlauf, wenigstens mittelfristig, günstig zu beeinflussen. Dies bedeutet nicht, daß man mit dieser Behandlung zufrieden sein könnte; die Medikamen-

te sind nur begrenzt wirksam und verursachen zahlreiche und gelegentlich gefährliche Nebenwirkungen; im Augenblick gibt es jedoch keine ernsthafte Alternative. In rheumatologischen Zentren werden regelmäßig wenigstens 50% der entsprechenden Kranken mit einer Basistherapie behandelt (10).

Unter den in Hannover epidemiologisch identifizierten cP- oder uA Kranken fanden sich 17%, die im letzten Jahr mit Basistherapeutika behandelt worden waren (9% unter Kranken mit niedriger Krankheitsaktivität und 31% unter denen mit einer aktiven Polyarthritiden). Unter den rheumatologisch Mitbehandelten waren es bemerkenswerterweise 60%, unter denen, die von einem Primärarzt oder einem Facharzt ohne rheumatologische Spezialisierung (!) gesehen worden waren, maximal 11%.

Dies entspricht den Erfahrungen der Kommissionsmitglieder PD Dr. Langer und Prof. Warnatz, die unter ihnen erstmal vorgestellten Polyarthritiden-Patienten jeweils unter 30% finden, die aktuell unter einer Basistherapie standen. Damit scheinen nach üblichen rheumatologischen Standards 70% bis 80% der aktiv erkrankten cP-Patienten aktuell nicht adäquat mit Basistherapeutika behandelt (26) zu sein.

Einen wichtigen Indikator der Behandlungsqualität bildet zusätzlich die Verbreitung komplementärer Behandlungsweisen (Physio- und Ergotherapie, Psychologie, Sozialpädagogik). Nach Daten aus Hannover hatten von den 121 1985/86 im Zentrum erstmals vorgestellten cP-Patienten (mittlere Anamnesedauer über 7 Jahre) in den letzten drei Monaten vor der Erstuntersuchung jeweils 31% aktive Krankengymnastik bzw. lokale Anwendungen verordnet bekommen, während Ergotherapie (3%), psychologische Verfahren (0%) und Sozialarbeit (0%) kaum angewandt worden waren (26). Ein ganz ähnliches Therapieprofil fand PD Dr. Langer bei seinen o. g. Polyarthritiden-Patienten.

Prof. Bach berichtete aus Bayreuth, daß 90% der der Klinik Herzoghöhe bzw. ihm 1990 ambulant oder stationär neu vorgestellten eP-Patienten eine Krankheitsdauer von zwei und mehr Jahren aufwiesen. Weniger als 3% standen unter einer Basistherapie (s. u.), etwa 50% waren bereits krankengymnastisch und weniger als 1% ergotherapeutisch behandelt worden.

Anders nehmen sich Zahlen aus der ehemaligen DDR aus: PD Dr. Keysser berichtet von 3,623 cP-Kranken, die ihm bis Ende 1988 aus dem Bezirk Rostock bekannt geworden seien. Dieser Bezirk umfaßt etwa 720000 erwachsene Einwohner, von denen zu jedem Zeitpunkt etwa 5700 an cP leiden sollten (Punktprevalenz 0,8%). Auch wenn es schwierig ist, eine kumulative Fallzahl auf eine Punktprevalenz-Rate zu beziehen, so ist doch von einem epidemiologischen Erfassungsgrad des damaligen Dispensaire-Systems von etwa 50% auszugehen. 77% der erfaßten Rostocker Patienten standen unter Basistherapie, meist mit Antimalariamitteln oder Goldsalzen. Für die Gesamt-DDR war für das Jahr 1985 nach den Zahlen von

Altus et al (1) von einer ähnlichen Ausschöpfung der Prävalenz auszugehen. Von allen erfaßten cP-Kranken wurden mehr als ein Drittel mit Basistherapeutika behandelt. Knapp 4% wurden 1985 rheumachirurgisch operiert.

### 3.3 Stationäre Versorgung

Für die stationäre Behandlung von chronisch Rheumakranken mit kurzfristigen Verschlechterungen, plötzlich auftretenden Krankheits- oder Behandlungs komplikationen oder akuten Begleit- oder Folgekrankheiten stehen prinzipiell alle *Akutkrankenhäuser* zur Verfügung. Kranke der drei o. g. Gruppen dürften vorzugsweise in internistische und orthopädische Abteilungen eingewiesen werden. Hierüber gibt es in der BRD keine systematisch gesammelten Daten.

Die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung herausgegebene Statistik zur „Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlung nach Krankheitsarten“ weist aus, daß 1987 im Gebiet der alten BRD zulasten der GKV insgesamt 15 700 Krankenhaufälle (nicht Patienten!) mit zusammen 416500 Krankenhaustagen unter der hauptsächlichen Abschlußdiagnose „chronische Polyarthrit“ (ICD-Nr. 714) abgerechnet worden sind. ,

Für die anderen o. g. „Zielkrankheiten“ der Kommission gibt es keine detaillierten Angaben. Insgesamt entfielen 1990 7,7% aller Krankenhaufälle auf die OCD-Fallgruppe XIII der Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und Bindegewebe (155.42/2017.62 Fälle pro 10000 Mitglieder und Familienangehörige der AOK West).

Von den von Mau et al. (21) in Hannover identifizierten cP/uA-Kranken gaben 10% bzw. 14% an, im letzten Jahr in einem Akutkrankenhaus bzw. einer Rehabilitationsklinik behandelt worden zu sein (bezogen auf den gesamten Krankheitsverlauf waren es 24% bzw. 55%). Unter den an die Rheumaambulanzen der MHH überwiesenen cP-Kranken fanden sich 25% bis 30% mit einer Akutkrankenhausbehandlung in den letzten 5 Jahren. Jemals rheumachirurgisch operiert worden waren etwa 20%.

Es ist davon auszugehen, daß Akutkrankenhäuser und Akutkrankenhausbetten in ausreichender Zahl, Qualität und Wohnortnähe flächendeckend in der BRD (West) zur Verfügung stehen. Nach der Bettendichte nimmt die Bundesrepublik (West) im Feld der westeuropäischen Nachbarländer eine Spitzenposition ein (670 Tsd Betten in 3064 Krankenhäusern, entsprechend 107 Betten/10000 Einwohner).

Anders sieht es mit speziell als rheumatologisch ausgewiesenen Akutkrankenhausabteilungen bzw. Betten aus (Tabelle 2).

Erstaunlicherweise gab es ein Bundesland, das keine Angaben machen konnte. Unter den anderen variierte die Bettendichte pro 100000 Einwohner erheblich zwischen 1,3 (Hessen) und 11,0 (Berlin West). Sehr unter-

schiedlich sind offenbar auch die Größe der Kliniken und das Verhältnis internistisch-rheumatologische : orthopädisch-rheumatologische Betten. Dies spricht nicht für eine flächendeckende und gleichmäßige Versorgung.

Tab. 2. In den Bundesländern vorgehaltene rheumatologische Betten (Stand Frühjahr 1989, alte Bundesländer)

Bundesland	Kranken- häuser Abteilungen	Betten		Betten	
		MED	ORTHO	Sa	100 000 E
Schleswig-Holstein	1	122	90	220*	8,6
Hamburg	1	54	-	54	3,4
Bremen	1	57	-	57	8,6
Niedersachsen	?	?	?	?	?
Nordrhein-Westfalen	19	714	219	933	5,6
Hessen	2	69	-	69	1,3
Rheinland-Pfalz	8	220	48	48	7,4
Baden-Württemberg	3	358	-	358	3,9
Bayern	6	486	320	806	7,4
Saarland	1	45	-	45	4,3
Berlin	1	82	140	222	11,0

\* Incl. 8 Betten Nuklearmedizin, MED/ORTHO = internistisch-orthopädisch-rheumatologische Betten, ? = nicht zu ermitteln

Noch problematischer ist die Situation bei den *Universitätsrheumakliniken*. In der BRD-West existieren C4-Abteilungen z. Zt. (Frühjahr 1992) nur in Lübeck/Bad Bramstedt, Hannover, Gießen und Erlangen und C3-Abteilungen bzw. Positionen in München, Freiburg, Göttingen, Düsseldorf und Regensburg. Schwerstkranke und solche mit sehr seltenen Krankheiten dürften nicht in allen Bundesländern und Regionen die gleichen Chancen zu einer Behandlung in einer rheumatologischen Abteilung haben, die zugleich Teil einer hochdifferenzierten und -spezialisierten Universitätsklinik ist. Über die Situation in Deutschland Ost ist zur Zeit nichts Endgültiges zu sagen. Die Neustrukturierung der medizinischen Fakultäten ist noch nicht abgeschlossen.

### 3.4 Medizinische Rehabilitation

1990 wurden allein von den Trägern der Gesetzlichen Rentenversicherung (31) insgesamt 695176 medizinische Rehabilitations-Maßnahmen (in der BRD-West) abgeschlossen. 47% wurden durch Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (Fallgruppe XIII der ICD) veranlaßt. Drei Viertel dieses Anteils (n = 251317; 36% aller RehaMaßnahmen) entfielen auf die Dorso-pathien (ICD 720-724).

Die Hauptdiagnose cP wurde in 4132 Fällen vermerkt (0,6% vom Gesamt; Verhältnis Männer: Frauen wie 1: 1,4). Alle entzündlichen rheumatischen Erkrankungen

zusammengenommen veranlaßten 9323 Maßnahmen. Im Lichte dieser Zahlen wundert es nicht, daß wir unter 71 1985/1986 den Rheumasprechstunden der MHH erstmals zugewiesenen berufstätigen cP-Kranken nur 18 (25%) fanden, die bei einer mittleren Anamnesedauer von etwa 6 Jahren in den letzten 5 Jahren in den Genuß einer stationären Reha-Maßnahme gekommen waren (eigene unveröffentlichte Daten). Von den in der Gemeinde identifizierten cP/uA-Kranken (21) berichteten 48010 von einer stationären Rehabilitation „jemals“.

Die benutzte ICD-Klassifikation gibt keine Möglichkeit, die anderen o. g. Krankheitsgruppen zu identifizieren, da bei den Osteoarthrosen (OA) nicht nach Befallsmuster und bei den Dorsopathien nicht nach dem Schweregrad differenziert wird. Insgesamt entfielen auf die OA 34721 Maßnahmen.

Unklar ist auch, in welchem Umfang Rehabilitationskliniken Betten vorhalten, die akut, etwa von Krankenkassen, belegt werden können. Damit läßt sich i. A. der Beitrag dieser Kliniken zur Akutversorgung nicht sicher abschätzen.

### 3.5 Stationäre Einrichtungen mit rheumatologischem Schwerpunkt 1989 (alte Bundesländer)

Im Rahmen einer medizinischen Dissertation versuchte R.-St. Gärtner (14) 1989 alle stationären Einrichtungen in den alten Bundesländern zu identifizieren, die sich *schwerpunktmäßig mit rheumatischen Erkrankungen* aller nosologischen Gruppen beschäftigten, gleichgültig ob sie den Akut- oder Sonderkrankenhäusern, Universitätskliniken oder Reha-Kliniken zuzurechnen waren.

Eine intensive Recherche führte zu 466 Adressen von stationären Einrichtungen, die sich *möglicherweise* besonders mit erwachsenen Rheumakranken beschäftigten. Bis zum 30.11.89 antworteten nach zwei Erinnerungen 86% aller angeschriebenen Häuser. Davon machten 7% nur unsicher zu verwertende Angaben, 46% (n = 215) schickten einen ausgefüllten Fragebogen zurück und 33% gaben an, sich nicht schwerpunktmäßig mit rheumatologischen Störungen zu befassen. Alle folgenden Informationen beziehen sich nur auf die *215 Häuser mit einer besonderen rheumatologischen Ausrichtung* (Tabelle 3). Hervorzuheben ist, daß 55% von ihnen zwischen 1980 und 1989 eröffnet worden sind. Das galt im wesentlichen für alle 4 Klinikstypen (s. u.) in gleicher Weise.

Während die Akutkrankenhäuser (wie alle Universitätskliniken) meist in öffentlich-rechtlicher *Trägerschaft* stehen, finden sich die Fachkrankenhäuser etwa ebenso häufig in freigemeinnütziger Trägerschaft; die Rehabilitationseinrichtungen werden zu 68% von privaten Trägern betrieben.

Für die *rheumatologische Akutversorgung* der Bevölkerung stehen alle Universitäts- und Akutkliniken und

31 der 70 Fachkrankenhäuser (aber keine der Reha-Kliniken) zur Verfügung.

211 Kliniken machten verwertbare Angaben zur inneren Differenzierung in *Fachabteilungen* und zur Existenz von *Fachärzten* mit abgeschlossener internistisch- oder orthopädisch-rheumatologischer Weiterbildung: Insgesamt fanden sich 63 internistisch-rheumatologische Fachabteilungen mit wenigstens einem Internisten-Rheumatologen und 41 entsprechende orthopädische Abteilungen. Davon steht jeweils etwa ein Drittel im Akutkrankenhausbereich (incl. Universitätsabteilungen) und wenigstens ein Viertel im Reha-Bereich zur Verfügung. Interessanterweise wurden 12 pädiatrisch-rheumatologische Abteilungen und eine rheumatologische Tagesklinik genannt.

Insgesamt 140 Kliniken berichten von einer *Rheumaambulanz*: 60/74 Akutkliniken, 37/70 Fachkrankenhäuser, 11/70 Reha-Einrichtungen. 12 Akutkliniken, 14 Fachkrankenhäuser und 8 Reha-Einrichtungen sehen die Möglichkeit zu Haus- und Arbeitsplatzbesuchen.

Von wesentlicher zukünftiger Bedeutung sind *Weiterbildungsermächtigungen*. Es fanden sich 45 Einrichtungen, an denen eine internistisch-rheumatologische Weiterbildung verfolgt werden konnte (31 mal über volle 2 Jahre), und 23 mit einer Ermächtigung zur orthopädisch-rheumatologischen Weiterbildung, davon 15 für die gesamte Zeit - jeweils überwiegend an Akutkrankenhäusern. Reha-Einrichtungen spielen mit 5 Nennungen kaum eine Rolle; dabei entfallen 4 Weiterbildungsermächtigungen auf Innere Medizin-Rheumatologie. Die Zahl der *Weiterbildungsplätze* wurde nicht ermittelt.

64 nicht-universitäre Einrichtungen mit rheumatologischem Schwerpunkt verfügten zugleich über eine internistische und orthopädische Abteilung. Von ihnen standen 24 (37%) ganz oder überwiegend der Akutversorgung zur Verfügung.

Tab. 3. Selbsteinstufung des Versorgungstyps von 215 Abteilungen/Kliniken mit rheumatologischem Schwerpunkt (1989, alte Bundesländer). „Ihre Abteilung/Klinik läßt sich am ehesten bezeichnen als...“ (führende Nennung bewertet)

Typ	N
Universitätsklinik	26
Akutkrankenhäuser	48
Fachkrankenhäuser	70
Rehabilitationsklinik	71
	215

\* Erfasst wurden Einzelkliniken, nicht Klinika

In der Bundesrepublik (West) fanden sich 1989 jedoch nur 2 (!) Einrichtungen, die gleichzeitig

- in Bettenbedarfsplänen anerkannte Akut-Betten vorhalten,
- Akut- und Notfallaufnahmen ermöglichen können,
- eine internistisch-rheumatologische und eine konservative und eine operative orthopädische Fachabteilung besitzen,
- internistisch-rheumatologisch weiterbilden dürfen und
- über gesonderte radiologische, labormedizinische, physio- und ergotherapeutische, psychologische und sozialpädagogische Unterabteilung und
- über eine Ambulanz verfügen.

Damit ließen sich im außeruniversitären Raum allein zwei Einrichtungen identifizieren, die den hauptsächlichen Kriterien eines Regionalen bzw. Überregionalen *Rheumazentrums* nach dem Prinzip „Alles unter einem Dach“ genügen, wie sie der Bundesverband der Deutschen Rheumaliga in Zusammenarbeit mit den Kollegen/innen Schilling (Mainz), Scholz (Duisburg) und Raspe (damals Hannover) aufgestellt hat (s. u. S. 27 ff). Die beiden Kliniken verfügten (in allen internistisch-rheumatologischen und orthopädischen Abteilungen) über 130 bzw. 220 Akutbetten. Zugleich umfaßten sie 170 bzw. 600 Betten im Reha-Bereich.

Unter den antwortenden 21 *Universitäts-Klinika* (nicht Einzelkliniken) fanden sich zwei, die alle genannten Kriterien erfüllten und zwei weitere, die dem Katalog sehr nahe kamen. Die Zahl der Betten der internistisch-rheumatologischen Abteilungen liegt mit 50 und weniger in jedem Fall deutlich niedriger als bei den außeruniversitären Zentren.

Zusammengenommen existierten 1989 wahrscheinlich nur 6 Einrichtungen, die „aus dem Stand“ die wesentlichsten Anforderungen an ein Rheumazentrum erfüllten.

---

#### 4. Werte, Standards und Anhaltzahlen einer zeitgemäßen Versorgung

Wir haben dem Wert „Systemverträglichkeit“ oben einen hohen Stellenwert eingeräumt - in der Überzeugung, daß unser sozialstaatlich orientiertes Gesundheitssystem in seinen Grundprinzipien und seinen Entwicklungsmöglichkeiten (nicht aber in allen Teilen seiner heutigen Realität!) auch den chronisch Rheumakranken eine zeitgemäße Versorgung zu ermöglichen vermag.

Es liegt daher nahe, Werte und Standards der rheumatologischen Versorgung an gesetzlich normierten Grundprinzipien unseres Systems auszurichten. Einschlägig ist für die von der GKV zu finanzierenden Leistungen der § 70 SGB V:

„(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß wirtschaftlich erbracht werden.

(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.“

Das Recht regelt im allgemeinen nur das ethische Minimum; man könnte daher für eine Begründung von Werten, die die Gesundheitsversorgung leiten, auch andere Quellen heranziehen. Dabei gewänne man möglicherweise an Weite und Tiefe; andererseits verlöre man wahrscheinlich die Konsensfähigkeit und v. a. die Einklagbarkeit der gesetzlich gesicherten Werte und der mit ihnen zusammenhängenden Standards.

Im folgenden geben wir den in § 70 SGB V genannten Wertbegriffen eine rheumatologische Interpretation, um dann auf einige spezifischere Versorgungsstandards und am Schluß auf rheumatologische Anhaltzahlen einzugehen.

##### 4.1 Grundwerte nach § 70 SGB V

*Gleichmäßigkeit:* Zwei Interpretationen bieten sich an, eine epidemiologische und eine fallbezogene:

Es ist 1. darauf zu achten, daß alle Kranken die gleichen Chancen des Zugangs zu den für sie wichtigen Leistungen haben; regionale Versorgungsunterschiede wären ebenso inakzeptabel wie soziale Ungleichheiten. Die Versorgung sollte also flächendeckend und möglichst wohnortnah sein, möglichst alle Kranken der wahren Prävalenz erreichen (können) und Unterschiede nach sozialen Schichten, Alter, Geschlecht etc. nicht zulassen oder dulden. 2. sollte die Versorgung im Idealfall auch dann von gleichmäßiger Qualität bleiben, wenn ein Kranker verschiedene Ärzte, Therapeuten, Glieder der Versorgungskette, Institutionen etc. in Anspruch nehmen muß.

*Bedarfs- und Indikationsgerechtigkeit:* Die hier im Zentrum stehenden Krankheiten sind alle „multifokal“, d. h. bei einem Kranken kann es nach- oder nebeneinander an ganz verschiedenen Stellen und auf ganz unterschiedlichen Ebenen „brennen“. Ein 50-jähriger Angestellter mit einer langjährigen aktiven cP antwortete einmal auf die Frage nach seinem aktuell größten Problem (Raspe 1990):

„Das Knie, die Schmerzen ... Ich kann nicht schon wieder krankmachen ... Das Problem ist mit der Arbeit. Welche Firma kann sich das leisten, jemand angestellt zu haben, der immer krank ist ... Auch mit den Nerven, das Seelische ... man überlegt, warum muß einem das passieren?“

Die Versorgungsangebote müssen daher problemorientiert oder „bedarfsgerecht“ sein; alle wesentlichen Brennpunkte eines Kranken (hier z. B. aktive Gonarthritits,

Schmerz und Behinderung, drohende Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, „das Seelische“) müssen ihre diagnostisch-therapeutische Entsprechung finden.

Allerdings darf man von der klinischen Rheumatologie nicht mehr verlangen, als sie nach dem Stand ihres Wissens und Vermögens geben kann. Die Heilung eines cP-Kranken, so „bedarfsgerecht“ sie auch sein mag, ist (heute noch) eine Unmöglichkeit und kann ernsthaft nicht in Aussicht gestellt werden. So spielt die Indikationsgerechtigkeit eine einschränkende aber auch qualitätssichernde Rolle.

Es ist eines der Grundprobleme der klinischen Rheumatologie, daß sich empirisch (an den „outcomes“) überprüfte Indikationsregeln nur für wenige Problemlagen formulieren lassen. Als Beispiel mag die Notwendigkeit einer medikamentösen Basistherapie bei aktiver cP gelten. Aber schon bei der Wahl einzelner Basistherapeutika, der Verordnung von Steroiden, Ergotherapie, Patientenschulung, operativen Synovektomien etc. dürfte nicht immer Konsens zu erzielen sein. Es scheint einfacher, bestimmte diagnostische Strategien (z. B. Bestimmung von Harnsäure, Rheumafaktoren und AST i. S. bei jeder Arthralgie) oder therapeutische Verfahren (z. B. Enzymtherapie) als in ihrer Wirksamkeit unbewiesen, d. h. als grundsätzlich nichtindiziert, auszuschließen.

Als bedarfs- und indikationsgerecht wird man auch ein krankheitsbegleitendes, interdisziplinär-kooperatives und stadienadaptiertes Vorgehen in Diagnostik und Therapie ansehen müssen („comprehensive team care approach“). Keine einzelne Person oder Profession kann einen Kranken mit den in Tabelle 1 aufgeführten Zielkrankheiten allein behandeln.

Eine bedarfs- und indikationsgeleitete Versorgung dürfte wohl immer auch *zweckmäßig* und *ausreichend* sein. Die Gefahr einer Unterbehandlung wird ebenso gering sein wie die einer Überbehandlung („das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“). Sie ist in diesem Sinne rational, nicht aber notwendigerweise auch rationell bzw. effizient; ihre *Wirtschaftlichkeit* müßte in einem weiteren Evaluationsschritt gezeigt werden, sei es in Kosten-Wirksamkeits-, Kosten-Nützlichkeits- oder Kosten-Nutzen-Analysen (9). Es sind national bisher keine, international kaum Studien durchgeführt worden, die sich mit der vergleichenden ökonomischen Evaluation unterschiedlicher rheumatologischer Versorgungsstrategien beschäftigt hätten.

*Humanität:* Die Forderung des § 70 SGB V nach einer „humanen Krankenbehandlung“ ist undefiniert und läßt zahlreiche Interpretationen zu. Die Kommission hält folgende drei Aspekte für besonders wichtig:

*Patientenzentrierung, Berücksichtigung von Indikatoren der „Lebensqualität“:* Beides spielt in Diagnostik und Therapie bei chronisch Rheumakranken eine besondere Rolle. Beides ist nur zu verwirklichen in potentiell stabilen und den langjährigen Krankheitsverlauf begleitenden Arzt/Therapeuten-Patienten-Beziehungen. Auch ange-

sichts der Relativität vieler rheumatologischer Indikationen wird man sich vor einem eng schematisierten Vorgehen hüten müssen (dies schließt *Behandlungsstandards* natürlich nicht aus, s. u.). Die Indikationen sind immer auch den besonderen Lebensumständen, der Person, den Vorstellungen und Gefühlen der einzelnen Kranken anzupassen.

*Informierte Selbstbestimmung:* Aufklärung mit ihren drei Grunddimensionen Information, Beratung und emotionale Stützung ist ein juristisch weitläufig abgesichertes Patientenrecht. Sie ist die Voraussetzung einer verständigen Selbstbestimmung der Kranken und ihrer Kooperation mit Ärzten, anderen Therapeuten und Familienangehörigen. Aufklärung geschieht vor allem im individuellen Arzt-Patient-Gespräch. Zunehmende Bedeutung erhalten schriftliche und audiovisuelle Informationsmaterialien und Schulungskurse. Solche werden im Augenblick von einem Arbeitskreis der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (Sprecher PD. Dr. Langer) in Zusammenarbeit mit anderen entwickelt und erprobt.

*Rasche Umsetzung gesicherter diagnostisch-therapeutischer Fortschritte in die ärztliche Praxis, Qualitätssicherung:* Diese Forderung zielt darauf, die Nutzen-Risiko-Relation rheumatologischer Maßnahmen zu jedem Zeitpunkt nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft so günstig wie möglich zu gestalten. Gesicherte, d. h. empirisch überprüfte Fortschritte sollten- auch überwiegend primärärztlich betreuten Kranken rasch zugute kommen. Die Qualitätssicherung ist eine aktuelle und juristisch normierte ärztliche Pflicht, die alle Versorgungsebenen und Leistungen betrifft. Eine wesentliche Voraussetzung jeder Qualitätssicherung ist eine fortlaufende fallbezogene Dokumentation der Krankheitsentwicklung und der durchgeführten Diagnostik und Therapie.

#### 4.2 Standards der rheumatologischen Versorgung

Bewußt vermeiden wir den soziologisch präziseren und schärferen Begriff der Norm. Normen sind immer sanktions- d. h. strafbewehrt; die Verletzung von Standards mag dagegen Rückfragen oder Befremden auslösen, sie zieht aber keine ausdrückliche Strafaktion nach sich. Sie sind nicht ohne weiteres einklagbar.

Standards können sich beziehen auf strukturelle Voraussetzungen der regionalen rheumatologischen Versorgung, etwa auf die Häufigkeit und Verteilung rheumatologischer Einrichtungen (s. u. Anhaltszahlen) oder auf ihre innere Gliederung. Sie können sich auch auf Versorgungsprozesse wie die ärztliche Arbeitsteilung und Kooperation, auf differentielle Indikationsregeln oder auf Kontrollroutinen im Laufe einer bestimmten Behandlung beziehen. Die beiden letzten Problemkreise werden i. A. von der Kommission Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie bedacht (Sprecher Prof. Keitel) und bleiben hier außer Betracht. Schließlich können Standards versuchen, Kriterien für erwünschte oder unerwünschte (Zwischen) Ergebnisse diagnostischer und

therapeutischer Routinen zu formulieren. Sie erleichtern dann die „Outcome“-Evaluation.

*Strukturelle Standards:* Die Kommission hat ihre Beratungen auf zwei zentrale Strukturelemente einer regional geordneten rheumatologischen Versorgung konzentriert: auf die Internistisch-Rheumatologische Fachpraxis und auf das Regionale Rheumazentrum.

*Fachpraxis.*- In ihr praktizieren ein oder mehrere internistisch weitergebildete Rheumatologen, die - fachkundig - über ein eigenes immunologisch-rheumatologisches Labor, eine Röntgeneinrichtung zur konventionellen radiologischen Skelettdiagnostik und ein Sonographiegerät verfügen sollten. Ihre Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen erlauben auch die Erst- und Dauerbetreuung von Patienten mit entzündlichen Erkrankungen der Bindegewebe und Gefäße. Sie kooperieren eng mit anderen ärztlichen Spezialisten (Orthopäde-Rheumatologe, Handchirurg, Dermatologe, Urologe etc.), weiteren Therapeuten (v. a. Physio- und Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialpädagogen, Pflegekräften) und Laienhelfern v. a. der Deutschen Rheuma-Liga sowie mit anderen Diensten (z. B. Diakonie), Ämtern und Behörden. Sie werden in der Regel auf Zuweisung von Primärärzten hin tätig und arbeiten mit einem regionalen und/oder überregionalen Rheumazentrum zusammen.

Nach Auffassung der Kommission können orthopädisch-rheumatologische Fachpraxen in aller Regel die internistisch fundierten funktionell nicht ersetzen; sie haben andere Aufgaben in der Betreuung anderer Krankengruppen (v. a. primäre Arthrosen, Traumata, weichteilrheumatische Störungen, angeborene und erworbene Skeletterkrankungen). Die Kommission verkennt jedoch nicht die faktische Bedeutung der Orthopäden-Rheumatologen für die hier fokussierten Krankheitsgruppen. Viele Kranke mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung werden heute zuerst dem Orthopäden vorgestellt, der sie dann seinem internistisch-rheumatologischen Kollegen überweist.

Die Aufgaben der internistisch-rheumatologischen Fachpraxen liegen vor allem

- in der Frühdiagnose der hier fokussierten Erkrankungen,
- in ihrer Mitbehandlung und Verlaufsbeobachtung,
- in der Diagnostik und Therapie aller Komplikationen der Primärerkrankung, ihrer Behandlung sowie ihrer Folge- und internistischen Begleiterkrankungen,
- in der Durchführung von bzw. Indikationsstellung zu invasiven Lokalbehandlungen (v. a. diagnostische und therapeutische Gelenkpunktionen, Synoviorthese, Gelenkeingriffe) und
- in der Leitung der Komplexbehandlung unter Berücksichtigung aller medikamentöser, operativer, physikalischer, psychologischer, pädagogischer und sozialmedizinischer Möglichkeiten.

Das primäre Herausfiltern, die rheumatologisch beratende Dauerbetreuung v. a. von Kranken mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung, das primäre Erkennen abwendbar gefährlicher Krankheitsentwicklungen und die Behandlungscoordination sind und bleiben die zentralen Aufgaben der Haus- und Familienärzte.

*Regionales Rheumazentrum:* Auch für regionale Rheumazentren lassen sich eine Reihe von notwendigen oder wenigstens wünschenswerten Strukturmerkmalen formulieren. Die Kommission orientiert sich hier stärker an den älteren Vorstellungen des Bundesverbands der Deutschen Rheuma-Liga als an der aktuellen Förderinitiative des Bundesminister für Gesundheit. Der BMG fördert im Augenblick 21 solcher Zentren. Ihr Hauptcharakteristikum ist die obligatorische Anbindung an Universitätsrheumakliniken und medizinische Fakultäten. Bei ihnen spielt das „Alles unter einem Dach“-Prinzip eine untergeordnete Rolle; im Gegenteil geht es bei der BMG-Initiative darum, einen weitläufigen regionalen Verbund aufzubauen, der Primär- und Fachärzte, Rheumatologen und Praxen von Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Psychologen usw. ebenso einbindet wie Rheumakliniken der Rehabilitationsträger, kommunale und staatliche Einrichtungen, Kostenträger und Verbände. Diese Zentren haben sich national in einem „Modellverbund BMG-geförderter Rheumazentren“ zusammengefunden (Sprecher: Prof. Zeidler, Hannover).

Die nachfolgenden Struktur- und Funktionsmerkmale sind jedoch auch für den Kernbereich der BMG-geförderten Rheumazentren maßgebend:

Ein regionales Rheumazentrum sollte umfassen/zur Verfügung haben

- internistisch-rheumatologische Klinik/Abteilung mit Akut-Krankenhausbetten im Krankenhausbedarfsplan des jeweiligen Bundeslandes,
- operative und konservative orthopädische Klinik/Abteilung mit eigenen Betten,
- Ermächtigungssambulanz(en),
- rheumatologisch-diagnostische Abteilungen (Röntgendiagnostik, Nuklearmedizin, Labor auch für Synovialanalysen, Sonographie),
- weitere diagnostisch-therapeutische Abteilungen (u. a. Endoskopie)
- ärztliche Konsildienste (v. a. Haut, Augen, Neurologie, HNO, Gynäkologie, Urologie),
- Krankengymnastik, physikalische Therapie, Ergotherapie, Orthopädische Werkstatt,
- Psychologie, Sozialdienst, Rehabilitationsfachdienste, Seelsorge,
- Beratungsdienst Deutsche Rheuma-Liga,
- Dokumentationsabteilung, Abteilung für klinische Forschung.

Außerdem sollte eine Weiterbildungsermächtigung für die beiden zentralen Fächer Innere Medizin-Rheumatologie und Orthopädie-Rheumatologie vorliegen. Die entsprechenden Kollegen sollten auch über die Weiterbildungsbefähigung für die fachspezifische Labor- und/oder Röntgendiagnostik verfügen. Als weiterer Bestandteil wäre an eine Tagesklinik zur semistationären Rehabilitation zu denken. Unerlässlich ist die Möglichkeit zu Notfallaufnahmen und zur Behandlung von Schwerkranken. Erforderlich ist schließlich eine enge Zusammenarbeit mit einer rheumatologisch orientierten Rehabilitationsklinik. Die Funktionen regionaler Rheumazentren lassen sich folgendermaßen beschreiben:

- konsiliarische und Mitbehandlung von Rheumakranken auf Zuweisung von Primärärzten oder den o. g. Fachärzten,
- interdisziplinäre stationäre und semistationäre Behandlung incl. Nachsorge von Kranken mit Schüben und gefährlichen Krankheitsentwicklungen,
- Mitwirkung an der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation,
- Bildung eines regionalen rheumatologischen Arbeitskreises,
- Aus-, Weiter- und Fortbildung aller im Feld der Rheumatologie arbeitenden Fachleute und Laienhelfer
- Aufbau und Pflege eines regionalen Behandlungsfall-Registers,
- Mitwirkung an der regionalen Qualitätssicherung, Planung und Koordination der rheumatologischen Versorgung,
- klinische und therapeutische Forschung.

Es zeigt sich, daß ein Regionales Rheumazentrum, ob an eine Universitätsrheumaklinik angebunden oder nicht, Aufgaben wahrzunehmen hat, die weit über die rheumatologische Mitbehandlung von einzelnen Patienten hinausgehen. Es übernimmt auch Verantwortung für die Qualität der Versorgung in „seiner“ Region. Eine der wichtigsten Erfahrungen aus dem von BMFT jahrelang geförderten Verbund „Wohnortnahe Versorgung Rheumakrankter“ (23) ist, daß diese Koordinationsaufgaben sich nicht von selbst verstehen und erledigen, sondern gesondert bedacht und mit dafür extra bereitgestelltem Personal gelöst werden müssen. Es ist davon auszugehen, daß jedes Rheumazentrum wenigstens einen (ärztlichen) Mitarbeiter braucht, der sich in Zusammenarbeit mit allen regionalen Verantwortungsträgern (u. a. Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Rentenversicherungen, Sozialministerium, Rheumaliga) der Planung, Entwicklung und Koordination der regionalen Versorgung widmet.

*Prozessurale Standards:* Da Unklarheiten über die Arbeitsteilung und Zusammenarbeit zwischen unterschiedlich spezialisierten Ärzten zu einer Quelle zahlreicher Mißverständnisse und Mißhelligkeiten zu Lasten der Kollegialität und der Patienten geworden sind, hat die Kommission ein (idealisiertes) Flußdiagramm entwickelt, das den Weg eines Rheumakranken vom Primärarzt zu einem niedergelassenen bzw. ermächtigten Rheumatologen und einem Rheumazentrum (zur stationären Behandlung) vorzeichnet (Abb. 1, 2).

Die Kommission hofft, daß dieser Plan nach seiner Diskussion als Standard in der kooperativen Betreuung von Rheumakranken akzeptiert werden kann. Er beinhaltet Kranken- und Leistungskategorien, die noch einmal skizziert werden sollen: Für die Überweisung eines Kranken mit einem „rheumatischen Syndrom“ an einen niedergelassenen/ermächtigten Rheumatologen sind unter Berücksichtigung zeitlicher Überlegungen das Gelingen bzw. Mißlingen einer Struktur- und Krankheits-Diagnose

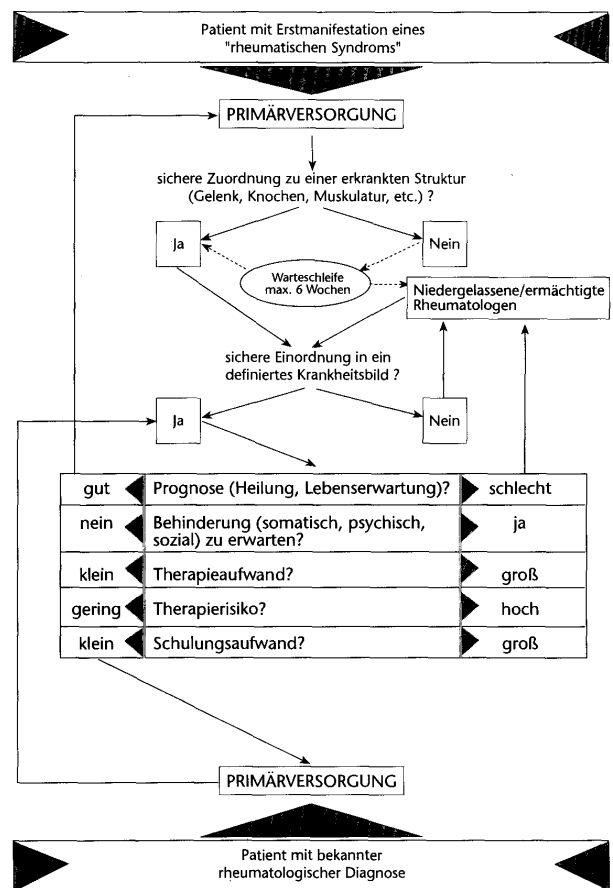


Abb. 1. Zusammenarbeit von Primärärzten und Rheumatologen bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises

sowie fünf prognostische Abschätzungen wichtig. Selbstverständlich gilt die genannte „Warteschleife“ von maximal 6 Wochen nicht, wenn einer der (seltenen) rheumatologischen Notfälle zu unterstellen ist (u. a. Pyarthrose, systemische Vasculitis, schwere extraartikuläre Organmanifestationen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen, schwere Nebenwirkungen antirheumatischer Therapien).  
Sonst bezieht sich der Vorschlag auf Inzidenzfälle ebenso wie auf Kranke mit einer bekannten Diagnose. Für das Hinzuziehen von Rheumakliniken/-zentren (meist wohl im Rahmen eines stationären Aufenthaltes) gilt Analoges - jedoch auf einem anderen Niveau diagnostischer oder therapeutischer Anforderungen bzw. Voraussetzungen (u. a. im apparativ-technischen Bereich).

#### 4.3 Anhaltszahlen

Niedergelassene/ermächtigte Rheumatologen: In Großbritannien gilt i. A. ein (nicht erreichter) Schlüssel von einem vollzeitig beschäftigten Rheumatologen (internistischer Prägung) auf 150000 Einwohner (30). Dieses Verhältnis ist in Holland verwirklicht. In Schweden ist eine Relation von etwa 1: 100000 zu beobachten, in Kanada wird sie angestrebt (8, 24, 35), in den USA unterschritten (20). Frankreich hatte schon Mitte der 80er Jahre ein Verhältnis von 1 :41000 erreicht (29).

Auch wenn vieles für ein noch günstigeres Verhältnis spricht, so ist doch zu akzeptieren, daß dies in der BRD i. A. nicht zu erreichen sein dürfte. Die jüngsten Zahlen der Bundesärztekammer lassen, wie gesagt, eine aktuelle Relation von einem (in die kassenärztliche Versorgung involvierten) internistischen Rheumatologen auf etwa 500000 Einwohner vermuten unter der unsicheren Annahme, daß ein Drittel der 184 am 31.12.1991 im Krankenhaus arbeitenden Rheumatologen zur kassenärztlichen Versorgung ermächtigt ist. Damit stünden etwa 120 Rheumatologen für die ambulante Betreuung von etwa 62 Millionen Einwohner zur Verfügung.

Um ein Verhältnis von 1: 150000 zu erreichen, würden wir knapp 300 zusätzliche Rheumatologen benötigen.  
Rheumatologische Akutkrankenhausbetten: Nach ausführlichen Beratungen hält die Kommission eine Relation von 50 akutrheumatologischen Betten pro eine Million Einwohner für ausreichend. Typische Indikationen zur stationären Aufnahme sind rheumatologische Notfälle (s. o.), Schubsituationen chronischer Krankheiten, besonders wenn Funktionsverluste drohen und eine ambulant nicht zu verwirklichende Komplexbehandlung notwendig wird, diagnostische Unklarheiten bei potentiell gefährlichen Erkrankungen und überwachungsintensive Behandlungsverfahren. Die angegebene Anhaltszahl ist geringer als eine früher von der EULAR (European League against Rheumatism) genannte. Dies liegt auch daran, daß wir in der BRD in den Betten der Rehabilitationskliniken über ein weiteres Potential an stationärer Behandlungskapazität verfügen, das in anderen Ländern nicht zur Verfügung steht. Daneben fällt die Erfahrung ins Gewicht, daß ein Teil anderswo stationär behandelter Fälle ebensogut ambulant und wohnortnah (mit)behandelt werden kann. So ist es heute sicher nicht mehr zu vertreten, Ersteinstellungen auf eine Basistherapie regelmäßig stationär vorzunehmen.

Es empfiehlt sich, die Zahl von 50 Betten pro 1 Million Einwohner unter Berücksichtigung der Alters und Geschlechtszusammensetzung der jeweils betrachteten Bevölkerung zu über-/unterschreiten. Die meisten unserer Zielkrankheiten weisen eine mit dem Alter zunehmende Prävalenz auf und sind bei Frauen häufiger als bei Männern.

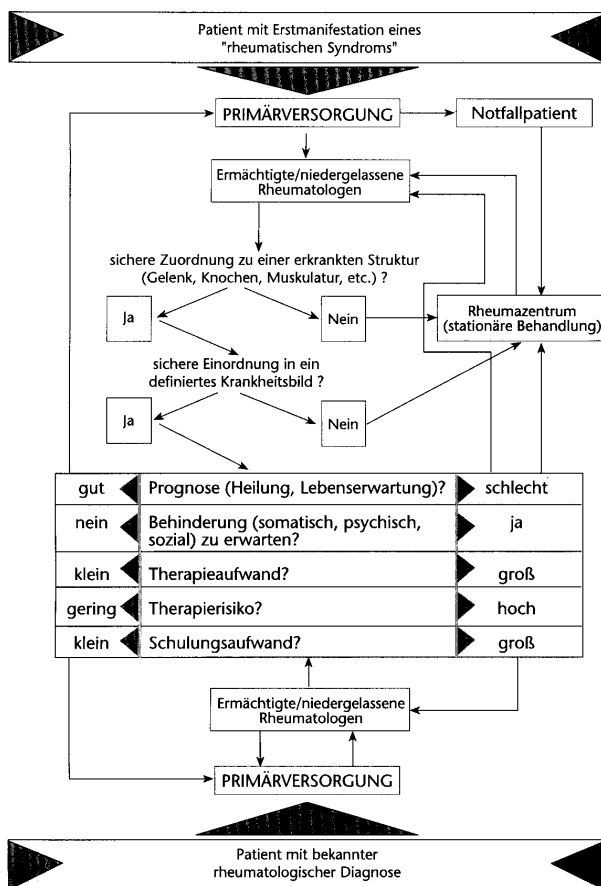


Abb. 2. Die Integration von Rheumazentren in die Zusammenarbeit von Primärärzten und Rheumatologen

Anhaltzahlen für *Tagesklinik-Plätze* stehen bisher nicht zur Verfügung. Indikationen und Erfolge semistationärer Behandlungsweisen sind noch weitgehend ungeklärt. In letzter Zeit zeichnet sich ein starkes Interesse der Träger der medizinischen Rehabilitation an ambulanten und semistationären Verfahren ab. Die Durchführung kontrollierter Modellversuche ist dringend geboten.

Auch die Zahl der benötigten Betten in rheumatologisch orientierten *Rehabilitationskliniken* ist nicht bekannt. Sie ist angesichts fehlender Bedarfsannahmen zur Zeit auch nicht zu ermitteln. Ein Rekurs auf die heute tatsächlich zur Verfügung stehenden stationären Behandlungsmöglichkeiten hilft nicht weiter, da einerseits eine erhebliche Fehlbelegungsquote (20%?), andererseits eine rehabilitative Unterversorgung (s. u. Kapitel 5.6) zu vermuten sind.

*Regionale Rheumazentren:* Eine gleichmäßige rheumatologische Grundversorgung der Bevölkerung mit Hilfe niedergelassener Rheumatologen vorausgesetzt, geht die Kommission heute von einem Bedarf von einem regionalen Rheumazentrum pro zwei bis drei Millionen Einwohner aus. Die Anfahrtswege zum Zentrum sollten für Patienten (und Ärzte) 100 km nicht überschreiten. Eine genauere regionale Planung hätte zusätzliche Variablen wie Siedlungsform, Bevölkerungsdichte, traditionelle Orientierungen der Einwohnerschaft, Verkehrsanbindungen u. a. zu berücksichtigen.

Auf der Basis dieser sehr groben Anhaltzahl errechnet sich ein Bedarf von etwa 35 Rheumazentren für die gesamte BRD. 20 universitätsnahe Zentren werden heute vom Bundesminister für Gesundheit gefördert. Weitere existieren in Form hochqualifizierter Rheumakliniken ohne direkte Universitätsanbindung.

Damit scheint die o. g. Forderung quantitativ in naher Zukunft zu erfüllen zu sein. Dies schließt regionale Disparitäten und qualitative Mängel, auch an bestehenden oder gerade gegründeten Rheumazentren, nicht aus.

Anhaltzahlen für orthopädisch-operative wie -konservative Behandlungsmöglichkeiten, kinderrheumatologische Betten, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, psychologische Dienste, Schulungskurse und andere Gruppentherapieangebote liegen außerhalb des Horizonts dieses ersten Memorandums. Sie sollten in einer späteren Fassung enthalten sein.

---

## 5. Defizite in der wohnortnahen rheumatologischen Versorgung

### 5.1 Behandlungsdefizite im Bereich der kassenärztlichen Versorgung

Die unter 3.2 dargestellten Ergebnisse versorgungsepidemiologischer Beobachtungen lassen keinen Zweifel an einer erheblichen Unterversorgung des größten Teils

der cP-Kranken auf Gemeindeebene. Ähnlich dürfte es nach in Hannover und Lübeck vorliegenden epidemiologischen Daten für Kranke mit invalidisierenden Schmerzsyndromen aussehen.

Die Behandlungsdefizite lassen sich für alle Facetten der Komplexbehandlung nachweisen, auch für den nicht näher ausgeleuchteten Bereich der sog. komplementären Behandlungsformen bis hin zu ungenügend entwickelten Transportdiensten für schwerbehinderte Kranke.

Eine bemerkenswerte Ausnahme macht möglicherweise die orale Behandlung mit Corticosteroiden, die sich bei 13% aller in der Gemeinde Hannover identifizierten cP-Kranken finden ließ (21). Zusätzlich begegneten wir auffällig häufig (idem, 66) Injektionen (bei 24070 der Kranken in den letzten 12 Monaten). Beides stimmt mit Daten einer vergleichenden Untersuchung Hannover/Cardiff überein (Gansauge 1990): Kranke mit einer frühen cP hatten in der Region Hannover vor ihrem ersten Kontakt mit einer rheumatologischen Ambulanz häufiger Steroide und (meist intramuskuläre) Injektionen erhalten. Es ist zu vermuten, daß auch hierbei oft cortisonhaltige Präparate gebraucht worden waren.

Diese Daten könnten als Hinweise auf qualitative Einschränkungen der primär- und sekundärärztlichen Versorgung aufgefaßt werden. In den Augen der Kommission reflektieren sie jedoch in allererster Linie die Unterversorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen und/oder ermächtigten Rheumatologen.

Angesichts der geringen Zahl und Heterogenität der Kranken mit den o. g. Zielkrankheiten in den Praxen von Nicht-Rheumatologen erwartet die Kommission nicht, daß die Qualität der ambulanten Versorgung über eine Intensivierung der rheumatologischen Aus-, Weiter- und Fortbildung dieser Primär-/Sekundärärzte wesentlich gesteigert werden kann. Die Grenzen des Fortbildungsmodells sind bei Krankheiten mit einer Prävalenz von unter 1% (zu denen gehören z. B. alle entzündlich-rheumatischen Krankheiten) rasch erreicht (s. u.).

Deshalb ist die Funktion von Primärärzten bei solchen Kranken anders zu fassen (s. o. Kapitel 4.2). Inhalte und Form der Aus-, Weiter- und Fortbildung sind entsprechend zu gestalten.

### 5.2 Das Fehlen von niedergelassenen / ermächtigten Rheumatologen

Bezogen auf eine Anhaltzahl von einem vollschichtig tätigen Rheumatologen auf 150000 Einwohner ist für den westlichen Teil der Bundesrepublik ein Mangel von derzeit 300 Rheumatologen internistischer Prägung wahrscheinlich (s. o. Kapitel 4.2). In den östlichen Bundesländern mag die Situation günstiger sein und bleiben. PD Dr. Keysser berichtete von 5 niedergelassenen und 4 ermächtigten Internisten-Rheumatologen im Land Mecklenburg-Vorpommern, bei 1,9 Millionen Einwohnern, entsprechend einem Verhältnis von 1: 210000. Hinzu kamen

(Stand April 1992) 14 niedergelassene Ärzte ohne rheumatologische Teilgebietsbezeichnung, die früher (meist nebenamtlich und als Allgemeinärzte) in Rheumadispensaires tätig waren. Dennoch finden sich auch in diesem Bundesland 12 von 40 Kreisen ohne einen Rheumatologen - ein Hinweis auf die immer wieder zu beobachtenden regionalen Disparitäten. Von anderen Kommissionsmitgliedern wurde vermutet, daß die Situation in anderen neuen Bundesländern eher schlechter sei. Genaue Daten stehen jedoch nicht zur Verfügung.

Es ist zu vermuten, daß sich in den alten Bundesländern eine größere Zahl von Rheumatologen niederlassen würde, wenn sich die finanziellen Bedingungen und Erträge einer rheumatologischen Praxis denen anderer Fachpraxen angleichen ließen. Die zeitaufwendige rheumatologische Untersuchung von polyartikulär Erkrankten mit überdurchschnittlicher Komorbidität (die typische eP-Kranke!) und ihre Beratung werden zur Zeit nicht angemessen vergütet. So gibt es eine Reihe von Internisten-Rheumatologen, die als Allgemeininternisten praktizieren und es vermeiden, den Anteil von chronisch Rheumakranken auf über 50% ihrer Klientel ansteigen zu lassen. Andere scheuen aus den gleichen Gründen bereits die Niederlassung und ziehen eine klinische Tätigkeit vor.

### 5.3 Ärztliche Zusammenarbeit

Auch dort, wo niedergelassene/ermächtigte Rheumatologen zur Verfügung stehen, werden sie verspätet und ungleichmäßig in Anspruch genommen (cf. Kapitel 3.2). Die Zeit seit der Erstmanifestation spezifischer Symptome und der rheumatologischen Vorstellung lag bei den der Rheumaambulanz der Medizinischen Hochschule Hannover zugewiesenen cP-Fällen Mitte der 80er Jahre bei 7 Jahren. Offensichtlich trafen die zuweisenden Kollegen zusätzlich eine Vorauswahl. Obwohl 95% aller cP-Kranken einen Hausarzt hatten und mehr als 60010 aller in der Stadt Hannover niedergelassenen Allgemeinärzte, Internisten und Orthopäden mit der Ambulanz kooperierten, schöpfte diese kaum mehr als 20% der regionalen cP-Prävalenz aus. Die Ärzte überwiesen selektiv - vorzugsweise jene Patienten, die mit einer hohen BSG, einer Vielzahl von Gelenkschwellungen, einem positiven Rheumafaktor und einer stärkeren Behinderung auffielen. Alter, Geschlecht, Schmerzintensität und Röntgenmorphologie spielten eine deutlich geringere Rolle (21). Dennoch waren selbst von den Kranken mit einer klassischen cP weniger als 50% jemals der Rheumaambulanz vorgestellt worden.

Hierfür dürften Konkurrenzüberlegungen keine wesentliche Rolle gespielt haben. Eine Ermächtigungsambulanz ist eine vergleichsweise „ungefährliche“ Einrichtung. Sie kann von den Kranken nur mit einem Überweisungsschein erreicht werden. Der Hausarzt bleibt der Herr des Verfahrens. Die Überweisung führt deswegen fast nie zu einem „Verlust“ des Patienten, wie er häufiger

zu beobachten ist, wenn z. B. ein Primärarzt einen Kranken zu einem niedergelassenen Facharzt überweist.

### 5.4 Aus- und Weiterbildung

Die Qualität und Intensität der rheumatologischen Ausbildung von Medizinstudenten dürfte sehr unterschiedlich sein. Die überwiegende Zahl der medizinischen Fakultäten verfügt über keine gesonderte rheumatologische Klinik oder Abteilung. Es ist angesichts der erreichten Spezialisierung in der Inneren Medizin stark zu bezweifeln, daß Nicht-Rheumatologen zu einer zeitgemäßen rheumatologischen Ausbildung (Vorlesung Untersuchungskurs, Electives) in der Lage sind.

Auch dort, wo Rheumatologie im klinischen Abschnitt des Medizinstudiums gelehrt wird, scheint es nach Erfahrungen einzelner Kommissionsmitglieder nicht gesichert, daß sich das Curriculum an der wahren Prävalenz und Inzidenz der verschiedenen rheumatischen Krankheiten orientiert. Vermutlich gilt auch hier das "inverse care law" (34), das von einer inversen Korrelation von akademischer Unterrichtsintensität und wahrer Häufigkeit der behandelten Krankheiten ausgeht. Sichere Daten hierzu fehlen jedoch.

Die geringe Zahl der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Rheumatologen weist auf quantitative Defizite in der rheumatologischen Weiterbildung hin. Die aktuelle Zahl der in der BRD zur Verfügung stehenden Weiterbildungsplätze für Rheumatologen ist unbekannt. Ein „rheumatology manpower register“ (30) wie in England existiert bei uns nicht. Die Kommission appelliert an die Gesellschaft, ein solches einzurichten bzw. aus ihrer Mitgliederdatei zu extrahieren.

Eine 1989 von Gärtner durchgeführte Befragung aller rheumatologisch orientierten stationären Einrichtungen in den alten Bundesländern identifizierte 45 Kliniken mit einer internistisch-rheumatologischen und 23 mit einer orthopädisch-rheumatologischen Weiterbildungsermächtigung (s. o. Kapitel 3.3). 31 der 45 Kliniken berichteten von der Möglichkeit zur vollen Weiterbildung im Teilgebiet.

Die Kommission hält es nicht für ausgeschlossen, daß diese Zahl der Weiterbildungsstätten im Prinzip ausreicht, um die Zahl der Rheumatologen im Gleichgewicht zu halten und ihr Defizit, wenn auch sehr langsam, abzubauen. Die Zahl reicht nicht, um dieses Defizit in kurzer Zeit zu beseitigen.

Ob es langfristig gelingt, die regionalen Disparitäten auszugleichen, ist eine andere Frage. Schon heute gibt es Städte mit einer annähernd ausreichenden Zahl von Rheumatologen (z. B. Freiburg, Marburg, Braunschweig, Regensburg), während andererseits ganze Landstriche ohne jede fachrheumatologische Versorgung auskommen müssen. Es ist zu bezweifeln, dass die heute zur Verfügung stehenden Mittel der Niederlassungsförderung bzw. Zulassungsbeschränkung (§ 103 SGB V) ausreichen, um

eine regional gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung zu erzielen. Die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung erfaßt zur Zeit keine Teilgebiete, sondern arbeitet ausschließlich auf der Ebene der Gebiete (z. B. Innere Medizin). Eine solche Betrachtung kommt seit Jahren zum Ergebnis einer fortlaufend zunehmenden Überversorgung (etwa mit Internisten) und verdeckt damit gravierende Defizite in den Teilgebieten.

### 5.5 Stationäre Versorgung (Akutkrankenhäuser, Universitätskliniken)

Auf dieser Versorgungsebene sind regionale und qualitative Defizite wahrscheinlicher als rein quantitative.

Die von der Kommission für notwendig gehaltene Zahl von *rheumatologischen Betten im Bereich von Akutkrankenhäusern* wird in einigen Bundesländern erreicht oder überschritten, während sie in anderen deutlich zu niedrig oder nicht einmal bekannt ist (cf. Tabelle 2).

Ähnliches scheint für die Zahl der *Regionalen Rheumazentren* zuzutreffen. Dennoch ist hier von einem offenen Bedarf von etwa 15 weiteren Zentren auszugehen, um die fall- und regionenbezogenen Funktionen der Zentren in der gesamten BRD erfüllen zu können. In Schleswig-Holstein wird die überregionale Koordination der rheumatologischen Versorgung i. A. vom Landesverband der Deutschen Rheuma-Liga wahrgenommen - eine Lösung, die für die komplementäre Versorgung erhebliche Vorteile aufweist, auf die ärztliche jedoch (bisher) kaum Einfluß nehmen kann. Möglicherweise ist hier das Instrument des „Landesrheumaplan“ hilfreich, das im Augenblick in Schleswig-Holstein verfolgt wird (s. u.).

In Zukunft ist, z. B. im Bereich Rheumazentren auch auf eine länderübergreifende Bedarfsplanung zu hoffen, die durch die dezentrale Planungshoheit der Bundesländer erschwert sein dürfte.

Ein spezielles Defizit gibt es im Bereich der *Universitätsrheumakliniken*. Solche Abteilungen stehen nicht in allen Bundesländern gleichmäßig zur Verfügung. Hier scheint die o. g. Initiative des Bundesminister für Gesundheit eine gewisse Abhilfe schaffen zu können, indem sie einige Fakultäten möglicherweise zu einer entsprechenden Spezialisierung anregt. Heute ist noch davon auszugehen, daß schwerstkranke Rheumapatienten (z. B. mit Vaskulitis, Multiorgangefährdung) nicht überall den gleichen Zugang zu einem universitären Rheumazentrum haben.

### 5.6 Medizinische Rehabilitation

Ob quantitative Defizite im Bereich der rheumatologischen Rehabilitation bestehen, ist bei fehlenden Anhaltzahlen und einer offenen Definition der „Rehabilitationsbedürftigkeit“ i. A. nicht zu klären.

Prozedurale Defizite scheinen der Kommission naheliegender: Nach unveröffentlichten Daten aus Hannover erhielten nur ein Viertel aller der Rheumaambulanz der MHH erstmals vorgestellten berufstätigen cPKranken in den letzten 5 Jahren eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme. Fast alle erfüllten die gesetzlichen Vorgaben einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit und einer positiven Reha-Prognose. Vergleichbares galt für deutsche Einwohner Lübecks im Alter von 25 bis 74 Jahren mit chronisch-dysfunktionalen Rückenschmerzen (Punktprävalenz etwa 6%, die Raspe und Mitarbeiter 1990/91 untersuchten. Hier war „nur“ die Hälfte aller entsprechenden Personen jemals in ihrem Leben in den Genuß einer Heilbehandlung gekommen - ein Hinweis auf eine wenigstens ungleichmäßige rehabilitative Versorgung.

Defizite existieren auch in der heute noch unflexiblen Gestaltung der medizinischen Rehabilitation, die sich nach den Beratungen der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger für variable Behandlungsdauern und ambulante/semistationäre Behandlungsformen öffnen sollte (27). Dringend zu entwickeln sind auch trägerübergreifende Standards und Prozeduren der Qualitätssicherung in der Rehabilitation.

### 5.7 Verknüpfungen zwischen verschiedenen Versorgungsebenen und -arten

Immer wieder ist kritisch auf die starre „Versäulung“ unserer Versorgungsstrukturen hingewiesen worden. Ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung stehen wenig verbunden nebeneinander. Es mangelt an Integration; die Schwellen von einem zum anderen System sind hoch.

Besondere Defizite sieht die Kommission im Übergangsbereich von der ambulanten zur rehabilitativen Versorgung. Dies betrifft sowohl die Zuweisung von rehabilitationsbedürftigen Kranken an entsprechende Reha-Einrichtungen als auch die Nachsorge nach einer abgeschlossenen Heilmaßnahme.

Die wahrscheinlich überlegenen Erfolge einer zeitlich begrenzten rehabilitativ orientierten Krankenhausbehandlung von cP-Kranken (16) sind nicht angemessen zur Kenntnis genommen worden. Die in Kapitel 3.3 dargestellten Daten weisen auf eine Unterinanspruchnahme stationärer Leistungen jedenfalls bei cP-Kranken hin.

Vom Instrument des nachgehenden Rheumafunktionstrainings wird kaum Gebrauch gemacht. Die „stufenweise Eingliederung in den Arbeitsprozess“ ist vielen niedergelassenen Ärzten unbekannt und wird selten genutzt.

## 6. Zur Weiterentwicklung der wohnortnahen rheumatologischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

### 6.1 Konzept- und Wissensentwicklung

Eine wesentliche Voraussetzung jeder Weiterentwicklung ist es, in Abstimmung mit allen interessierten Gruppen *integrativ-kooperative Konzepte der wohnortnahen Versorgung chronisch Rheumakrankter* zu entwickeln, zu evaluieren und zu realisieren.

Ein wichtiger aktueller Schritt in dieser Richtung ist in der Förderung des Aufbaus und der begleitenden Evaluation von 20 regionalen *Rheumazentren* durch den Bundesminister für Gesundheit (BMG) zu sehen.

Diese Initiative kann als Weiterentwicklung der Förderung des langjährigen Verbundprojektes „Wohnortnahe Versorgung Rheumakrankter“ (Projekträger Forschung im Dienste der Gesundheit 1992) durch den Bundesminister für Forschung und Technologie (BMFT) betrachtet werden. Für die Versorgungsplanung wesentliche Ergebnisse sind auch vom Förderschwerpunkt Rheumaepidemiologie des BMFT zu erwarten (22).

Viele Fragen zur Häufigkeit spezieller Krankheiten auf den verschiedenen Ebenen des Versorgungssystems (z. B. Vaskulitis), zu den Implikationen und Ergebnissen der heute üblichen Versorgung von chronisch Rheumakranken, nach Qualitätsstandards und ihrer Sicherung und nach der Effektivität und Effizienz von gezielten Veränderungen sind heute noch unbeantwortet.

Sie bedürfen einer auf Dauer gestellten *Rheumaepidemiologie* und *Versorgungsforschung* (Health Services Research in Rheumatology, 11) in enger Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. Deskriptive Studien werden zur Zeit noch ebenso benötigt wie analytische und experimentelle. So hat die nationale und regionale Gesundheitsberichtserstattung BRD das Problem rheumatischer Erkrankungen bisher grob vernachlässigt. Außerdem sind der Kommission keine kontrollierten Studien bekanntgeworden, die etwa in randomisierten Designs verschiedene Versorgungsmodelle bzw. -elemente miteinander verglichen hätten. Auf die Bedeutung eines Rheumatologen/Rheumatologie-Abteilungs-Registers wurde oben hingewiesen.

Die Kommission begrüßt und unterstützt den Bericht der Kommission für studentische Ausbildung (Z. Rheumatol 51 (1992), 261-264). Damit sind in der BRD erstmals Anhaltszahlen und Standards für die rheumatologische Grundausbildung von Ärzten formuliert worden.

Eine rasch zu klärende Unsicherheit besteht über die aktuelle und notwendige Zahl an rheumatologischen *Weiterbildungsplätzen*. Das im April 1992 erschienene prognos-Gutachten zu „Stand und Entwicklung der Pneumologie in der Bundesrepublik Deutschland“ hat

an einem anderen Fach verdeutlicht, daß entsprechende Schätzungen mit großen Unsicherheiten verbunden sind.

Dieses Memorandum hat sich besonders mit der *ärztlichen* Versorgung von Rheumakranken beschäftigt und die Probleme der *komplementären* Behandlungsweisen vernachlässigt. Die Konzeptualisierung, Integration, Evaluation und Sicherstellung dieser Versorgungssteile ist eine der wesentlichen Aufgaben der Fortschreibung des Memorandums.

Die Kommission hätte aus ihrer Sicht keine Bedenken gegen das vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1989 und 1992 erwogene *Primärarztmodell* (28), wenn sichergestellt würde, daß das Curriculum der Primärärzte die Basisdiagnostik und die Therapie chronisch-rheumatischer Erkrankungen in angemessener Weise berücksichtigt und daß niedergelassene und ermächtigte Rheumatologen von allen Primärärzten unmittelbar in Anspruch genommen werden könnten, d. h. ohne die Zwischenschaltung von Fachärzten ohne rheumatologische Spezialisierung.

In diesem Zusammenhang wäre es hilfreich, einen *Katalog von Fällen bzw. Problemstellungen und Leistungen* zu entwickeln, die in die spezielle Verantwortung von Rheumatologen fallen. Dies würde auch die Formulierung und Sicherung von rheumatologischen Anhaltszahlen und Qualitätsstandards erleichtern. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie hat eine Kommission zur Qualitätssicherung eingesetzt (Sprecher: Prof. Keitel, Vogelsang/Magdeburg).

Abschließend sei auf die Bedeutung der *klinischen* und der *Grundlagen-Forschung* (unter Einschluß auch der medizinischen Psychologie, Soziologie, Psychosomatik) für die Weiterentwicklung der rheumatologischen Versorgung hingewiesen. Die Behandlung vieler der hier interessierenden Krankheiten ist überwiegend empirisch, aber nicht pathogenetisch oder ätiologisch fundiert. Systematisch werden sich wesentliche therapeutische Fortschritte nur dort erreichen lassen, wo eine Klärung der Pathoätiologie der Krankheiten gelingt.

### 6.2 Instrumente der Versorgungsplanung und -Steuerung

Als zentrales Problem unserer rheumatologischen Versorgung sieht die Kommission den Mangel an niedergelassenen bzw. ermächtigten Rheumatologen. Sie bezweifelt, daß die kassenärztliche rheumatologische Versorgung unserer Bevölkerung zur Zeit quantitativ und qualitativ sichergestellt ist. Nach ihrer Auffassung bedarf es dringend einer gezielten Bedarfsplanung auf der Basis der o. g. Anhaltszahlen und der Schaffung von Anreizen für die Niederlassung von Rheumatologen.

Hierzu gehört auch - und dies ist eine zentrale Forderung - die Abgrenzung von spezifisch-rheumatologischen Leistungen bzw. Abrechnungsziffern. Zum Beispiel erfordert die vollständige Erfassung (und Do-

kumentation) eines Gelenk- und Wirbelsäulenstatus einen etwa fünfzehnminütigen Arbeitsgang. Der ärztliche Gesamtzeitaufwand erreicht für einen erstmals vorgestellten Patienten ohne weiteres 45 Minuten. Dies unterscheidet sich sehr deutlich vom Aufwand einer gezielten cardiologischen, pulmonologischen oder angiologischen Untersuchung. Das Vergütungssystem nimmt auf solche Unterschiede bisher keine Rücksicht. Daneben könnten als weitere finanzielle Anreize Umsatzgarantien und Anpassungen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen an die rheumatologischen Praxisbesonderheiten vorgesehen werden. Die Kommission plädiert für die parallele Entwicklung von Qualitätssicherungsprogrammen. Dabei sollte nicht nur (wie bisher üblich) die Strukturqualität, sondern auch die Qualität von Versorgungsprozessen und -ergebnissen Berücksichtigung finden. Es ist zu erwarten, daß hier die Arbeit der o. g. Rheumazentren (u. a. qua Entwicklung von diagnostisch-therapeutischen Standards, rheumatologischen Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln, Fortbildungsmaßnahmen) maßgebend wird.

In den meisten Bundesländern ist eine Bedarfsplanung im Bereich von Teilgebieten/Schwerpunkten nicht vorgesehen. Typischerweise wird nur die Ebene der Gebiete (z. B. Innere Medizin) berücksichtigt. Eine solche Betrachtung führt in aller Regel (aber fälschlicherweise !) zu der Feststellung einer internistischen Überversorgung, auch wenn sich dahinter ein gravierender Mangel an Internisten-Rheumatologen verbirgt. Hier muß dringend differenziert werden.

Es gibt auch noch Bundesländer, die auf eine Bedarfsanalyse und -planung im Bereich der stationären rheumatologischen Versorgung verzichten. Systematische Planung zur Versorgung mit semistationären oder tagesklinischen rheumatologischen Betten/Leistungen sind der Kommission überhaupt nicht bekannt geworden. Auch für diese beiden Bereiche sollten von allen Bundesländern Bedarfspläne entwickelt werden.

Dabei wäre auf eine Integration der rehabilitativ orientierten Einrichtungen zu achten. Sie stellen eine hochentwickelte und qualifizierte Säule der rheumatologischen Versorgung dar. Schon lange substituieren zahlreiche Rheumakliniken (meist von den Rentenversicherungsträgern belegt) Defizite in der ambulanten wie stationären rheumatologischen Versorgung der Bevölkerung. Bislang ist es aber zu keiner systematischen Integration der unterschiedlichen Versorgungssysteme gekommen.

Es könnte die Aufgabe der regional gegliederten Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga werden, sich für die bisher vernachlässigte Sicherstellung einer angemessenen flächendeckenden Versorgung mit komplementären Leistungen zu engagieren. In Schleswig-Holstein wird in diesem Sinne ein „Landesrheuma-Plan“ vorbereitet, der voraussichtlich Ende 1994 zur Verfügung stehen wird. In ihm werden auch die Berufsgruppen der Pflegekräfte,

Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialpädagogen und Psychologen berücksichtigt werden.

---

## 7. Empfehlungen

### 7.1 Zusammenfassung und vorrangige Schritte zur Weiterentwicklung und Optimierung der wohnortnahen rheumatologischen Versorgung

Die rheumatologische Versorgung der Bevölkerung der BRD hat in den letzten Jahren erkennbare Fortschritte gemacht. Dennoch bestehen weitere Defizite - gemessen an Standards und Möglichkeiten unseres eigenen Systems, an den Ergebnissen und Erfahrungen der in der BRD durchgeführten Modellvorhaben, an der Situation in anderen europäischen Ländern und am allgemeinen rheumatologischen Wissen.

Das Memorandum konzentriert sich in Beschreibung, Analyse und Bewertung in erster Linie auf die internistisch-rheumatologische Versorgung einer kleinen Gruppe von Kranken mit potentiell gefährlichen multifokalen Erkrankungen (entzündlich-rheumatische Erkrankungen, Polyarthropathien bei Stoffwechselerkrankungen, invalidisierende Schmerzsyndrome). Ihre Prävalenz wird (sehr konservativ) auf etwa 4% unter den Erwachsenen geschätzt. Bei allen diesen Kranken besteht ohne jeden Zweifel die Notwendigkeit einer kontinuierlichen rheumatologischen (Mit)-Behandlung - während der hausärztlichen Betreuung ebenso wie im Akutkrankenhaus oder in der Rehabilitationsklinik.

Eine solche ist in der BRD nach allen versorgungsepidemiologischen Befunden und den persönlichen Erfahrungen der Kommissionsmitglieder zur Zeit nicht flächendeckend und gleichmäßig gewährleistet.

Heute erreicht nur eine Minderheit (weniger als ein Drittel) der Kranken mit einer chronischen Polyarthritid überhaupt einen Rheumatologen, die erste Überweisung erfolgt im Mittel nach 5 und mehr Jahren; eine kontinuierlich-krankheitsbegleitende Mitbehandlung ist noch seltener gegeben; es resultieren belegbare Defizite in der medikamentösen, komplementären und chirurgischen Behandlung.

Die Kommission sieht strukturelle und funktionelle Defizite in folgenden Bereichen unseres Gesundheitswesens als ursächlich an:

*1. Rheumatologische Ausbildung von Ärzten:* Die Rheumatologie ist nur an einem Teil der medizinischen Fakultäten als eigenständiges Fach etabliert. In den alten Bundesländern finden sich nur an 9 von 27 Fakultäten C4- oder C3-geführte Abteilungen bzw. Arbeitsgruppen. Entsprechend lückenhaft und ungleichmäßig erfolgt die rheumatologische Grundausbildung von Medizinstudenten, obwohl rheumatische Störungen und Krankheiten alle verfügbaren Morbiditätsstatistiken der BRD dominieren.

Eine Kommission der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie hat gerade Vorschläge zu einer angemessenen Berücksichtigung der Rheumatologie in den vorklinischen und klinischen Studienabschnitten veröffentlicht.

Diese Kommission fügt hinzu, daß sich die Lage nur bessern wird, wenn die Rheumatologie an *allen* Medizinischen Ausbildungsstätten als selbständiges Fach vertreten ist oder wenigstens, für eine Übergangszeit, durch Lehraufträge an Rheumatologen aus Akademischen Lehrkrankenhäusern bzw. großen Rheumakliniken abgedeckt wird. In der Lehre dürfen die sozial- und rehabilitationsmedizinischen Aspekte der Versorgung von chronisch Rheumakranken nicht ausgelassen werden. Die Berücksichtigung der häufigsten rheumatischen Störungen (Arthritis-syndrom, Arthrosen, Osteoporose, Fibromyalgie, unspezifische Rückenschmerzen) ist zu fördern.

**2. Rheumatologische Weiterbildung:** Die aktuelle Zahl von Weiterbildungsstellen und -Plätzen in Innerer Medizin-Rheumatologie und Orthopädie-Rheumatologie ist der Kommission nicht bekannt. 1989 identifizierte Gärtner (14) 45 bzw. 23 Abteilungen mit entsprechenden Ermächtigungen. Wahrscheinlich reichen die 45 internistisch-rheumatologischen Weiterbildungsstätten aus, um die heutige Zahl der Rheumatologen im Gleichgewicht zu halten (möglicherweise auch, um sie langsam zu steigern). Sie werden in keinem Falle genügen, um dem Mangel an niedergelassenen Rheumatologen und an Ober- und Chefärzten/Abteilungsleitern rasch abzuhelpfen.

Es werden ja nicht alle Weiterbildungsstellen nur genutzt, um Rheumatologen auszubilden. Ein mehr oder weniger großer Teil wird und muß mit Ärzten besetzt sein, die sich für andere Fächer (z. B. allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Allgemeinmedizin) weiterbilden wollen.

Die unter 1. und z. angedeuteten Verhältnisse führen dazu, daß Primärärzte in der Bundesrepublik bei ihrer Niederlassung nur selten über ausreichende rheumatologische Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen und sich diese während ihrer Tätigkeit („learning by doing“) bzw. mit den Mitteln der Fortbildung aneignen müssen.

**3. Ärztliche Fortbildung:** Dieser Fortbildung sind verschiedene Grenzen gesetzt: Die der Kommission bekannten Fortbildungsangebote nehmen nur selten Rücksicht auf das Fallspektrum (cf. „inverse care law“, Abschn. 5.4), die diagnostisch-therapeutischen Anforderungen, die Kenntnisse und Fertigkeiten der verschiedenen Ärztegruppen. Es fehlt an langfristigen curricularen und didaktischen Überlegungen derjenigen, die Fortbildung anbieten oder veranlassen (Akademien, Ärztekammern, Kliniken, Abteilungen und Einzelpersonen, Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, pharmazeutische Industrie u. a.). Zu häufig konzentriert sich das Angebot allein auf die medikamentöse Therapie und orientiert sich an den Zwängen ihres Marketing.

Andererseits hilft Fortbildung nur dort, wo ihre Inhalte von den Fortzubildenden assimiliert und alltäglich genutzt werden können. Dies ist im Bereich der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen nur eingeschränkt der Fall: ein durchschnittlicher Primärarzt betreut zwischen 5 und 10 solcher Patienten; Kollagenosen und Vaskulitiden sind für ihn Raritäten. Bei solchen zahlenmäßigen Verhältnissen wird Fortbildung am ehesten wohl zur Fallidentifikation, gezielten Überweisung und rheumatologisch angeleiteten Dauerbetreuung, nicht aber zu selbständiger Diagnose und Behandlung der Patienten anleiten können. So sind Grenzen zu respektieren und Chancen zu realisieren, auch durch „unkonventionelle“ Fortbildungsformen wie Arbeitskreise, Qualitätszirkel, Hospitationsangebote, Auffrischkurse und Tutorien.

#### **4. Niedergelassene und ermächtigte Rheumatologen:**

Die aktuellen Defizite in der rheumatologischen Versorgung unserer Bevölkerung werden wesentlich durch das Fehlen einer ausreichenden Zahl von niedergelassenen und ermächtigten Rheumatologen geprägt. Bezogen auf ein Verhältnis von 1 internistisch ausgebildeten Rheumatologen pro 150000 Einwohner fehlen in LA. knapp 300 kassenärztlich tätige Rheumatologen. Im Augenblick kommen in den westlichen Bundesländern wahrscheinlich 500000 Einwohner auf einen Rheumatologen. Es gibt sehr gute Argumente, ein Verhältnis von 1: 100000 oder sogar 1: 50000 zu fordern. Die Kommission stellt solche Ansprüche jedoch zugunsten der anscheinend realisierbaren Forderung von 1 : 150000 zurück. Ein solches Verhältnis wird heute in Holland, Schweden, Kanada und den USA erreicht bzw. unterschritten.

Die Kommission spricht sich dagegen aus, irgendwelche Beschränkungen der Zugänglichkeit niedergelassener oder ermächtigter Rheumatologen vorzusehen. Jeder Primärarzt muß die Möglichkeit haben, seine Kranken unmittelbar einem Rheumatologen vorstellen zu können.

Es wird im Zusammenwirken von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen darauf ankommen, die Niederlassung von Rheumatologen aktiv zu planen und gezielt zu fördern und dort, wo es irgend zur Sicherstellung der rheumatologischen Versorgung notwendig ist, Ermächtigungen von Krankenhausärzten auszusprechen (cf. Kapitel 6.2 und 6.3).

**5. Rheumatologische Krankenhausabteilungen:** Auf die Bedeutung und das Fehlen von Universitätsrheumakliniken wurde mehrfach hingewiesen.

Die Kommission begrüßt und unterstützt die Initiative des BMG zur Errichtung von universitätsaffilierten Rheumazentren in 21 Regionen der BRD als ein wichtiges Element einer wohnortnahen, interdisziplinärkooperativen und vernetzten Versorgung.

In weiten Teilen der BRD fehlt es jedoch noch an einer flächendeckend-gleichmäßigen Versorgung mit rheumatologischen Betten in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken.

Als Anhaltzahl nennt die Kommission ein Verhältnis von 50 rheumatologischen Akutbetten pro 1 Million Einwohner. Dies wird in den meisten westlichen Bundesländern erreicht. Dennoch scheinen fast überall regionale Versorgungs-Disparitäten zu bestehen: neben gut versorgten Regionen gibt es solche (v. a. in ländlichen Gebieten und Flächenstaaten) ohne rheumatologische Betten. Es ist zu befürchten, daß die Vorschriften des Gesundheitsstruktur-Gesetzes dazu führen, daß der Auf-/Ausbau weiterer rheumatologischer Abteilungen (unter den in 6.3 genannten Vorbehalten) stagniert.

Liegezeiten von unter 10 Tagen dürften für chronisch Rheumakranke nur selten (v. a. bei diagnostischen Indikationen) zu vertreten sein. Die in den USA allein aus Kostengründen geübte Praxis, cP-Kranke von jeder stationären Versorgung fernzuhalten, wird von der Kommission ausdrücklich mißbilligt. Jüngere Studien machen eine Überlegenheit einer kombinierten stationär-ambulanten über eine rein ambulante rheumatologische Mitbehandlung sehr wahrscheinlich.

*6. Rheumatologische Rehabilitation:* Selbst bei noch berufstätigen cP-Kranken läßt sich eine lückenhafte und ungleichmäßige Versorgung mit rehabilitativen Leistungen seitens der Rentenversicherungsträger feststellen. Hier bedarf es einer gezielten Förderung der Inanspruchnahme solcher Leistungen durch die Versicherten mit Unterstützung ihrer Hausärzte und Rheumatologen.

Dabei sind alle Potentiale der flexibler zu gestaltenden medizinischen (Früh)Rehabilitation, der beruflichen und sozialen wie der semistationären und ambulanten Rehabilitation und der Integration von Akutbehandlung und Rehabilitation zu erkunden und auszunutzen. Die Kommission appelliert an die Versicherungsträger, entsprechende Modellversuche und ihre Evaluation zu fördern.

Die Träger sind auch gebeten zu prüfen, wieweit sie ihre stationären Einrichtungen für die regionale stationäre (rehabilitative ambulante Versorgung öffnen können.

*7. Koordinierungsstellen, Landesrheumapläne:* Ein weiteres wesentliches Hindernis für die Entwicklung einer umfassenden wohnortnahen Versorgung von chronisch Rheumakranken sieht die Kommission im Fehlen von Struktur- und Aktionsplanungen zur Feststellung und Bereinigung von Versorgungs- und Kooperationsdefiziten in einzelnen Regionen oder Bundesländern. Im Hintergrund wird ein strukturelles Defizit faßbar: der Mangel an Institutionen, die sich für eine die verschiedenen Versorgungsebenen, -arten, -zweige und -zuständigkeiten übergreifende Planungs- und Koordinierungsfunktion verantwortlich fühlen. Die Entwicklung und Arbeit einer solchen regionalen Koordinierungsstelle hat sich als eine der

wichtigsten Leistungen der Modelle des Verbundprojektes „Wohnortnahe Versorgung Rheumakranker“ des BMFT herausgestellt. Die Kommission begrüßt die Initiative des Landesverbands Schleswig-Holstein der Deutschen Rheuma-Liga, der auf diesem Feld von sich aus eine Führungsrolle übernommen hat und dem eine entsprechende Strukturverantwortung vom Land und der LVA Schleswig-Holstein zugesprochen worden ist. Für die damit verbundenen Planungs- und Koordinierungsaufgaben sind ihm von beiden Institutionen schließlich auch finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt worden.

In der Zukunft wird zu überlegen sein, wie solche regional unverzichtbaren Koordinierungsleistungen auch in anderen Regionen auf Dauer gestellt und im Rahmen der GKV (?) finanziert werden können.

Der genannte Landesverband wird zusammen mit allen interessierten Gruppen einen Landesrheumaplan erarbeiten, der die Morbiditäts- und Versorgungssituation in Schleswig-Holstein epidemiologisch darstellt und analysiert, Versorgungsdefizite feststellt und einen Aktionsplan zum Ausgleich der Defizite vorschlägt. Die Kommission ermuntert weitere Gliederungen der Deutschen Rheuma-Liga, aber auch andere Institutionen (etwa Rheumazentren), in gleicher Richtung tätig zu werden.

*8. Weitere Therapeutengruppen, Einrichtungen, Dienste:* In solche Planungen müssen auch der Öffentliche Gesundheitsdienst, die verschiedenen Assistenzberufe in der Rheumatologie (v. a. Krankenpflege, Krankengymnastik, Ergotherapie, Diätetik, Sozialpädagogik, Psychologie), die Laien- und Selbsthilfeorganisationen, die diakonischen Dienste und die ambulanten Pflegedienste/Sozialstationen miteinbezogen werden. Es ist auch an die Unterstützung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MdK) und der Rentenversicherungen zu denken.

Mit den tatsächlichen und möglichen Beiträgen dieser (und weiterer) Gruppen und Einrichtungen wird sich eine spätere Ausgabe des Memorandums beschäftigen müssen.

Die Kommission unterstreicht die Bedeutung der Gesundheitserziehung, Kranken- und Patientenschulung, die aus der komprehensiven Betreuung von chronisch Rheumakranken nicht mehr fortzudenken sind. An ihr sind im ambulanten wie stationären Raum neben den Rheumatologen viele der genannten Berufsgruppen zu beteiligen.

*9. Qualitätssicherung:* Auch solche therapeutisch-unterstützenden Leistungen sind wie alle Bereiche der umfassenden rheumatologischen Versorgung einer Qualitätskontrolle und -sicherung zu unterwerfen.

Dazu müssen Standards, Richtlinien, Verfahren und Indikatoren entworfen, praktisch erprobt und selbst evaluiert werden. Die Beteiligung der jeweils betroffenen Berufsgruppen ist von Anfang an sicherzustellen. Qualitätssicherung diagnostisch-therapeutischer Leistungen kann

nie gegen sondern immer nur gemeinsam mit den „Leistungs-Erbringern“ entwickelt und durchgeführt werden. Für die Formulierung von Standards und Richtlinien schreibt die Kommission der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und ihrer entsprechenden Kommission sowie der gerade gebildeten Modellverbund BMG-geförderter Rheumazentren eine führende Rolle zu.

### *7.2 Rasch wirksame Verbesserungsmöglichkeiten der ambulanten rheumatologischen Versorgung*

Angesichts der geschilderten Sicherstellungsdefizite ist es nur schwer verständlich, daß Ermächtigungen von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung von Rheumakranken sehr zögerlich erfolgen, eingeschränkt und eng befristet oder sogar widerrufen werden.

Ein ständiges Ärgernis ist die sehr unterschiedliche Behandlung der Ermächtigungen in verschiedenen KV-Bezirken. Hier sind dringend bundeseinheitliche Verabredungen anzustreben. Die Kommission appelliert an die zuständigen Gremien, ihre Restriktionen aufzugeben und Ermächtigungen im notwendigen Umfang (orientiert an den o. g. Anhaltszahlen) auszusprechen, zu belassen, zu verlängern oder zu erweitern. Anders dürften wir uns der quantitativen und qualitativen Sicherstellung der rheumatologisch-fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung nicht annähern.

Einen ebenfalls rasch wirksamen Schritt sieht die Kommission in der Einrichtung weiterer Universitätsrheumakliniken. Das Fehlen solcher Abteilungen an zahlreichen medizinischen Fakultäten ist unakzeptabel. Ein gezielter Ausbau käme der rheumatologischen Aus- und Weiterbildung unmittelbar zugute. Selbstverständlich profitierte auch die wissenschaftliche Fundierung unseres Faches. Daneben muß alles getan werden, um bestehende Abteilungen zu erhalten und zu stärken. Es ist zu hoffen, daß die Rheumazentrumsinitiative des BMG in diese Richtung wirkt.

Unter Vorbehalten positiv bewertet die Kommission die zunehmende Schaffung sehr kleiner rheumatologischer Abteilungen an Krankenhäusern der Regelversorgung, oft in freigemeinnütziger Trägerschaft. An sich ist jede Stärkung der Versorgung zu begrüßen; es sollten jedoch Mindeststandards der Besetzung und Ausstattung der Abteilungen eingehalten werden. In jeder stationären Einrichtung müssen alle Möglichkeiten der komplementären Therapie unter Einschluß der krankengymnastischen, ergotherapeutischen, sozialpädagogischen und psychologischen Fachkräfte vorgehalten werden. Ist dies gewährleistet, dann bilden auch kleine Bettenabteilungen, zumal wenn sie mit einer Ermächtigungsambulanz verbunden sind, als rheumatologische Schwerpunkte einen wesentlichen Versorgungsbeitrag, gerade in Flächenstaaten mit einer relativ geringen Bevölkerungsdichte.

Träger und Mitarbeiter von Rheumakliniken mit rehabilitativer Zielsetzung sollten dafür gewonnen werden, ihre Einrichtungen auch der regionalen Versorgung zu öffnen. So könnten etwa die meist vorhandenen physio- und ergotherapeutischen Abteilungen ohne weiteres auch von Kranken der umliegenden Gemeinden genutzt werden. Dies erforderte eine engere Zusammenarbeit zwischen Trägern, Rentenversicherungen, Krankenkassen und ärztlichen Organisationen.

Grundsätzlich plädiert die Kommission für eine stärkere regionale Orientierung aller an der Versorgung von Rheumakranken beteiligten Institutionen. Dies würde auch die Glättung der immer noch gegebenen Brüche zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung erleichtern.

Eine weitere Möglichkeit besteht in der gezielten Entwicklung teilstationärer Versorgungselemente. Es ist der Kommission bekannt, daß mehrere Rheumazentren die tagesklinische Behandlung von Rheumakranken (meist mit einer cP) planen und evaluieren wollen. Die Rentenversicherungsträger werden gebeten, sich an diesen Initiativen zu beteiligen und die Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitation auch bei chronisch Rheumakranken zu prüfen.

Als rasch wirksame Fortbildungsinstrumente sind rheumatologische Arbeitskreise und Qualitätszirkel ins Leben zu rufen (und zu evaluieren). Auch in den nicht durch Rheumazentren erreichten Regionen gibt es eine Reihe von rheumatologisch besonders interessierten Primär- und Fachärzten, die auf diese Weise ihre Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen erweitern könnten. Solange es nicht genügend Rheumatologen gibt, wird man auch auf die aktive und gezielte Unterstützung von rheumatologisch interessierten (vs weitergebildeten) Ärzten setzen müssen. Schon heute gibt es in vielen Städten solche „heimlichen Rheumatologen“; wenn sie unter ihren Patienten einen nennenswerten Anteil von Rheumakranken betreuen, sollte dies aufgrund des überdurchschnittlich hohen Betreuungsaufwands bei der Prüfung ihrer kassenärztlichen Leistungen berücksichtigt werden.

Auch dort, wo es Rheumatologen oder rheumatologische Einrichtungen gibt, kann die Zusammenarbeit aller involvierten Ärzte- und Therapeutengruppen verbessert werden. Dafür sollten diagnostisch-therapeutische Stufenprogramme, Überweisungs- und Kooperationsroutinen erarbeitet und verabredet werden. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie kann hierbei eine Vorreiterrolle spielen.

Die Gesellschaft und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Rheumazentren sollten sich rasch bemühen, die rheumatologische Fortbildung weiterzuentwickeln, den unterschiedlichen Bedürfnissen der verschiedenen

Ärztegruppen anzupassen und v. a. dafür zu sorgen, daß auch die epidemiologisch häufigsten rheumatischen Störungen (wie Rückenschmerzen, Osteoarthritis, Osteoporose, Fibromyalgie u. a.) berücksichtigt werden. Dabei wäre eine höhere Zielgruppen-Spezifität wünschenswert. Schließlich sollte die Aufklärung und Schulung der Rheumakranken forciert werden. Die Kommission unterstützt nachdrücklich die Bemühungen des Arbeitskreises Patientenschulung unserer Gesellschaft und unterstreicht die Bedeutung einer interdisziplinären Zusammenarbeit auf diesem Feld.

Darüberhinaus sollten Bundesverband, Landesverbände und Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Rheuma-Liga und anderer Selbsthilfeorganisationen bei ihrem Bemühen um die Ausweitung ihrer Mitgliederbasis, um eine sachgerechte Aufklärung der Öffentlichkeit und der Schulung der Kranken und um Bereitstellung bestimmter Therapieangebote (Krankenpflege, Krankengymnastik, Ergotherapie, Sozialarbeit, psychotherapeutische Verfahren) unterstützt werden. Es ist zu hoffen, daß eine Fortbildung der Kranken zu einer gezielten Inanspruchnahme diagnostisch-therapeutischer Leistungen führt und den öffentlichen Druck in Richtung einer flächendeckenden rheumatologischen Versorgung erhöht.

### Literatur

- Altus RE, Leistner K, Strähnz K, Lindau P, Wessel G (1989) Rheumatologische Dispensairebetreuung - Entwicklungsstand der medizinischen und sozialen Betreuung bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen. *Wissenschaftliche Zeitschrift der Friedrich-Schiller-Universität. Naturwissenschaftliche Reihe.* 38:57-65
- Arnett (1988) The American Rheumatism Association 1987. Revised Criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arth and Rheum* 31:315-324
- Braun, RN (1970) *Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis.* Urban & Schwarzenberg, München
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (1990) (Hrsg) *Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlung nach Krankheitsarten 1987.* Bonn (oV)
- Bundesminister für Forschung und Technologie (Hrsg) *Wohnortnahe Versorgung von Rheumakranken.* Bonn
- Bundesminister für Forschung und Technologie (1989) (Hrsg) *Neue Strukturen für die Rheumaforschung.* Bonn
- Comorbidity of chronic conditions and disability among older persons - United States 1984 (1990) *JAMA* 263:209-210
- Davis P (1991) Rheumatology Manpower in the 1990s in Canada. *British J Rheumatol* 30:234
- Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW (1987) *Methods for the economic evaluation of health care programmes.* Oxford University Press, Oxford
- Elkeles B, Raspe HH (1988) Bekommen Patienten mit einer chronischen Polyarthritid die notwendige medikamentöse „Basistherapie“? *Akt Rheumat* 13:108-111
- Epstein WV (1981) Health Services research in rheumatology. *Bull Rheum Dis* 31:15-19
- Europäisches Zentrum für Angewandte Wirtschaftsforschung (1992) (Hrsg) *Stand und Entwicklung der Pneumologie in der Bundesrepublik Deutschland (Prognos),* Köln
- EVA-Studie (1989) Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg) Köln (Deutscher Ärzte-Verlag)
- Gärtner RS (1991) Stationäre Versorgung von erwachsenen Rheumakranken in Deutschland (West). Medizinische Dissertation, Medizinische Hochschule Hannover
- Gansauge S (1990) Krankheitsverhalten und Krankheitsbedeutung am Beispiel der frühen chronischen Polyarthritid. Medizinische Dissertation, Medizinische Hochschule Hannover
- Helewa et al (1989) Cost-effectiveness of inpatient and intensive outpatient treatment of rheumatoid arthritis. *Arth and Rheum* 32:1506-1515
- Isomäki H, Raunio J, von Essen R, Hämeenkorpi R (1978) Incidence of inflammatory rheumatic diseases in Finland. *Scand J Rheumatol* 7:188-192
- Lawrence JS (1977) *Rheumatism in populations.* Heinemann, London
- Lawrence RC, Hochberg MC, Kelsey JL, McDuffie FC, Medsger TA, Felts WR, Shulman LE (1989) Estimates of the prevalence of selected arthritic and musculoskeletal diseases in the United States. *J Rheumatol* 16:427-441
- Marder WD, Meenan RF, Felson DT, Reichlin M, Birnbaum NS, Croft JD, Dore RK, Kaplan H, Kaufman RL, Stobo JD (1991) The present and future adequacy of rheumatology manpower. *Arth Rheum* 34:1209-1217
- Mau W, Wasmus A, Raspe HH (1991) Epidemiologie und Versorgung der rheumatoiden Arthritis im Stadtgebiet von Hannover. München (GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit. Forschungsberichte des Projektträgers)
- Mau W (1992) Die bevölkerungsepidemiologische Evaluation der Mobilen Rheumahlilfe Hannover. *Z Rheumatol* 1:81-86
- Projektträger Forschung im Dienste der Gesundheit (1992) (Hrsg) *Wohnortnahe Versorgung Rheumakrankter. Materialien zur Gesundheitsforschung, Band 22.* Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven
- Rasker JJ (1991) Rheumatology Manpower in the 1990s in the Netherlands. *Brit J Rheumatol* 30:234-235
- Raspe H (1990) Erkrankungen des Bewegungsapparates in von Uexküll: *Psychosomatische Medizin.* Urban & Schwarzenberg, München
- Raspe et al (1989) Treatment profiles in different groups of RA-sufferers: description, analysis, evaluation. *Scand J Rheumatol Suppl* 89:57 - 66
- Ruland F (1992) Rahmenkonzept für die medizinische Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung H* 7-8:441-467
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. *Jahresgutachten 1992.* Nomos, Baden-Baden 100-102
- Schilling F (1988) EULAR-Programm 1985/87 (1988) *Zeitschrift für Rheumatologie* 47:123
- Symmons et al (1991) Rheumatology Manpower in the 1990s. *Brit J Rheumatol* 30:119-122
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1991) (Hrsg) *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 1990.* Frankfurt (oV)
- Wagenhäuser FJ (1969) *Die Rheumamorbidität.* Huber, Bern
- Weber I, Abel M, Altenhofen L, Bächer K, Berghof B, Bergmann KE, Flatten G, Klein D, Micheis W, Müller PJ (1990) *Dringliche Gesundheitsprobleme in der Bundesrepublik Deutschland.* Nomos, Baden-Baden
- Williams et al (1992) Back to Front? Examining research priorities in rheumatology. *Brit J Rheumatol* 31:193-196
- Wollheim F (1991) Rheumatology Manpower in the 1990s in Sweden. *Brit J Rheumatol* 30:122

Für die Kommission:  
Prof. Dr. H. H. Raspe (Sprecher)  
Med. Universität Lübeck  
Institut für Sozialmedizin  
St.-Jürgen-Ring 66  
23564 Lübeck