

Unterrichtung
durch die Bundesregierung

Bericht über Maßnahmen zur Rheumabekämpfung

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorbemerkung	4
Einführung	6
Der „Rheumabegriff“	6
Ursachen und Entstehung der rheumatischen Krankheiten	6
Folgen der entzündlichen und schweren degenerativen rheumatischen Krankheiten	7
Ziffer 1: Die Statistik rheumatischer Krankheiten	7
Vorhandene Statistiken über rheumatische Krankheiten in der Bundes- republik Deutschland	7
Voraussetzungen einer aussagefähigen Statistik	7
Die internationale Situation auf dem Gebiet der Statistik rheumatischer Krankheiten	8
Die epidemiologische Statistik schwerer rheumatischer Krankheiten	8
Die Meinung der Bundesregierung über die Zahl der „Rheumakranken“ ...	9
Die Kosten der Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger	9
a) Stationäre Maßnahmen der Rentenversicherung wegen Rheuma- erkrankungen	9
b) Rentenzugang wegen Rheumaerkrankungen	9
c) Laufzeit von BU/EU-Renten wegen Rheumaerkrankungen	9
d) Aufwendungen der Rentenversicherung für Rheumakranke	10
e) Aufwendungen der Krankenversicherung für Rheumakranke	10

	Seite
Ziffer 2: Früherkennung und Behandlung rheumatischer Krankheiten	14
Die Problematik der Früherkennung und Frühbehandlung rheumatischer Krankheiten	14
Die ärztliche Versorgung der Rheumakranken	14
Die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Rheumatologie	14
a) Die Ausbildung	14
b) Die Fortbildung	15
c) Die Weiterbildung	15
Das Erfordernis der ärztlichen Kooperation auf dem Gebiet der Rheumatologie	16
Das Erfordernis der Kooperation der Sozialversicherungsträger bei der Versorgung von Rheumakranken	16
Versicherungsrechtliche Probleme bei häuslicher Pflegebedürftigkeit	17
Die Folgen unzureichender Kooperation für den Rheumakranken	17
Die physikalische Behandlung der rheumatischen Krankheiten	17
Das nicht-ärztliche Personal	18
Der öffentliche Gesundheitsdienst im Rahmen der Rheumabekämpfung	18
Die Einflußnahme der Bundesregierung auf eine bessere Versorgung der Rheumakranken	19
Ziffer 3: Die Einbeziehung von Krankenhausabteilungen und Rheumazentren in die Krankenhausbedarfspläne	19
Die Bettenkapazität	19
Die Einordnung von Einrichtungen und die Aufnahme von Behandlungszentren in die Krankenhausbedarfspläne	20
Die Einrichtung von Rheumaabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern ..	20
Die Umorientierung von Bettenstationen in Abteilungen für physikalische Therapie	20
Ziffer 4: Die Erfahrungen anderer Staaten bei der Rheumabekämpfung	20
Rheumabekämpfung in den Ostblockstaaten	20
Rheumabekämpfung in den Niederlanden	21
Rheumabekämpfung in England	21
Gesetzliche Regelungen auf dem Gebiet der Rheumabekämpfung	21
a) In den Vereinigten Staaten von Amerika	21
b) In der Schweiz	22
Versicherungsrechtliche Regelungen auf dem Gebiet der Rheumabekämpfung	23
Ziffer 5: Die Forschungsförderung auf dem Gebiet der Rheumatologie	23
Die Forschungsförderung der Selbstverwaltungseinrichtungen der Wissenschaft auf dem Rheumagebiet	23
Die Projektförderung der Bundesregierung auf dem Rheumagebiet	24
Das „Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978 bis 1981“	25

Gemäß Beschluß des Deutschen Bundestages vom 30. November 1978 — Drucksache 8/2199 — zugeleitet mit Schreiben des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit — 014 — vom 28. Januar 1980.

	Seite
1. Die Forschungsförderung auf dem Gebiet der primären Prävention	25
2. Die Forschungsförderung auf dem Gebiet der Früherkennung	25
3. Die Forschungsförderung auf den Gebieten der Diagnose und der Therapie	26
4. Die Forschungsförderung auf dem Gebiet der Rehabilitation	26
Ziffer 6: Der Einfluß der Arbeit auf rheumatische Krankheiten	27
Ziffer 7: Die Information über rheumatische Krankheiten	27
Die Information der Öffentlichkeit	27
Die Information der betroffenen Menschen	28
Die versicherungsrechtliche Information	28
Die Information durch Film, Fernsehen und Vortrag	29
Die Beratung und Betreuung durch die Deutsche Rheuma-Liga	29
Die Hilfe zur Selbsthilfe	29
Die finanzielle Hilfe der Deutschen Rheuma-Liga von dritter Seite	30
Ziffer 8: Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Rheumatologie an den Universitäten	30
Die Situation der Forschung auf dem Gebiet der Rheumatologie an den Universitäten	30
Die Situation der Lehre auf dem Gebiet der Rheumatologie	30
Die Qualität der Lehre auf dem Gebiet der Rheumatologie	31
Die Bemühungen der Bundesregierung um eine Verbesserung der Lehre auf dem Gebiet der Rheumatologie	31
Zusammenfassung	32
Schlußbemerkung	32

Vorbemerkung

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 84. Sitzung am 14. April 1978 den von den Abgeordneten der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP eingebrachten Antrag „Rheumabekämpfung“ (BT-Drucksache 8/1542) dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung federführend, dem Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit mitberatend überwiesen. Der Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit hat dem Antrag zugestimmt und darüber hinaus empfohlen, eine Arbeitsgruppe zu bilden, der Mitglieder aus dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung sowie aus dem Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit angehören. Die Arbeitsgruppe hat u. a. die Aufgabe, Informationen zu sammeln und die Vorarbeiten der Bundesregierung ggf. auch initiativ zu begleiten. Nach Anhörung des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit sowie des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vor den jeweils zuständigen Bundestagsausschüssen hat sich der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung diesem Vorschlag angeschlossen und dem Bundestag einstimmig empfohlen, den Antrag in der Fassung der BT-Drucksache 8/2199 (s. Anlage S. 5) anzunehmen. Nachdem der Haushaltsausschuß am 27. September 1978 den Antrag in der Fassung dieser Beschlußempfehlung gebilligt hatte, wurde er am 30. November 1978 zum Beschluß erhoben und dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit zur federführenden Bearbeitung zugewiesen.

Der vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit gebildete interministerielle Arbeitskreis „Rheumabericht“ hat zwischenzeitlich dreizehnmal getagt, davon siebenmal zusammen mit dem Bundestags-Unterausschuß „Rheumabekämpfung“. In drei dieser Sitzungen hatte er die Gelegenheit, die anstehenden Probleme mit Rheumaexperten (Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, des Berufsverbandes deutscher Rheumatologen und der Deutschen Rheuma-Liga, darunter auch Rheumakranke) zu diskutieren.

Der folgende in Ziffer 9 des Bundestagsbeschlusses vom 30. November 1978 in der Fassung der BT-Drucksache 8/2199 von der Bundesregierung geforderte Bericht baut u. a. auf den Erkenntnissen auf, die der interministerielle Arbeitskreis bei den im vorangegangenen Absatz bezeichneten Aktivitäten gewonnen hat.

Beschlußempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen:

Die Bundesregierung wird aufgefordert,

1. dafür Sorge zu tragen, daß für die Zukunft eine aussagefähige Statistik über die Häufigkeit der einzelnen rheumatischen Erkrankungen und die Kosten der Krankenversicherungs- sowie Rentenversicherungsträger erstellt wird, wobei die vorhandenen Einrichtungen zur Datenerfassung — ohne Verletzung der Persönlichkeitsrechte des einzelnen — genutzt werden können;
2. ihren Einfluß geltend zu machen, um eine frühzeitige Krankheitserkennung, rechtzeitige Behandlung und wohnortnahe Durchführung der notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen in Arztpraxen und geeigneten Krankenhäusern zu ermöglichen;
3. gemeinsam mit den Ländern zu prüfen, ob in stärkerem Maße als Ergänzung zu den bestehenden Kurkliniken in die einzelnen Krankenhausbedarfspläne eine ausreichende Zahl von rheumatologischen Betten und entsprechende Behandlungszentren aufgenommen werden können;
4. die Erfahrungen anderer Staaten im Hinblick auf spezielle gesetzliche Regelungen im medizinischen und im versicherungsrechtlichen Bereich auszuwerten und für die Praxis in der Bundesrepublik nutzbar zu machen;
5. in größerem Umfang Mittel insbesondere für die klinische Forschung über Ursachen, Art und Verlauf der Krankheiten des rheumatischen Formenkreises einzusetzen und Modelle für ambulante und klinische Behandlungen sowie Maßnahmen der Beratung und Betreuung zu unterstützen;
6. Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen auf Verursachung rheumatischer Krankheiten zu überprüfen;
7. eine gezielte und umfassende Information der Öffentlichkeit und der betroffenen Menschen über die Bedeutsamkeit der Rheumaerkrankungen sowie die therapeutischen und versicherungsrechtlichen Möglichkeiten zu veranlassen;
8. alle Bemühungen zu unterstützen, damit im Bereich von Forschung und Lehre an den Deutschen Hochschulen die Rheumatologie der Bedeutung der rheumatischen Erkrankungen entsprechend vertreten ist;
9. über das Ergebnis ihrer Bemühungen bis zum 31. Dezember 1979 dem Deutschen Bundestag zu berichten.

Bonn, den 14. Juni 1978

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung

Rappe (Hildesheim)

Vorsitzender

Frau Dr. Lepsius

Berichterstatlerin

Einführung

Rheuma präsentiert sich in der gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion mit unterschiedlichen Definitionen, folglich auch mit höchst unterschiedlichen Zahlen über Häufigkeit und Verteilung und schließlich dann auch mit sehr uneinheitlichen Angaben über Kosten und Folgekosten. Aber selbst auf der Basis von minimalen Schätzungen über das Ausmaß der unter dem Begriff „Rheuma“ zusammengefaßten Krankheiten ist an ihrer großen Bedeutung für die Betroffenen, ihre Umgebung und schließlich auch für Staat und Gesellschaft nicht zu zweifeln.

Der „Rheumabegriff“

„Rheuma“ ist ein Sammelbegriff, dem keine diagnostische Bedeutung in dem Sinne zukommt, daß damit ein Kreis bestimmter genetisch verwandter Krankheiten gemeint ist.

Auf der 28. Tagung des Regionalkomitees für Europa der Weltgesundheitsorganisation im September 1978 in London wurde von Rheumaexperten folgende Definition der rheumatischen Erkrankungen als brauchbare taxonomische Hilfe angesehen:

„Unter dem Sammelbegriff ‚Rheumatische Erkrankungen‘ sind Erkrankungen des Bindegewebes und schmerzhaftige Störungen des Bewegungsapparates zu verstehen, die sämtlich potentiell zur Ausbildung chronischer Symptome führen können.“

Nach Ansicht der o. g. Experten fallen unter diesen Sammelbegriff:

- die entzündlichen rheumatischen Erkrankungen einschließlich Gicht,
- die degenerativen Gelenkerkrankungen,
- der Rheumatismus der weichen Gewebe,
- die metabolischen Knochenerkrankungen.

Aus Gründen der Praktikabilität werden hinsichtlich der Abgrenzung der rheumatischen Krankheiten in vielen Ländern andere Wege beschritten, die von beispielsweise der französischen Auffassung, daß alle Patienten mit nicht-chirurgischen Erkrankungen des Bewegungsapparates Rheumakranke sind, bis zu der in Schweden praktizierten Form der Abgrenzung reichen, bei der allein die Patienten mit entzündlichen Gelenkerkrankungen zu den Rheumakranken zählen. In vielen Ländern besteht auch Übereinstimmung darüber, daß die Gicht als Stoffwechselerkrankung ganz eindeutig nicht zu den Krankheiten rheumatischer Genese zu zählen ist.

Die wichtigsten rheumatischen Krankheiten auf *entzündlicher* Grundlage sind:

- die chronische Polyarthrit / rheumatoide Arthritis.
Es handelt sich um eine chronische entzündliche Allgemeinerkrankung des Bewegungsapparates.

Frauen sind dreimal so häufig betroffen wie Männer.

- die Spondylitis ankylosans.

Es handelt sich um eine meist chronisch-entzündliche Erkrankung der Gelenke der Wirbelsäule. Männer sind fünf- bis achtmal so häufig betroffen wie Frauen.

- das akute rheumatische Fieber.

Es handelt sich um eine akute Allgemeinerkrankung im Kindes- und Jugendalter. Sie ist infolge Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten selten geworden.

- die Kollagenosen.

Es handelt sich um eine Gruppe von schweren Allgemeinerkrankungen, vorwiegend des Bindegewebes. Sie sind sehr selten.

Rheumatische Krankheiten auf *nichtentzündlicher* Grundlage sind wesentlich häufiger. Hierzu gehören:

- die Arthrosen.

Es handelt sich um lokale Veränderungen an knorpeligen und knöchernen Teilen bestimmter Gelenke, die jedoch zeitweilig lokal entzündliche Phasen durchlaufen (gereizte Arthrose). Frauen sind dreimal so häufig betroffen wie Männer.

- die Spondylosen.

Es handelt sich um Veränderungen an den Gelenken der Wirbelsäule und den Band- oder Zwischenwirbelscheiben. Männer sind fünf- bis achtmal so häufig betroffen wie Frauen.

- der Weichteilrheumatismus.

Es handelt sich um eine Vielzahl von unterschiedlichen Krankheiten mit meist nur vorübergehenden Veränderungen an den Muskeln, am Unterhautbindegewebe, an Sehnen und Schleimbeuteln.

Ursachen und Entstehung der rheumatischen Krankheiten

Über Ursachen und Entstehungsweise der Krankheiten des rheumatischen Formenkreises ist bis heute nur relativ wenig Sicheres bekannt. Einer ganzen Anzahl rheumatischer Krankheiten liegen entzündliche Veränderungen des Bindegewebes zugrunde, das — so vorgeschädigt — nachfolgend zu Überforderungsreaktionen auf äußere Reize neigt. Für einige Formen rheumatischer Krankheiten gibt es Hinweise darauf, daß auch vererbte Veranlagungen eine Rolle spielen. Auch eine vorzeitige, d. h. nicht altersgemäße Funktionseinschränkung des Bindegewebes kann schließlich bestimmte (meist degenerative) rheumatische Krankheiten zur Folge haben.

Folgen der entzündlichen und schweren degenerativen rheumatischen Krankheiten

Eine Besonderheit der rheumatischen Krankheiten ist, daß sie — mit Ausnahme der Kollagenosen — nicht zum Tode führen bzw. die normale Lebenserwartung des Rheumakranken kaum verkürzen. An Rheuma stirbt man nicht; viele Kranke aber haben ihr ganzes Leben — zumeist in zunehmendem Maße — unter ihrer Krankheit zu leiden, und zwar nicht nur im somatischen, sondern auch im psychischen und sozialen Bereich. Im somatischen Bereich bedeutet das ein Leben voller Schmerzen mit zunehmender Funktionseinschränkung des Bewegungsapparates. Ein derartiges Leben hat zwangsläufig seine Auswirkungen auf die Psyche. Chronisch-Kranke sind meist nervös, ängstlich-depressiv, emotionell irritierbar und stärker auf sich selbst bezogen.

Auch im sozialen Bereich können für Kranke mit einer entzündlichen oder schweren degenerativen rheumatischen Krankheit vielfältige Probleme entstehen. Im wirtschaftlichen Wettbewerb ist der Rheumakranke benachteiligt, seine berufliche Karriere ist zunehmend gefährdet und letztlich erfolgt seine vorzeitige Berentung mit einer entsprechend niedrigeren Rente. Für die gesunden Familienmitglieder stellt der Kranke eine physische und psychische Belastung dar. Er neigt zur Einschränkung seiner sozialen Kontakte. Die Brücken zur Umwelt werden abgebrochen. Zur zunehmenden Hilflosigkeit kommt die Vereinsamung.

Das Schicksal dieser Kranken zu ändern, ist eine Herausforderung an unsere Gesellschaft. Der Staat, die Verbände können einiges ändern, verbessern, erleichtern — darüber wird im folgenden zu berichten sein. Das aber ist nicht alles; was der Rheumakranke zumindest im gleichen Maße braucht, ist die menschliche Anteilnahme, die nachbarschaftliche Hilfe. Dazu ist jeder einzelne Bürger aufgerufen.

Zu den Einzelaufträgen des Bundestages ist folgendes zu berichten:

Ziffer 1

Die Bundesregierung wird aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, daß für die Zukunft eine aussagefähige Statistik über die Häufigkeit der einzelnen rheumatischen Erkrankungen und die Kosten der Krankenversicherungs- sowie Rentenversicherungsträger erstellt wird, wobei die vorhandenen Einrichtungen zur Datenerfassung — ohne Verletzung der Persönlichkeitsrechte des einzelnen — genutzt werden können.

Die Bundesregierung hat in ihrem „Programm zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978 bis 1981“ den rheumatischen Krankheiten einen Schwerpunkt eingeräumt. Sie hat dabei gleichzeitig darauf verwiesen, daß es eine vollständige Erfassung der Personen, die an Krankheiten des rheumatischen Formenkreises leiden, in der Bundesrepublik Deutschland nicht gibt.

Vorhandene Statistiken über rheumatische Krankheiten in der Bundesrepublik

Die derzeit in der Bundesrepublik vorhandenen einschlägigen Statistiken lassen aus folgenden Gründen keine Aussagen über die Häufigkeit der an rheumatischen Krankheiten leidenden Personen zu:

- die im klinischen Bereich gewonnenen Daten ermöglichen wegen der Auswahl der Patienten keine Aussage über die Erkrankungshäufigkeit der Gesamtbevölkerung,
- die als repräsentative Haushaltsbefragungen im Rahmen des Mikrozensus von Interviewern durchgeführten Erhebungen stützen sich auf subjektive Angaben der Befragten. Da nur die Eintragung einer einzigen Krankheit möglich ist, ist beim Zusammentreffen von mehreren Krankheiten nur die schwerwiegendste anzugeben. Bei der im Mai 1978 ermittelten Zahl von 1,228 Millionen Personen mit Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes dürfte es sich daher nur um eine Mindestzahl handeln,
- in der Krankheitsartenstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung werden bisher nur die Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhaustage der Pflichtmitglieder und der freiwilligen Mitglieder sowie Krankenhaustage der mitversicherten Familienangehörigen und der Rentner nachgewiesen. Darüber hinaus handelt es sich hierbei um eine Statistik der Fälle und nicht der Personen.

Voraussetzungen einer aussagefähigen Statistik

Eine aussagefähige Statistik über die an rheumatischen Krankheiten leidenden Personen setzt folgende Schritte voraus:

1. Die einzelnen rheumatischen Krankheiten müssen anhand von klaren diagnostischen Kriterien eindeutig definiert werden,
2. eine ausreichende Zahl von auf dem Gebiet der Rheumatologie erfahrenen Ärzten muß vorhanden sein, um die Diagnose der einzelnen rheumatischen Krankheiten exakt stellen zu können,
3. die Rheumakranken müssen ermittelt werden,
4. die Diagnosen müssen klassifiziert werden.

Zu 1.

Im o.g. Aktionsprogramm räumt die Bundesregierung der Erarbeitung diagnostischer Standards auf dem Gebiet der rheumatischen Krankheiten eine besondere Rolle ein (s. Ziffer 5, S. 26).

Zu 2.

Dies ist ein Problem der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten auf dem Gebiet der Rheumatologie (s. Ziffer 2, S. 14).

Zu 3.

Zur Erfassung der an Rheuma Erkrankten könnte die Einführung einer gesetzlichen Anzeigepflicht erwogen werden. Sie könnte vor allem für die Verlaufs-

beurteilung der allgemeinen Rheumabekämpfung von Interesse sein, wenn sie verbunden mit zuverlässigen diagnostischen Daten zur Erstellung einer Morbiditätsstatistik genutzt werden könnte. Ganz abgesehen davon, daß auch bei gesetzlicher Anzeigepflicht eine vollständige Erfassung nicht gewährleistet ist, sind im Hinblick auf die Ausführungen zu den vorstehenden Nummern 1 und 2 die Voraussetzungen für die ernsthafte Prüfung der Frage, ob eine solche Anzeigepflicht angestrebt werden soll, nicht gegeben.

Unter Berücksichtigung der Schwierigkeiten, die der Erfassung aller im Bundesgebiet an Rheuma Erkrankten z. Z. noch entgegenstehen, wird die Bundesregierung einen Forschungsauftrag vergeben, der in Zusammenarbeit mit Rheumaexperten auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung des Bundesgebietes durchgeführt werden soll und für die Bundesrepublik hochrechnbare und aussagefähige Ergebnisse erbringt.

Zu 4.

Dieser Schritt setzt eine für den gesamten Körper gültige Diagnosenklassifikation voraus. In der Bundesrepublik sind im Bereich der rheumatischen Krankheiten zwei Klassifikationen in Gebrauch:

1. Die von den Mitgliedern der Europäischen Rheumaliga (EULAR) erstellte „Klassifikation der Erkrankungen des Bewegungsapparates 1978, 2. Revision“ und
2. die „Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) 1978“.

Die EULAR-Klassifikation wird in ihrer fünfstelligen Systematik von den auf dem Gebiet der Rheumatologie vor allem im klinischen Bereich arbeitenden Ärzten verwendet. In diesem Bereich hat sich die EULAR-Klassifikation durchaus bewährt, sie ist aber für den allgemeinen Gebrauch — insbesondere für die nicht auf dem Gebiet der Rheumatologie arbeitenden Ärzte — unpraktikabel.

Die Bundesrepublik ist als Mitglied der Weltgesundheitsorganisation gehalten, die ICD zu verwenden. Derzeit ist die ICD in der Fassung der 9. Revision verbindlich. Die ICD wird u. a. in der dreistelligen Systematik in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der vierstelligen Systematik in der amtlichen Todesursachenstatistik verwendet. Bei den Vorbereitungen zur 9. Revision der ICD ist Kapitel XIII „Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes“ auf Wunsch der Rheumatologen ebenfalls überarbeitet worden. Die 9. Revision enthält insofern eine Neuerung, als sie eine Doppelklassifizierung für bestimmte diagnostische Beschreibungen vorsieht, die Angaben sowohl über eine lokalisierte Manifestation oder Komplikation — mit einem Stern gekennzeichnet — als auch über einen generalisierten zugrunde liegenden Krankheitsprozeß — mit einem Kreuz gekennzeichnet — enthalten. Diese Möglichkeit besteht insbesondere auch in Kapitel XIII. Bei der Vorbereitung der 10. Revision wird die Bundesregierung alle Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche der einschlägigen Fachgesellschaften prüfen.

Die internationale Situation auf dem Gebiet der Statistik rheumatischer Krankheiten

Die hier für die Bundesrepublik geschilderte Situation über den Mangel an einer aussagefähigen Statistik über die rheumatischen Erkrankungen ist in keinem Lande der Welt anders. Auch die vom amerikanischen Kongreß im Jahre 1974 mit der Erarbeitung des Arthritis-Planes beauftragte Nationale Kommission war bei der Vorlage dieses Planes im Jahre 1976 (s. Ziffer 4, S. 21) nicht in der Lage, über die Zahl der Rheumakranken in diesem Lande eine konkrete Angabe zu machen. Statt dessen legte sie eine Schätzung vor, die — ähnlich wie bei uns der Mikrozensus — auf dem Ergebnis einer im Jahre 1969 durchgeführten Gesundheitsbefragung durch Laien beruhte. Danach hatten seinerzeit 10,3 v. H. der Bevölkerung im vorangegangenen Jahr an einer Gelenkerkrankung, an einer rheumatischen Krankheit ohne Gelenkbeteiligung und an Gicht gelitten. Weitere 3 v. H. waren von Skelettmuskelerkrankungen betroffen, so daß, auf die Bevölkerungszahl von 1976 hochgerechnet, insgesamt wenigstens 28 Millionen Amerikaner an den vorgenannten Krankheiten litten. Trotz erheblicher Mittelzuwendungen an die epidemiologische Forschung, allein im Jahre 1979 waren es 6 Millionen Dollar, gibt es bis zum heutigen Tage keine aussagefähige Statistik über die Häufigkeit der einzelnen rheumatischen Krankheiten in den Vereinigten Staaten von Amerika.

Selbst die Befragung einer Reihe von dem Europabüro der Weltgesundheitsorganisation in Kopenhagen benannter europäischer Rheumaexperten über die Häufigkeit rheumatischer Krankheiten in ihren Ländern führte zu keinem Ergebnis.

Die epidemiologische Statistik schwerer rheumatischer Krankheiten

Von seiten der o. g. europäischen Experten waren jedoch Angaben über den Bestand an Kranken, die an bestimmten rheumatischen Krankheiten litten, zu erhalten. Diese Angaben, die sämtlich auf lokal begrenzten epidemiologischen Studien basieren, stimmen zwar nicht völlig überein, ergeben jedoch wenigstens einen Anhaltspunkt, an dem man sich orientieren kann. Die divergenten Angaben finden ihre Erklärung in den jeweils unterschiedlichen Kriterien — nur klinisch gesicherte aktive oder aktive und inaktive Polyarthritiden, mit oder ohne röntgenologischem Beleg, mit oder ohne serologischem Nachweis — die bei den Erhebungen angewandt wurden. Bei Anwendung der sog. ARA (American Rheumatism Association) — Kriterien, die auf den Nachweis einer sicheren Aktivität abstellen, wurden bei der Untersuchung in Bevölkerungsstichproben in Westeuropa bei 0,6 v. H. der Männer und 1,7 v. H. der Frauen z. Z. der Untersuchung eine chronische Polyarthritiden festgestellt, so daß man davon ausgehen kann, daß etwa ein Anteil von 1,3 v. H. der Gesamtbevölkerung an einer aktiven chronischen Polyarthritiden erkrankt ist.

Im Vergleich mit der chronischen Polyarthritiden ist die Spondylitis ankylosans eine relativ seltene Krank-

heit. In europäischen Bevölkerungsstichproben beträgt ihre Häufigkeit 0,4 v. H. bei Männern und 0,05 v. H. bei Frauen, bei der Gesamtbevölkerung also etwa 0,2 bis 0,3 v. H.

Degenerative Veränderungen an den Gelenken sind ungemein häufig. Spondylosen mäßiger bis schwerer Ausprägung lassen sich in Europa bei Frauen und Männern an der Halswirbelsäule durchschnittlich bei 15 v. H. bzw. 21 v. H., an der Brustwirbelsäule bei 15 v. H. bzw. 16 v. H. und an der Lendenwirbelsäule bei 13 v. H. bzw. 20 v. H. nachweisen. In der erwachsenen europäischen Bevölkerung kann man bei 50 v. H. der Männer und Frauen röntgenologisch eine Arthrose an dem einen oder anderen Gelenk nachweisen. Die Prävalenz nimmt von 8 bis 9 v. H. bei den 20jährigen und bis zu 90 v. H. bei den Hochbetagten zu.

Die Meinung der Bundesregierung über die Zahl der „Rheumakranken“

Die Schätzungen deutscher Rheumaexperten über die Zahl der Rheumakranken in unserem Lande schwanken zwischen 5 v. H. (= 3 Millionen) und 33 v. H. (= 20 Millionen). Dabei gehen die einen im Sinne der vorstehend gemachten Angaben bewußt nur von den entzündlichen Erkrankungen einschl. den schweren Arthrosen und Spondylosen aus, die einer ständigen Behandlung bzw. Überwachung bedürfen, während die anderen überhaupt jede Gelenkveränderung und auch den Weichteilrheumatismus mit z. T. nur geringem und transitorischem Krankheitswert mit in die Zählung einbezogen sehen wollen.

Keine dieser beiden Vorgaben ist befriedigend: die eine nicht, weil eine Abgrenzung zu den leichteren Fällen nicht immer eindeutig ist, die andere nicht, weil sie durch Einbeziehung aller, auch der leichtesten Fälle von mit Schmerzen einhergehenden Beschwerden der Gelenke und anderer Teile des Bewegungsapparates den Begriff „Rheuma“ bagatellisiert. Es wird wohl kaum einen Menschen geben, der nicht wenigstens einmal während seines Lebens an derartigen Beschwerden leidet. Unter diesen Gegebenheiten sind 33 v. H. der Bevölkerung eher noch zu niedrig gegriffen.

Angesichts dieser Alternativen neigt die Bundesregierung mehr der Schätzung derjenigen Rheumaexperten zu, die als Rheumakranke nur diejenigen zählen wollen, die einer ständigen Behandlung bzw. Überwachung bedürfen. Das sind — wie gesagt — etwa 5 v. H. der Bevölkerung, von denen etwa 1,5 v. H. an einem entzündlichen Rheuma leiden (die Gicht mit einer Prävalenzquote von etwa 0,3 v. H. blieb hierbei unberücksichtigt).

Die Kosten der Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger

Über den Umfang der Aufwendungen, die den Kranken- und Rentenversicherungsträgern auf dem Gebiet der rheumatischen Krankheiten entstehen, liegen folgende Angaben vor:

a) Stationäre Maßnahmen der Rentenversicherung wegen Rheumaerkrankungen

Die Rentenversicherungsträger führen wegen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises knapp ein Drittel ihrer stationären Heilbehandlungen durch. Dieser Anteil ist in den Jahren 1971 bis 1976 kontinuierlich von 27,3 v. H. auf 31,5 v. H. angewachsen. Hierbei sind nur die Fälle erfaßt, bei denen die rheumatische Erkrankung im Vordergrund der Behandlung stand. Die Anzahl der Rheumafälle, die sekundär mitbehandelt wurden, werden statistisch nicht erfaßt. Die Gesamtzahl aller wegen einer Rheumaerkrankung durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger dürfte daher nicht unerheblich größer sein.

Männer führen wegen dieser Erkrankung — absolut gesehen — mehr Rehabilitationsmaßnahmen durch als Frauen. Der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der von ihnen durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen ist jedoch erheblich größer als der von Männern durchgeführten Maßnahmen.

Auffallend ist der starke Rückgang an stationären Heilbehandlungen wegen Arthritis von 1972 bis 1976 um rd. 44 v. H. und die starke Zunahme an stationären Heilbehandlungen wegen „Osteomyelitis und sonstige Krankheiten der Knochen und Gelenke“ in den Jahren 1971 bis 1976 um rd. 60 v. H. Die Anzahl der für Männer durchgeführten stationären Maßnahmen wegen Rheumaerkrankungen ist im Jahre 1974 gegenüber 1973 in etwa konstant, seit 1975 jedoch rückläufig. Diese Entwicklung läuft in etwa parallel zur Entwicklung der Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen und dürfte deshalb mit der Arbeitsmarktlage in der Bundesrepublik Deutschland zu dieser Zeit zusammenhängen (s. Tabelle 1, S. 10). Inzwischen haben die Anträge auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen seit dem Herbst des Jahres 1978 einen stark steigenden Trend.

b) Rentenzugang wegen Rheumaerkrankungen

Der Zugang an Renten wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit (BU/EU) in der Arbeiterrentenversicherung / Angestelltenrentenversicherung (ArV/AnV) wegen Rheumaerkrankung hat in den Jahren 1971 bis 1976 um rd. 9 v. H. zugenommen; der Anteil dieser Renten an allen BU/EU-Rentenzugängen hat allerdings nur leicht, nämlich um rd. 2 v. H. zugenommen.

Die verschiedentlich geäußerte Auffassung, daß zu wenig stationäre Rehabilitationsmaßnahmen wegen Rheumaerkrankungen durchgeführt worden sind und deshalb der Anteil der „Rheumarentner“ an allen BU/EU-Rentnern stark gewachsen sei, ist danach nicht zutreffend. Die Zunahme des Anteils der „Rheumarentner“ ist um die Hälfte geringer als die Zunahme des Anteils an stationären Heilbehandlungen wegen Rheumaerkrankungen (s. Tabelle 2, S. 11).

c) Laufzeit von BU/EU-Renten wegen Rheumaerkrankungen

Das durchschnittliche Zugangsalter von BU/EU-Rentnern wegen Rheumaerkrankungen liegt bei 55 bis 56 Jahren und ist damit um etwa eineinhalb Jahre

unter dem Durchschnittsalter aller sonstigen BU/EU-Rentner, wobei die Differenz geringer wird. Das Durchschnittsalter der Frauen ist dabei um etwa ein Jahr höher als das der Männer.

Die durchschnittliche Laufzeit dieser Renten betrug bis zum 31. Dezember 1978 bei Männern knapp sieben Jahre und bei Frauen knapp sechs Jahre, wenn die Rente zum frühestmöglichen Zeitpunkt in ein Altersruhegeld umgewandelt wurde (s. Tabelle 3, S. 13). Durch die weitere Herabsetzung der Altersgrenze für den Bezug des Altersruhegeldes auf das 60. Lebensjahr ab 1. Januar 1980 dürfte sich die Laufzeit um etwa zwei Jahre verkürzen.

d) Aufwendungen der Rentenversicherung für Rheumakranke

Die Aufwendungen der Rentenversicherungsträger für rd. 636 500 stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Versicherte wegen allgemeiner Erkrankungen betrugen im Jahre 1976 rd. 2,48 Mrd. DM (Gesamtaufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen 1976: 3,98 Mrd. DM). Hieraus ergibt sich ein durchschnittlicher Aufwand je Maßnahme von rd. 4000 DM.

Bei einem Anteil der Maßnahmen wegen Rheumaerkrankungen von 31,3 v. H. betrugen die Aufwendungen der Rentenversicherungsträger hierfür im Jahre 1976 rd. 775 Millionen DM.

e) Aufwendungen der Krankenversicherung für Rheumakranke

Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch Rheumakranke entstehen, sind nicht vollständig er-

mittelbar. Insbesondere sind die Aufwendungen für die ambulante Versorgung ohne Arbeitsunfähigkeit nicht feststellbar.

Für den Teilbereich der stationären Versorgung ergeben sich aus den Daten der Krankheitsartenstatistik ICD-Positionen 710 bis 738 (1968) bei Hochrechnung auf alle Kassen Aufwendungen von rd. 1 Mrd. DM. Die durchschnittlichen Ausgaben pro Pflage-tag sind mit 150 DM (in 1977) angesetzt.

ICD-Schlüssel (1968) Positionen 710 bis 738 Krankenhausfälle OKK	Fälle	Tage
Pflichtversicherte	76 076	1 512 978
freiwillig Versicherte .	6 017	137 726
zusammen	82 093	1 650 704
Rentner	52 017	1 634 467
zusammen	134 110	3 285 171
ICD-Positionen 710 bis 738 Krankenhausfälle – hochgerechnet – zusammen	280 370	6 867 979

Bei durchschnittlichen Ausgaben pro Pflage-tag von 150 DM (in 1977) ergeben sich die Aufwendungen für die ICD-Positionen 710 bis 738 (Krankenhausfälle) mit rd. 1 Mrd. DM.

Tabelle 1

Die Zahl der abgeschlossenen stationären Heilbehandlungen der gesetzlichen Rentenversicherung bei rheumatischen Erkrankungen

Diagnose	1971			1972		
	Männer	Frauen	zu- sammen	Männer	Frauen	zu- sammen
Akutes rheumatisches Fieber	77	47	124	96	66	162
Chronische rheumatische Herz- krankheiten	1 028	847	1 875	1 070	733	1 803
Arthritis und Rheumatismus, ausgenommen akuter Gelenk- rheumatismus	23 256	23 091	58 347	38 769	23 871	62 640
Osteomyelitis und sonstige Krank- heiten der Knochen und Gelenke .	60 797	47 329	108 126	68 474	51 622	120 096
insgesamt	97 158	71 314	168 472	108 409	76 292	184 701
Anteil an allen abgeschlossenen stationären Heilbehandlungen in %	24,7	32,0	27,3	25,5	32,3	28,0

noch Tabelle 1

Diagnose	1973			1974		
	Männer	Frauen	zu- sammen	Männer	Frauen	zu- sammen
Akutes rheumatisches Fieber	114	66	180	90	81	171
Chronische rheumatische Herz- krankheiten	1 011	755	1 766	955	693	1 648
Arthritis und Rheumatismus, ausgenommen akuter Gelenk- rheumatismus	36 727	20 972	57 699	31 754	18 762	50 616
Osteomyelitis und sonstige Krank- heiten der Knochen und Gelenke .	82 672	63 444	146 116	89 808	69 061	158 869
insgesamt	120 524	85 237	205 761	122 607	88 597	211 204
Anteil an allen abgeschlossenen stationären Heilbehandlungen in %	26,4	32,6	28,7	26,8	32,7	29,0

Diagnose	1975			1976		
	Männer	Frauen	zu- sammen	Männer	Frauen	zu- sammen
Akutes rheumatisches Fieber	111	58	169	93	80	173
Chronische rheumatische Herz- krankheiten	787	622	1 409	930	657	1 587
Arthritis und Rheumatismus, ausgenommen akuter Gelenk- rheumatismus	27 153	15 062	42 215	21 589	13 602	35 191
Osteomyelitis und sonstige Krank- heiten der Knochen und Gelenke .	87 087	59 589	146 676	89 995	72 386	162 381
insgesamt	115 138	75 331	190 469	112 607	86 725	199 332
Anteil an allen abgeschlossenen stationären Heilbehandlungen in %	28,9	33,3	30,5	28,9	35,1	31,3

Tabelle 2

**Die Versichertenrente wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit aufgrund
rheumatischer Erkrankungen in der ArV und AnV**

Diagnose	1971			1972		
	Männer	Frauen	zu- sammen	Männer	Frauen	zu- sammen
Akutes rheumatisches Fieber	52	54	106	37	46	83
Chronische rheumatische Herz- krankheiten	984	1 155	2 139	802	1 069	1 871
Arthritis und Rheumatismus, ausgenommen akuter Gelenk- rheumatismus	8 188	9 465	17 653	8 172	9 768	17 940
Osteomyelitis und sonstige Krank- heiten der Knochen und Gelenke .	7 483	7 301	14 784	7 555	7 911	15 466
insgesamt	16 707	17 975	34 682	16 566	18 794	35 360
Anteil an allen Versichertenrenten wegen EU oder BU in %	11,3	13,9	12,5	11,5	14,2	12,8

noch Tabelle 2

Diagnose	1973			1974		
	Männer	Frauen	zu- sammen	Männer	Frauen	zu- sammen
Akutes rheumatisches Fieber	36	64	100	25	45	70
Chronische rheumatische Herz- krankheiten	681	1 016	1 697	776	1 088	1 864
Arthritis und Rheumatismus, ausgenommen akuter Gelenk- rheumatismus	6 109	8 073	14 182	6 080	8 470	14 550
Osteomyelitis und sonstige Krank- heiten der Knochen und Gelenke .	7 265	8 895	16 160	8 880	11 412	20 292
insgesamt	14 091	18 048	32 139	15 761	21 015	36 776
Anteil an allen Versichertenrenten wegen EU oder BU in %	11,3	13,9	12,6	11,7	14,7	13,2

Diagnose	1975			1976		
	Männer	Frauen	zu- sammen	Männer	Frauen	zu- sammen
Akutes rheumatisches Fieber	39	46	85	47	60	107
Chronische rheumatische Herz- krankheiten	765	1 025	1 790	801	1 101	1 902
Arthritis und Rheumatismus, ausgenommen akuter Gelenk- rheumatismus	5 619	8 261	13 880	5 963	8 150	14 113
Osteomyelitis und sonstige Krank- heiten der Knochen und Gelenke .	9 476	13 013	22 489	9 941	12 195	22 136
insgesamt	15 899	22 345	38 244	16 752	21 506	38 258
Anteil an allen Versichertenrenten wegen EU oder BU in %	12,2	15,1	13,7	12,6	16,0	14,3

Diagnose	1977		
	Männer	Frauen	zu- sammen
Akutes rheumatisches Fieber	24	44	68
Chronische rheumatische Herz- krankheiten	706	984	1 690
Arthritis und Rheumatismus, ausgenommen akuter Gelenk- rheumatismus	6 093	8 299	14 392
Osteomyelitis und sonstige Krank- heiten der Knochen und Gelenke .	10 550	14 474	25 024
insgesamt	17 373	23 801	41 174
Anteil an allen Versichertenrenten wegen EU oder BU in %	13,3	17,9	15,6

Tabelle 3

**Das Durchschnittsalter beim Beginn von BU/EU-Renten aufgrund
rheumatischer Erkrankungen in der ArV und AnV**

Diagnose	1971			1972		
	Männer	Frauen	zu- sammen	Männer	Frauen	zu- sammen
Akutes rheumatisches Fieber	52,4	54,1	53,3	57,1	53,2	55,2
Chronische rheumatische Herz- krankheiten	51,5	53,0	52,3	50,6	52,2	51,4
Arthritis und Rheumatismus, ausgenommen akuter Gelenk- rheumatismus	58,9	58,7	58,8	58,8	58,7	58,8
Osteomyelitis und sonstige Krank- heiten der Knochen und Gelenke .	58,7	59,5	59,1	58,6	59,7	59,2
Durchschnittsalter insgesamt	55,4	56,3	55,9	56,3	56,0	56,2
Durchschnittsalter der Versicherten allgemein	57,5	58,0	57,8	57,5	58,1	57,8

Diagnose	1973			1974		
	Männer	Frauen	zu- sammen	Männer	Frauen	zu- sammen
Akutes rheumatisches Fieber	57,6	55,1	56,4	51,5	59,0	55,3
Chronische rheumatische Herz- krankheiten	51,7	52,2	52,0	50,8	52,2	51,5
Arthritis und Rheumatismus, ausgenommen akuter Gelenk- rheumatismus	58,4	58,5	58,5	57,5	57,8	57,7
Osteomyelitis und sonstige Krank- heiten der Knochen und Gelenke .	58,5	59,7	59,1	58,2	59,4	58,8
Durchschnittsalter insgesamt	56,6	56,4	56,5	54,5	57,1	55,8
Durchschnittsalter der Versicherten allgemein	57,1	58,0	57,6	56,7	57,7	57,2

Diagnose	1975			1976		
	Männer	Frauen	zu- sammen	Männer	Frauen	zu- sammen
Akutes rheumatisches Fieber	49,7	56,2	53,0	52,7	53,2	53,0
Chronische rheumatische Herz- krankheiten	52,3	53,0	52,7	51,5	51,9	51,7
Arthritis und Rheumatismus, ausgenommen akuter Gelenk- rheumatismus	57,2	57,1	57,2	56,8	56,5	56,7
Osteomyelitis und sonstige Krank- heiten der Knochen und Gelenke .	57,8	58,9	58,4	57,6	58,4	58,0
Durchschnittsalter insgesamt	54,3	56,3	55,3	54,7	55,0	54,9
Durchschnittsalter der Versicherten allgemein	56,6	57,3	57,0	56,1	56,6	56,4

noch Tabelle 3

Diagnose	1977		
	Männer	Frauen	zusammen
Akutes rheumatisches Fieber	53,2	56,7	55,0
Chronische rheumatische Herzkrankheiten	51,9	52,1	52,0
Arthritis und Rheumatismus, ausgenommen akuter Gelenkrheumatismus	56,6	56,2	56,4
Osteomyelitis und sonstige Krankheiten der Knochen und Gelenke .	57,4	57,5	57,5
Durchschnittsalter insgesamt	54,8	55,6	55,2
Durchschnittsalter der Versicherten allgemein	55,9	56,1	56,0

Ziffer 2

Die Bundesregierung wird aufgefordert, ihren Einfluß geltend zu machen, um eine frühzeitige Krankheitserkennung, rechtzeitige Behandlung und wohnortnahe Durchführung der notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen in Arztpraxen und geeigneten Krankenhäusern zu ermöglichen.

Die Problematik der Früherkennung und Frühbehandlung rheumatischer Krankheiten

Bei den rheumatischen Krankheiten handelt es sich vorwiegend um chronische Krankheiten. Das bedeutet, daß sie nicht folgenlos ausheilen, sondern die Tendenz besitzen, mehr oder weniger schnell — meist schubweise — fortzuschreiten. Mit Ausnahme des rheumatischen Fiebers (Streptococcenrheumatismus) und der Gelenkerkrankung bei Harnsäurestoffwechselstörung (Gicht) sind bisher keine Ursachen dieser Krankheiten bekannt, die eine entsprechende Prophylaxe gestatten. Daraus ergibt sich, daß die Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten bei der frühzeitigen Krankheitserkennung anzusetzen hat, damit mit einer rechtzeitigen Behandlung begonnen werden kann.

Die ärztliche Versorgung der Rheumakranken

Diagnose und Therapie der degenerativen rheumatischen Krankheiten werden vor allem von den 1922 niedergelassenen Orthopäden zusammen mit den 27 568 Allgemeinärzten (Stand 31. Dezember 1978) erbracht. Die diagnostische und therapeutische Kapazität dafür kann im ambulanten wie auch im stationären Bereich als ausreichend bezeichnet werden, wenn man von lokalen Engpässen einmal absieht.

Im Vergleich zu der ärztlichen Versorgung der Kranken mit degenerativem Rheuma ist die der an entzündlichem Rheuma Leidenden derzeit unbefriedigender. Aus diesem Grund beschränken sich daher

die folgenden Ausführungen im wesentlichen auf die rheumatischen Krankheiten entzündlicher Genese.

Abgesehen von der zumeist auch schwierigeren Diagnostik machen die noch unbekannten Ursachen der entzündlichen Krankheiten diese auch zu einem schweren therapeutischen Problem, da es noch keine „ideale“ Therapie gibt. Die bekannten medikamentösen Verfahren versuchen einmal in den immunpathogenetischen Mechanismus der entzündlichen rheumatischen Krankheiten einzugreifen, wobei stark risiko-beladene Arzneimittel Verwendung finden müssen (Basistherapie), zum anderen sind diese medikamentösen Verfahren rein symptomorientiert (symptomatische medikamentöse Therapie), d. h. daß ihrer Wirksamkeit auch bei frühzeitiger Krankheitserkennung Grenzen gesetzt sind. Sie beruhen auf umfangreichen Erfahrungen, müssen aber wissenschaftlich noch weiter untersucht werden (s. Ziffer 5, S. 26). Die physikalische Therapie — besonders die Bewegungstherapie — ist die zweite Säule einer modernen Rheumabehandlung, zu der an dritter Stelle dann bei zahlreichen Fällen auch die operative Behandlung kommt. Als Hilfsmittel für die Durchführung dieser Therapiestrategie gibt es zahlreiche Publikationen, wie z. B. die „Diagnose-Hilfe für rheumatische Erkrankungen“ und die „Therapeutischen Richtlinien“.

Die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Rheumatologie

Die vorhandenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten können nicht voll ausgenutzt werden, da es zu wenig Ärzte gibt, die das verfügbare Instrumentarium beherrschen.

a) Die Ausbildung

Die historisch bedingte Verlagerung der stationären Behandlung entzündlicher rheumatischer Krankheiten in Kliniken bestimmter Kurorte (Aachen, Bad

Abbach, Bad Bramstedt, Baden-Baden, Bad Nauheim, Bad Nenndorf, Bad Kreuznach, Schlangenbad, Wiesbaden u. a.) hat Ausbildungskonsequenzen für die Universitäten. Ihr Ausbildungsangebot wird vielerorts inhaltlich und organisatorisch nicht der Bedeutung der entzündlichen rheumatischen Krankheiten gerecht (Näheres hierzu siehe Ziffer 8, S. 30).

b) Die Fortbildung

Die ärztliche Fortbildung dient der Auffrischung und Vertiefung alter, ebenso wie der Vermittlung neuer Kenntnisse und Erkenntnisse. Abgesehen von der Wissensvermittlung durch Zeitschriften, Film usw. vollzieht sie sich in Form von Vortrags- oder Diskussionsnachmittagen bzw. -abenden oder in ein- bis mehrtägigen Veranstaltungen, bei denen meist ein bestimmtes Thema im Vordergrund steht.

Die Bemühungen der ärztlichen Verbände (Bundesärztekammer, Landes- und Bezirksärztekammern, Berufsverbände), der wissenschaftlichen Gesellschaften und Krankenversicherungsträger u. v. a. m. um eine Fortbildung auf dem Gebiet der Rheumatologie sind beträchtlich. Die Angaben der hierzu befragten Bundesärztekammer weisen eine derartige Fülle von einschlägigen Fortbildungsmaßnahmen aus, daß sie hier nicht wiedergegeben werden können. Mit Recht wird darauf hingewiesen, daß rheumatische Krankheiten auch in ganz erheblichem Umfange bei Veranstaltungen behandelt werden, bei denen dies nicht unmittelbar der Thematik zu entnehmen ist. Diese Veranstaltungen sind sowohl auf Ärzte für Allgemeinmedizin als auch auf Ärzte jeglicher Fachrichtung ausgerichtet, weil die rheumatischen Krankheiten nicht nur die Gelenke und ihre Umgebung, sondern auch Organsysteme befallen können.

Die Bundesregierung fördert diese Fortbildung, indem sie die Durchführung nationaler und internationaler Kongresse auf diesem Gebiet durch Gewährung finanzieller Zuschüsse ermöglicht. So wurde im September 1979 der IX. Europäische Kongreß für Rheumatologie in Wiesbaden mit 15 000 DM gefördert. Auch die Finanzierung der von der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung im Oktober 1979 in Bad Nenndorf durchgeführte Rheumatagung ist durch einen Zweckzuschuß an diese Vereinigung aus Bundesmitteln ermöglicht worden.

c) Die Weiterbildung

Im Unterschied zur Fortbildung vollzieht sich die ärztliche Weiterbildung nach ganz bestimmten Vorschriften der Landesärztekammern. Mit der Weiterbildung wird die Führung einer bestimmten Arzt- bzw. Facharztbezeichnung angestrebt; sie dauert je nach der angesrebten Gebietsbezeichnung vier bis sechs Jahre.

Leider gibt es in der Bundesrepublik keine Weiterbildung auf dem Gebiet der „Rheumatologie“. Selbst die Einführung einer Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“ wurde trotz entsprechender Empfehlungen des Vorstandes der Bundesärztekammer auf den Deutschen Ärztetagen 1976 und 1978 mit dem Hinweis auf die nicht zu akzeptierende weitere Zerstückelung des ärztlichen Wissens abgelehnt. Diese

Ablehnung ist unverständlich, weil die Weiterbildungsordnungen fast aller anderen europäischen Länder — Ausnahmen sind nur Albanien, Dänemark, Jugoslawien, Österreich und Portugal — diese Facharztbezeichnung z. T. bereits seit Jahrzehnten enthalten.

In dem Fehlen der ärztlichen Weiterbildung auf dem Gebiet der Rheumatologie sieht die Bundesregierung eine bedeutsame Hürde für eine Verbesserung der Versorgung von Kranken mit einem Rheuma entzündlicher Genese.

Die Weiterbildungsordnungen werden — wie gesagt — von den Landesärztekammern erlassen, bedürfen hierzu aber der Zustimmung des jeweiligen Landes. In der Erwartung, damit die Diskussion erneut in Gang zu bringen, hat sich der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit kürzlich an die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder gewandt und nochmals — wie bereits im Jahre 1976 — um Überprüfung dieser Situation gebeten.

Wie zu erfahren war, hat der Vorstand der Bundesärztekammer inzwischen die Einführung der Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“ erneut als Empfehlung in die Tagesordnung des Deutschen Ärztetages 1980 eingebracht. Die Bundesregierung hofft, daß das Plenum dieses Ärztetages dieser Empfehlung folgen wird; sie ist sich sicher, daß die Länder den entsprechenden Anträgen ihrer Landesärztekammern auf Genehmigung der Einführung dieser Teilgebietsbezeichnung unverzüglich zustimmen werden.

Zur Ermittlung des Bedarfs an ärztlicher Versorgung der Bevölkerung wird in der Regel von Meßzahlen ausgegangen. In der Bundesrepublik gibt es für die ärztliche Versorgung mit Rheumatologen solche Meßzahlen nicht. Soweit der Bundesregierung bekannt geworden ist, liegen auch in anderen Ländern keine derartigen Angaben vor.

Einen Anhaltspunkt für den Bedarf an Rheumatologen könnte vielleicht die folgende Übersicht geben, deren Angaben teils von den befragten Ländern, teils vom Berufsverband Deutscher Rheumatologen stammen.

Danach sind als Rheumatologen tätig:

Land	Rheumatologen	Bevölkerung in 1000	Rheumatologen je 1 Million Einwohner
Ungarn	300	10 648	28
Schweiz	110	6 295	17
Norwegen	60	4 043	15
Polen	500	34 562	15
Luxemburg	5	358	14
Belgien	130	9 818	13
Irland	20	3 162	6
Schweden	50	8 255	6
Niederlande	82	13 856	6
England und Wales	180	49 120	4
Italien	150	56 600	3

In Frankreich gibt es bei einer Gesamtbevölkerung von 52 913 000 Einwohnern rd. 900 Rheumatologen, was bedeutet, daß 17 Rheumatologen auf 1 Million Einwohner kommen. Da es aber in Frankreich keine niedergelassenen Orthopäden gibt, müssen die niedergelassenen Rheumatologen auch die ambulante Versorgung der an degenerativem Rheuma Leidenden mit übernehmen. Da damit die Arbeitsleistung der französischen Rheumatologen mit der der Rheumatologen anderer Länder nicht vergleichbar ist, wurden sie nicht in die Übersicht einbezogen.

Wie sonst aus der Übersicht ersichtlich, ist in den Ländern, für die Zahlen zur Verfügung stehen, die Versorgung der Bevölkerung mit Rheumatologen sehr unterschiedlich. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie gibt es in der Bundesrepublik etwa 120 bis 150 Rheumaexperten, die bei Einführung der entsprechenden Teilgebietsbezeichnung die Voraussetzungen für eine Anerkennung als Rheumatologen nachweisen könnten. Selbst wenn man von der höheren Zahl von 150 ausgeht, würde das bei einer Bevölkerung von 61,3 Millionen bedeuten, daß in der Bundesrepublik nur 2 Rheumatologen auf 1 Million Einwohner entfallen. Damit würde die Bundesrepublik in der vorstehenden Übersicht den letzten Platz einnehmen. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie ist jedoch der Auffassung, daß für eine einigermaßen ausreichende Versorgung der Bevölkerung ein Bedarf von insgesamt 600 Rheumatologen besteht (d. h. 10 Rheumatologen je 1 Million Einwohner), womit die Bundesrepublik in der vorstehenden Übersicht einen bescheidenen Mittelplatz einnehmen würde. Selbst wenn man sich diesem Berechnungsmaßstab nicht anschließt, ist ein beträchtlicher Bedarf nicht zu verkennen.

Voraussetzung für die Weiterbildung auf dem Teilgebiet Rheumatologie ist allerdings die Existenz entsprechender Weiterbildungsstellen an geeigneten Kliniken und Krankenhäusern. Die Erlaubnis zur Weiterbildung ist an die Person des weiterzubildenden Arztes gebunden. Im Falle der Rheumatologie ist die Zahl dieser Ärzte wie auch der geeigneten Institutionen begrenzt. Die Bundesregierung ist der Meinung, daß sich die Träger dieser Institutionen — Universitäten und Krankenhäuser — bereits jetzt schon auf die Schaffung derartiger Weiterbildungsstellen vorbereiten sollten, damit die Zahl der für eine wirkungsvolle Rheumabekämpfung erforderlichen Rheumatologen möglichst rasch erreicht wird. In diesem Sinne wird sie bei der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung einen entsprechenden Antrag stellen.

Um ein Zeichen zu setzen, hat sich die Bundesregierung bei der WHO und beim Europarat für die Gewährung von Stipendien an Ärzte eingesetzt, die sich an geeigneten ausländischen Institutionen auf dem Gebiet der Rheumatologie weiterbilden wollen. Die WHO hat bereits 1979 ein Stipendium gewährt; beim Europarat läuft diese Maßnahme 1980 an und umfaßt zunächst vier Stipendien an einem Platz nach der Wahl des um Weiterbildung bemühten Arztes.

Das Erfordernis der ärztlichen Kooperation auf dem Gebiet der Rheumatologie

Rheumakranke sind meist ambulante Patienten. Wegen des Mangels an speziell ausgebildeten Ärzten bleibt die Diagnostik und Behandlung der entzündlichen rheumatischen Krankheiten zumeist dem Allgemeinarzt überlassen. Seine Weiterbildung ist von dem Aufgabengebiet her breit angelegt. Die entzündlichen rheumatischen Krankheiten werfen — wie dargelegt — ganz besondere diagnostische und therapeutische Probleme auf. In derartigen Fällen bedarf es der Zusammenarbeit mit dem Rheumaexperten.

Findet eine solche Zusammenarbeit statt, so kann die Mehrzahl aller Patienten durch den Allgemeinarzt unter Mitwirkung einschlägiger Fachärzte versorgt werden. Nur schwere und hochakute Fälle bedürfen, ebenso wie Problempatienten mit schweren extraartikulären Manifestationen (z. B. Herzbeteiligung), einer zeitweisen stationären Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus, einer Spezialklinik oder Universitätsklinik, in denen alle geeigneten Behandlungsverfahren vorhanden sind und unter fachkundiger Aufsicht verabfolgt werden können.

Das Erfordernis der Kooperation der Sozialversicherungsträger bei der Versorgung von Rheumakranken

Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1881), zuletzt geändert durch Artikel 2 § 8 des Gesetzes vom 7. Mai 1975 (BGBl. I S. 1061) hat im Interesse der Sicherstellung der rechtzeitigen und kontinuierlichen Betreuung Vorschriften über die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und die Verpflichtung, bei unklarer Zuständigkeit vorläufige Leistungen zu erbringen, eingeführt. Es hat auch die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen.

Die Träger der Rentenversicherung können medizinische Rehabilitationsmaßnahmen wegen einer rheumatischen Erkrankung nur bewilligen, wenn durch die Maßnahme die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erhalten, vermutlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Die Behandlung der Versicherten erfolgt nur stationär. Daher führen sie Maßnahmen dann nicht durch, wenn die Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit auch ambulant mit Mitteln der Krankenpflege durch einen Krankenversicherungsträger erreicht werden kann. Die Rentenversicherungsträger setzen mit ihren stationären Maßnahmen auch nur dann ein, wenn die erforderliche Akutbehandlung durch den Krankenversicherungsträger abgeschlossen ist. Diese Aufgabenverteilung zwischen Kranken- und Rentenversicherung nach geltendem Recht trägt der Aufgabenstellung innerhalb des sozialen Sicherungssystems Rechnung, welche die Akutbehandlung von Versicherten den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung zuordnet. Da die Rentenversicherungsträger nur stationäre Maßnahmen bewilligen, erbringen sie orthopädische Hilfsmittel auch nur im Rahmen der stationären Unterbringung.

Für die Ausstattung mit Funktionshilfen kommen sie daher grundsätzlich nicht in Betracht. Gleiches gilt für die krankengymnastische Therapie. Für diese Leistungen sind daher auch nach Inkrafttreten des Rehabilitationsangleichungsgesetzes in erster Linie die Träger der Krankenversicherung zuständig.

Rheumakranke, bei denen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung nicht erfüllt sind, die aber durch die gesetzliche Krankenversicherung geschützt sind, erhalten die erforderlichen Leistungen von ihrer Krankenkasse. Kann ein Rheumakranker nicht ambulant behandelt werden und ist Krankenhauspflege erforderlich, so werden deren Kosten von der Krankenkasse übernommen, auch wenn es sich um eine Behandlung in einem Spezialkrankenhaus handelt. Ob insoweit Kapazitätsprobleme vorhanden sind, ist der Bundesregierung nicht bekannt; diesbezüglich müßten Erhebungen bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft, bei den Ländern und den Krankenkassen durchgeführt werden.

Nach § 4 Abs. 2 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation sind alle Rehabilitationsträger, insbesondere also die Krankenkassen, gehalten, auf eine frühzeitige Rehabilitationsmaßnahme hinzuwirken. Im Einzelfall sind die Krankenkassen verpflichtet, dem Rentenversicherungsträger mitzuteilen, wenn sie eine stationäre Behandlung für erforderlich oder zweckmäßig ansehen. Hierdurch soll sichergestellt werden, daß unabhängig von der Eigeninitiative des Versicherten, dem Rentenversicherungsträger die für eine Rehabilitationsmaßnahme geeigneten Fälle bekannt werden und der Rentenversicherungsträger auch von sich aus den Versicherten hierfür gewinnen kann.

Die Umsetzung dieser Regelung in die Praxis scheint jedoch — wie bereits in dem Bericht zur BT-Drucksache 8/2199 ausgeführt — nicht selten auf Schwierigkeiten zu stoßen, mit der Folge, daß die Vorleistungen nicht immer rechtzeitig erbracht werden.

Versicherungsrechtliche Probleme bei häuslicher Pflegebedürftigkeit

Rheumatische Krankheiten besitzen die Tendenz fortzuschreiten. Frühzeitige Krankheitserkennung und rechtzeitige Behandlung sind in der Lage, diese Tendenz abzustoppen, können sie aber in vielen Fällen nicht verhindern. Vielen Rheumakranken wird es auch in Zukunft nicht erspart bleiben, in den Zustand mehr oder weniger ausgeprägter Pflegebedürftigkeit zu geraten.

Nach § 185 der Reichsversicherungsordnung — RVO — hat der Versicherte nur dann Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn an sich Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn Krankenhauspflege dadurch nicht erforderlich wird. Die Krankenkassen sind außerdem ermächtigt, in ihrer Satzung zu bestimmen, daß häusliche Krankenpflege auch ohne diese Bedingung gewährt wird, wenn sie zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Von dieser Ermächtigung haben sie teilweise bereits Gebrauch gemacht.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der häuslichen Krankenpflege können auch für Rheumakranke Nachteile mit sich bringen, da nur die auf medizinische Verrichtungen begrenzte Behandlungspflege von den Krankenkassen übernommen wird. Die im Rahmen der Krankenhauspflege erbrachte Vollversorgung ist hier also nicht gewährleistet. Solange Angehörige oder Nachbarn die Pflege übernehmen, sind sie versorgt. Wenn diese aber dazu nicht in der Lage sind (Urlaub, Krankheit usw.), dann muß der Kranke die erforderliche Pflege selbst bezahlen. In dieser Zwangslage mögen viele Angehörige auf ihren notwendigen Urlaub verzichten. Andere nehmen es in Kauf, wenn es dem Kranken in dieser Zeit an der erforderlichen Pflege fehlt. Mit den sich in letzterem Fall finanziell ergebenden Konsequenzen und deren Abwendung hat sich eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe befaßt und eine Reihe von Vorschlägen erarbeitet, die auf die Möglichkeit ihrer Realisierung geprüft werden.

Die Folgen unzureichender Kooperation für den Rheumakranken

Die Konsequenz der gegenwärtigen unzureichenden Zusammenarbeit und Unzulänglichkeiten ist, daß der Rheumakranke häufig viel zu spät einer optimalen Behandlung zugeführt wird und daß er — aus stationärer Behandlung kommend — wieder den beschriebenen Unzulänglichkeiten ausgesetzt ist.

So erfolgt alsbald eine neue Einweisung zur stationären Behandlung bei zumeist wesentlich verschlechtertem Krankheitsbefund, dann die erneute Entlassung usw. — ein Vorgang, den die auf dem Gebiet der Rheumatologie tätigen Ärzte als „Drehtür-Rheumatologie“ bezeichnen.

Die physikalische Behandlung der rheumatischen Krankheiten

Rheumakranke sind — wie gesagt — meist ambulante Patienten. Angesichts ihrer Zahl und ihrer z. T. erheblichen körperlichen Behinderung ist eine wohnortnahe Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen unumgänglich. Zur medizinischen Rehabilitation gehören eine optimale medikamentöse Behandlung, sehr häufig Langzeitbehandlung, die wegen ihrer möglichen Nebenwirkungen der Kontrolle bedarf, und die Anwendung physikalischer Verfahren wie Thermo- und Mechanotherapie.

In der freien Praxis sind es der Arzt für Allgemeinmedizin, der Internist oder der Orthopäde, die in aller Regel die Diagnose stellen, die erforderlichen Maßnahmen verordnen und größtenteils selbst durchführen bzw. durchführen lassen. In nicht wenigen Fällen reichen aber die von einem niedergelassenen Arzt üblicherweise angewandten physikalischen Maßnahmen nicht aus, um seinen rheumakranken Patienten wirkungsvoll zu helfen. Hierzu zählen u. a. die Durchführung von Bädern (z. B. das temperierte Bewegungsbad und die Unterwasserdruckstrahlmassage) sowie die Elektrotherapie (z. B. die Anwendung von Kurz- und Mikrowellen, von Ultra-

schall, die Iontophorese und die Röntgen-Tiefenbestrahlung). In solchen Fällen ist wiederum eine Überweisung an einen anderen Arzt, eine Krankenhausambulanz, eine Badeeinrichtung oder sonstige Einrichtungen erforderlich, die über entsprechende Einrichtungen verfügen. Diese sind zwar in größeren Städten anzutreffen; in kleinen Städten und erst recht auf dem Lande sind sie nicht überall vorhanden oder ungünstig verteilt.

Das nicht-ärztliche Personal

Die nicht überall gewährleisteten physikalischen Behandlungsmöglichkeiten sind auch ein Problem des Mangels an nicht-ärztlichem Personal, besonders an Krankengymnasten, die zudem häufig auch nicht über das für eine Behandlung von Rheumakranken erforderliche Spezialwissen verfügen.

Der bestehende Mangel an Krankengymnasten legt es nahe, die aktiven Bewegungsübungen in Gruppen durchzuführen. Die gesetzlichen Krankenkassen verweigern jedoch vielerorts die Honorierung, wenn solche Gruppentherapie durchgeführt wird. Wo dies der Fall ist, sollte bedacht werden, daß Gruppentherapie nicht nur ökonomischer und finanzgünstiger, sondern auch für die Patienten wirkungsvoller ist, da von dem gemeinsamen Streben nach Besserung erfahrungsgemäß eine stärkere Motivierung ausgeht.

Auch an Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten besteht in den Krankenhäusern ein Mangel. Ihnen obliegt es, den Rheumakranken auf die Aufgaben der täglichen Lebensaktivitäten vorzubereiten, sie einzuüben und mit spezifischen Hilfsmitteln zu versorgen. Ihr Einsatz wird z. Z. nur in wenigen Krankenhäusern und Kliniken genutzt. Im Rahmen einer wohnortnahen ambulanten Betreuung von Rheumakranken fehlen sie bisher völlig.

Der Mangel an Krankengymnasten, insbesondere aber an speziell rheumatologisch geschulten Krankengymnasten, sowie der an Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten hat nicht nur zur Folge, daß die Einschränkung der Beweglichkeit bei den Rheumakranken, wie das an sich möglich wäre, verhindert oder zumindest verzögert wird, sondern auch, daß bei der raschen Ausweitung der Rheumachirurgie in den letzten Jahren die Operationsindikation gelegentlich vorschnell gestellt wird, ohne daß zuvor alle konservativen Möglichkeiten voll ausgeschöpft wurden.

Abhilfe ist hier nur zu erreichen durch die Bereitstellung von Mitteln für die Einrichtung von Schulen zur Ausbildung von Krankengymnasten sowie für Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten durch die Länder.

Der öffentliche Gesundheitsdienst im Rahmen der Rheumabekämpfung

In der Bundesrepublik Deutschland verfügen wir auf Grund des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Februar 1976 (BGBl. I S. 289) über Landesärzte, die besondere Er-

fahrungen in der Hilfe für Behinderte besitzen (§ 126). Sie haben u. a. die Aufgabe (§ 125), die Behinderten über die nach Art und Schwere der Behinderung geeigneten ärztlichen und sonstigen Eingliederungsmaßnahmen zu beraten. Zu den Behinderten, die Anspruch auf diese Maßnahmen haben, zählen Personen mit einer nicht nur vorübergehenden erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit, die auf dem Fehlen oder Funktionsstörungen von Gliedmaßen oder anderen Ursachen beruht (§ 124 Abs. 4).

§ 123 BSHG, der den Anwendungsbereich der sich anschließenden Vorschriften bestimmt, ist allerdings durch § 35 des Gesetzes über die Angleichungen der Leistungen der Rehabilitation vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1881) neu gefaßt worden. Nunmehr gelten die §§ 123 bis 126 c BSHG nicht für Personen, die für sich oder ihre Familienangehörigen Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten oder die wegen ihrer Behinderung Leistungen zur Rehabilitation von der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung oder als Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären, Entschädigungsleistungen erhalten. Damit reduziert sich der Anwendungsbereich des Abschnitts 12 des Bundessozialhilfegesetzes insgesamt auf einen Personenkreis, der etwa 5 v. H. der Gesamtbevölkerung ausmacht. Für den größten Teil der Bevölkerung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und ihre Familienangehörigen, ist die Beratungspflicht auf die gesetzlichen Krankenversicherungen übergegangen.

Unabhängig hiervon ist auf die eigenständige Aufgabenstellung für den öffentlichen Gesundheitsdienst auf der Grundlage von Landesrecht hinzuweisen. Nach der Richtlinie für Ländergesetze über das Gesundheitswesen, die die Grundlage für künftige Landesgesundheitsgesetze bildet, ist vorgesehen, daß die Gesundheitsfachverwaltung (Gesundheitsamt) für körperlich, geistig und seelisch Behinderte Gesundheitshilfe durch Beratung und Betreuung leistet und sich dafür einsetzt, daß geeignete Maßnahmen zur Beseitigung einer drohenden Behinderung oder zur Eingliederung von Behinderten möglichst frühzeitig eingeleitet und in ausreichendem Umfang fortgeführt werden. In diesem Sinne bemüht sich das von Bund, Land und Landkreis getragene „Modellgesundheitsamt Marburg-Biedenkopf“ u. a. auch um die möglichst frühzeitige Erfassung von Behinderungen und die Mitwirkung bei möglichst weitgehender Rehabilitation auf medizinischem, sozialem und gesellschaftlichem Gebiet. Zu dem Personenkreis solcher Hilfebedürftigen gehören auch Rheumakranke.

In diesem Zusammenhang sind auch die staatlich geförderten Sozialstationen in den acht Flächenstaaten der Bundesrepublik zu erwähnen, die insbesondere der ambulanten Krankenpflege dienen. Ihre Zahl ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Allein im Jahre 1979 sind 309 derartiger Stationen neu dazugekommen. Ende 1979 betrug ihre Zahl 1040. Der ambulanten Krankenversorgung dienen auch Einrichtungen mobiler Art, von denen es für die physi-

kalische Behandlung von Rheumakranken allerdings bisher nur wenige gibt.

Zur Frage der beruflichen Rehabilitation von Rheumakranken ist festzustellen, daß hier keine besonderen Probleme bestehen. Wenn im Zusammenhang mit einer Rheumaerkrankung berufliche Fragen der Rehabilitation auftreten, werden diese unter Beteiligung des zuständigen Sozialleistungsträgers und des Arbeitsamtes gelöst. Es stehen dafür ausreichende Kapazitäten, insbesondere in den Berufsförderungswerken (zur Umschulung erwachsener Behinderter) zur Verfügung.

Die Einflußnahme der Bundesregierung auf eine bessere Versorgung der Rheumakranken

Die Einflußmöglichkeiten der Bundesregierung auf eine Verbesserung der wohnortnahen Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen in Arztpraxen beschränken sich auf die Entwicklung entsprechender Modelle. Im Rahmen ihres „Programms zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ hat die Bundesregierung im Jahre 1979 einen Forschungsauftrag vergeben, der die Entwicklung von Nachsorgekonzepten zur gemeindenahen kooperativen Versorgung von Rheumakranken voranbringen soll (s. Ziffer 5, S. 26). Was die Verbesserung der gemeindenahen Versorgung in geeigneten Krankenhäusern (s. auch Ziffer 3, S. 20) betrifft, so ist die Bundesregierung bereit, geeignete Modelle, soweit es sich um förderungsfähige Investitionskosten handelt, aus Mitteln nach § 23 Abs. 2 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29. Juni 1972 — KHG — (BGBl. I S. 1009) zu finanzieren; im übrigen stehen im Rahmen des o. g. Aktionsprogramms der Bundesregierung auch für einschlägige Forschungen Mittel zur Verfügung.

Für eine funktionierende gemeindenahe Versorgung Rheumakranker in Krankenhäusern und damit auch für das Gelingen derartiger Modelle sind wiederum eine genügend große Anzahl von im Fachgebiet Rheumatologie ausgebildeten Ärzten und ärztlichem Hilfspersonal Voraussetzung sowie die Bereitschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen zur grundsätzlichen Unterstützung der Versorgung durch die Klinik auch im ambulanten Bereich und die Kooperationsbereitschaft der behandelnden niedergelassenen Ärzte. Der internationale Stand der rheumatologischen Forschung und die organisatorischen Erfahrungen von in- und ausländischen Rheumazentren sind bei der Konzeption solcher Modelle mit zu berücksichtigen.

Die Bundesregierung hofft, durch Unterstützung und Bereitschaft zur Förderung erfolgversprechender Modelle sowohl bei Wissenschaftlern als auch bei den Ländern entsprechende Initiativen zur Verbesserung der gemeindenahen Versorgung auszulösen.

In personeller Hinsicht beschränken sich die Einflußmöglichkeiten der Bundesregierung, abgesehen von den o. g. Ausführungen über die ärztliche Ausbildung auf die bedarfsgerechte Anpassung von Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften für die nicht-

akademischen Heilberufe, die der Zustimmung des Bundesrates bedürfen. Bei diesen Heilberufen handelt es sich um Krankengymnasten, um Masseure, um Masseure und medizinische Bademeister, um Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, um medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten, um Diätassistenten und um Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern sowie Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen. Die derzeit geltenden Ausbildungs- und Prüfungsordnungen für die vorgenannten Berufe enthalten keine Fächer oder Ausbildungsinhalte für eine spezielle Ausbildung auf dem Gebiet der Rheumatologie. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, daß schon jetzt im Zuge der Ausbildung auch der Bereich der rheumatischen Erkrankungsformen, insbesondere bei den Unterrichtsfächern Innere Medizin, Orthopädie und Klinische Chemie, behandelt wird. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wird dafür Sorge tragen, daß die Ausbildung auf dem Gebiet der rheumatischen Krankheiten bei der Erarbeitung neuer Ausbildungs- und Prüfungsordnungen ihren Niederschlag findet.

Ziffer 3

Die Bundesregierung wird aufgefordert, gemeinsam mit den Ländern zu prüfen, ob in stärkerem Maße als Ergänzung zu den bestehenden Kurkliniken in die einzelnen Krankenhausbedarfspläne eine ausreichende Zahl von rheumatologischen Betten und entsprechende Behandlungszentren aufgenommen werden können.

Die Bettenkapazität

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat die Frage der Behandlungskapazitäten für Rheumakranke in Akutkrankenhäusern im Rahmen der Arbeitsgruppe für Bedarfsplanungsfragen des „Bundesländer-Ausschusses nach § 7 KHG“ erörtert. Dabei hat sich gezeigt, daß auf dieser Ebene ein zusätzlicher Bedarf von den Vertretern der Länder bisher nicht gesehen wird.

Die Träger der Arbeiterrentenversicherung/Angestelltenrentenversicherung haben 16 eigene Einrichtungen zur Behandlung von Rheumaerkrankungen. Darüber hinaus stehen ihnen 55 weitere Einrichtungen zur Verfügung, die sie ständig belegen (Stand: 1. Juni 1977). Die Zahl der Einrichtungen, die die Rentenversicherungsträger nicht regelmäßig belegen, ist nicht bekannt. Die vorhandene Bettenkapazität für die Behandlung von Rheuma-Erkrankungen ist nicht ausreichend. Das gilt insbesondere für die Behandlung von entzündlichen Rheuma-Erkrankungen, bei denen die Wartezeit mehrere Wochen, nicht selten sogar Monate (im Durchschnitt drei bis vier Monate) beträgt. Die Wartezeiten bei rheumatischen Erkrankungen genereller Art betragen zwei bis drei Monate, um in eine Klinik der Rentenversicherungsträger aufgenommen zu werden. Verantwortlich hierfür sind die im Vergleich zu den letzten Jahren erheblich stärkere Nachfrage der Versicherten nach

medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen — die Anträge haben im Vergleich zu 1978 um rd. 12 v.H. zugenommen — sowie die Aufgabe von Betten in den Jahren 1975 bis 1977, in denen die Anzahl der Anträge auf Heilbehandlungsmaßnahmen beträchtlich zurückging. Die Rentenversicherungsträger bemühen sich darum, die Wartezeiten erheblich zu verkürzen.

In der Bundesrepublik befindet sich eine einzige Rheumaklinik für Kinder. Sie hat eine Kapazität von 128 Betten und verfügt — um einen Unterrichtsausfall bei den relativ langen Behandlungszeiten zu vermeiden — über eine dreiklassige Grund- und Hauptschule; ein Oberstufenzweig für Realschüler und Gymnasiasten wird aufgebaut. Für stationäre Behandlung der anfallenden schweren Fälle von rheumatischen Krankheiten bei Kindern — vorwiegend der juvenilen chronischen Polyarthritis — wird die dort vorhandene Kapazität als ausreichend bezeichnet. Vereinzelt werden jedoch auch rheumakranke Kinder in den pädiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern behandelt.

Die Einordnung von Einrichtungen und die Aufnahme von Behandlungszentren in die Krankenhausbedarfspläne

Über die Einordnung von Einrichtungen zur stationären Rheumabehandlung als Kurkrankenhäuser oder als Krankenhäuser (in die Krankenhausbedarfspläne oder durch Annahme einer Bereiterklärung im Rahmen des § 371 RVO) muß nach Auffassung der Länder je nach den örtlichen Gegebenheiten entschieden werden. In jedem Einzelfall muß von den zuständigen Planungs- und Finanzierungsbehörden der Länder geprüft werden, ob die zur Einstufung als Fachkrankenhaus notwendige ärztliche, pflegerische und apparative Ausstattung gegeben ist.

Bei der Frage nach einer zusätzlichen Aufnahme von Spezialeinrichtungen in die Krankenhausbedarfspläne ist in der Verantwortung der Länder zu prüfen, ob ein weiterer Ausbau selbständiger rheumatologischer Behandlungszentren angestrebt werden soll. Der Schwerpunkt sollte jedenfalls in einem kontinuierlichen Ausbau der diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen an größeren Krankenhäusern gesehen werden mit dem Ziel, durch einen interdisziplinären Austausch des vorhandenen Wissens eine optimale Versorgung von Rheumapatienten zu erreichen.

Die Einrichtung von Rheumaabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern

Die Bundesregierung ist im Rahmen ihrer Zuständigkeiten bereit, Initiativen der Länder zur Einrichtung von wohnortnahen Rheumaabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern zu unterstützen. Dabei dürfte der Schwerpunkt weniger auf der Schaffung neuer als auf der Fortentwicklung oder Umwidmung bestehender Einrichtungen liegen. Maßnahmen zur Verwirklichung dieses Konzepts sind aber nur dann sinnvoll, wenn die Rheumaabteilungen auch für den ambulanten Betrieb geöffnet werden und sich dafür

— auch durch entsprechende rechtliche und gesundheitspolitische Entscheidungen — die notwendigen Voraussetzungen schaffen lassen. Ferner ist hierfür die Aufnahme in die Bedarfsplanung des jeweiligen Landes erforderlich. Die Bundesregierung kann sich auf Grund der bestehenden Zuständigsitlage lediglich bemühen, durch Überzeugungsarbeit und über die Bereitstellung von Mitteln nach § 23 Abs. 2 KHG für von den Ländern vorgelegte geeignete Projekte zu einer verstärkten Handlungsbereitschaft der Länder beizutragen.

Die Umorientierung von Bettenstationen in Abteilungen für physikalische Therapie

Die Arbeitsgruppe für Bedarfsplanungsfragen des Bund-Länder-Ausschusses nach § 7 KHG hat sich auch mit der Frage befaßt, ob eine Umorientierung von Bettenstationen in Abteilungen für physikalische Therapie möglich ist, um Rheumaabteilungen in Schwerpunktkrankenhäusern bedarfsgerecht auszustatten. Nach Auffassung der Länder ist eine solche Umorientierung prinzipiell möglich; es sei dabei allerdings mit Finanzierungsproblemen zu rechnen.

Ziffer 4

Die Bundesregierung wird aufgefordert, die Erfahrungen anderer Staaten im Hinblick auf spezielle gesetzliche Regelungen im medizinischen und versicherungsrechtlichen Bereich auszuwerten und für die Praxis in der Bundesrepublik nutzbar zu machen.

Zur Realisierung dieses Auftrages hat sich die Bundesregierung an die Vereinigten Staaten von Amerika und die europäischen Länder gewandt, von denen bekannt war oder vermutet werden konnte, daß sie über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet der Rheumatologie verfügen. Die Auswertung der Unterlagen ergab, daß mit Ausnahme der Schweiz und der USA in keinem Land besondere Regelungen auf dem Gebiet der Rheumatologie existieren. Entsprechend den verschiedenen Systemen der gesundheitlichen Versorgung gibt es Unterschiede zu den Verhältnissen der Bundesrepublik.

Rheumabekämpfung in den Ostblockstaaten

In den osteuropäischen Ländern ist das Gesundheitswesen staatlich organisiert. So gibt es auch auf dem Gebiet der Rheumabekämpfung staatliche Dienststellen, die für die rheumatologische Versorgung bestimmter Gebiete verantwortlich sind. Dieses Versorgungssystem ist wegen des andersartigen Aufbaus des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik nicht übertragbar.

Ferner gibt es in den osteuropäischen, aber auch in anderen Ländern (z.B. in den Niederlanden und in der Schweiz), Spezialambulatorien für Rheumakranke, auch solche mobiler Art, um damit auch nicht transportfähige Rheumakranke erreichen und ver-

sorgen zu können. Ferner gibt es, wenn auch nur vereinzelt, große Rheumazentren, die nicht nur der Versorgung, sondern auch der Aus-, Weiter- und Fortbildung der akademischen und nichtakademischen Heilberufe, der Forschung und dem nationalen und internationalen Erfahrungsaustausch dienen.

Die Einrichtung von Spezialambulatorien ist in der Bundesrepublik an den medizinischen Fakultäten/Fachbereichen in Form von Rheumaambulanzen bereits verwirklicht. Die Bundesregierung hat sich auch für Einrichtung von Rheumaambulanzen an geeigneten Krankenhäusern ausgesprochen (s. Ziffer 3, S. 20). Die Einrichtung von einigen wenigen überregionalen Rheumazentren hält die Bundesregierung für erwägenswert. Die Entscheidung hierüber obliegt aber ausschließlich den Bundesländern.

Rheumabekämpfung in den Niederlanden

In den Niederlanden hat sich bei der schon sehr lange durchgeführten fachärztlichen Versorgung durch Rheumatologen und der bisher davon getrennt durchgeführten sozialmedizinischen Betreuung gezeigt, daß diese beiden Bereiche sehr eng miteinander zu verknüpfen sind. Als Vorbild für eine kooperative Behandlung ist hier das Rheumazentrum Amsterdam mit den Behandlungsteams, der Zusammenarbeit mit der Universität, den Einrichtungen für die physikalische Therapie und für die Arbeitstherapie sowie den Behindertentransporteinrichtungen zu sehen, die eine optimale ambulante Versorgung in dem Ballungsgebiet Amsterdam ermöglichen.

Die medizinisch-soziale Betreuung ist durch Bezirkschwestern für Rheumabekämpfung sichergestellt, die die Verbindungspersonen darstellen zwischen dem Rheumakranken und dem Sozialarzt, dem Rheumatologen sowie weiteren in der medizinisch-sozialen Nachsorge notwendigen Personen bzw. Institutionen, z. B. Fürsorgeschwestern, Krankenschwestern, Wohlfahrtspflegerinnen, Wohnungsämtern, sozialem Versicherungsdienst, Bezirksämtern u. a.

Die Kooperation aller an der Rheumabekämpfung beteiligten Institutionen und Personen ist vorbildlich. Die Möglichkeiten hierfür wären auch in der Bundesrepublik gegeben. Ihre Realisation fällt in die Kompetenz der Länder und Kommunen.

Rheumabekämpfung in England

In England ist als besonderes Versorgungsmodell die Betreuung und Führung von Patienten durch Gemeindeschwestern unter Anleitung des praktischen Arztes eingeführt. Sie erfahren eine besondere Ausbildung in spezieller rheumatologisch-therapeutischer Betreuung. In Abständen von fünf Jahren werden Auffrischkurse durchgeführt.

Die Umsetzung dieses Versorgungsmodells in der Bundesrepublik liegt ebenfalls im Bereich der Möglichkeiten. Es handelt sich um eine Weiterbildungsmaßnahme, deren Regelung den Ländern obliegt. Angesichts der ohnehin geringen Zahl von Gemeindeschwestern erscheint es allerdings fraglich,

ob eine solche an sich begrüßenswerte Spezialisierung für den Rheumakranken in nennenswertem Umfang effektiv werden könnte.

Gesetzliche Regelungen auf dem Gebiet der Rheumabekämpfung

Spezielle gesetzliche Regelungen auf dem Gebiet der Rheumabekämpfung gibt es lediglich in den USA und in der Schweiz.

a) In den Vereinigten Staaten von Amerika

Bei der Regelung in den USA handelt es sich um ein Gesetz, dessen Kurzbezeichnung in Artikel 1 dieses Gesetzes mit „National Arthritis, Act of 1974“ angegeben wird. Dieses Nationale Arthritis-Gesetz bezweckt, wie es in seiner Einleitung heißt, die Befugnisse des National Institut of Arthritis, Metabolism and Digestive Diseases zu erweitern mit dem Ziel, eine nationale Kampagne gegen Arthritis zu fördern.

Durch Artikel 3 dieses Gesetzes wird der Secretary of Health, Education and Welfare beauftragt, eine aus insgesamt 18 Wissenschaftlern, Rheumakranken und Regierungsvertretern bestehende Nationale Kommission für Arthritis und verwandte Skelettmuskelerkrankungen zu bilden. Die Aufgabe dieser Kommission ist es, einen „Arthritisplan“ zu erarbeiten, der langfristig spezifische Empfehlungen für die Verwendung und Organisation nationaler Mittel zur Bekämpfung der Arthritis geben sollte. Der hierzu anschließend aufgeführte Aufgabenkatalog ist sehr umfangreich. Welche Bedeutung dieser Aufgabe zugemessen wurde, ergibt sich daraus, daß allein für die Erarbeitung dieses Aufgabenkataloges 2 Millionen Dollar bewilligt wurden.

In Artikel 4 wird der Secretary of Health, Education and Welfare beauftragt, zusätzlich einen Ausschuß einzurichten, der aus Regierungsvertretern, Verwaltungsbeamten und Leitern aller mit Forschungsarbeiten über Arthritis befaßten nationalen Gesundheitsinstitute besteht und die Koordinierung aller Aktivitäten dieser Institute zur Aufgabe hat. Über diese Aktivitäten und seine Arbeit hat der Koordinierungsausschuß jährlich zu berichten.

Des weiteren wird der Secretary of Health, Education and Welfare ermächtigt, öffentlichen und gemeinnützigen Organen Zuschüsse zu bewilligen, um Projekte zur Entwicklung und zum Nachweis von Untersuchungs-, Erkennungs-, Vorbeugungs- und Überweisungsverfahren für Arthritis sowie zur Verbreitung dieser Verfahren, besonders unter den Angehörigen der Gesundheitsberufe, aufzustellen und zu unterstützen. Zur Durchführung dieser Maßnahmen wurden für 1975 2 Millionen Dollar, für 1976 3 Millionen Dollar und für 1977 4 Millionen Dollar bewilligt. Auch dies sind wichtige Orientierungsgrößen.

Darüber hinaus wird der Secretary of Health, Education and Welfare weiterhin ermächtigt, für die Entwicklung, die Modernisierung und den Betrieb von Zentren für die Arthritisforschung, -untersuchung, -erkennung, -diagnose, -vorbeugung, -überwachung und -behandlung sowie für die Aufklärung und Re-

habilitation von Arthritiskranken bestimmte Maßnahmen zu ergreifen. Für die Durchführung dieser Maßnahmen wurden ihm für 1975 11 Millionen Dollar, für 1976 13 Millionen Dollar und für 1977 15 Millionen Dollar zur Verfügung gestellt.

Der von der eingangs genannten Nationalen Kommission zu erstellende „Arthritisplan“ wurde inzwischen vorgelegt. Als Besonderheit ist darauf hinzuweisen, daß der Begriff „Arthritis“ in diesem Zusammenhang außer der Gicht auch die Arthrosen umfaßt. Über die Definition des WHO-Europabüros der rheumatischen Krankheiten geht der „Arthritisplan“ aber noch hinaus, indem er auch die infektiösen (Tuberkulose, Syphilis, Gonorrhoe, Streptococceninfektionen, Masern und Mumps) und sogar die traumatischen Gelenkleiden erfassen will.

Bei den meisten der im Nationalen Arthritis-Gesetz von 1974 bezeichneten Aktivitäten handelt es sich um die Erstellung von Institutionen und Forschungsvorhaben, um erst einmal die Grundlagen für eine landesweit gezielte Rheumabekämpfung zu erarbeiten und diese in Gang zu setzen. Konkrete, umsetzbare Ergebnisse liegen hierfür offensichtlich noch nicht vor, sind aber bei dem enormen Mitteleinsatz in einigen Jahren zu erwarten.

Die meisten der im Arthritis-Gesetz aufgezählten Aktivitäten werden von der Bundesregierung ebenfalls als erforderlich bezeichnet. Für die Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Früherkennung, Diagnostik und Therapie sowie die modellhafte Erprobung von Nachsorgekonzepten ist bereits die Bundesregierung in ihrem „Programm zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ tätig (s. Ziffer 5, S. 25). Anders als in den USA sind ihrer Realisierung hierzulande engere Grenzen gesetzt, die einmal in den verfügbaren finanziellen Ressourcen, vor allem aber in dem Mangel an Fachexperten zur Erarbeitung und Umsetzung entsprechender Programme bestehen.

b) In der Schweiz

Die Regelung in der Schweiz beschränkt sich, wie bereits der Titel des „Bundesgesetzes über Bundesbeiträge an die Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten“ vom 22. Juni 1962 besagt, auf die Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen von Anstalten, Gemeinden und sonstigen der Rheumabekämpfung dienenden Organisationen. Es ist also ein reines Subventionsgesetz. Soweit die Aktivitäten dieser Organisationen regional begrenzt sind, setzt die Gewährung von Bundesbeiträgen in der Regel meist gleichhohe Beiträge der Kantone voraus. Von Interesse ist, daß der Artikel 4b, der die Beteiligung des Bundes beim Krankenhausbau regelte, inzwischen ersatzlos gestrichen worden ist. Jede medizinische Fakultät verfügt heute über eine großzügig ausgebaute Rheumaklinik und über einen entsprechenden Lehrstuhl. An den anerkannten Rheumakurorten wurden große Bäderkliniken errichtet. Der Bedarf an großen rheumatologischen Kliniken für Diagnose und Rehabilitation ist mit zunehmendem Angebot an spezialisierten Heimversorgungsprogrammen zurückgegangen. Mit 33 Anstalten im

Sinne des Eidgenössischen Rheumagesetzes wird heute der Bestand an Rheumabehandlungsstätten, die sowohl die stationäre als auch die ambulante Versorgung vornehmen, als genügend angesehen.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß das Eidgenössische Rheumagesetz von 1962 nicht alle rheumatischen Krankheiten einbezieht. Nicht nur die Gicht (s. hierzu S. 6), sondern auch die Erkrankungen der inneren Organe, insbesondere der Gefäße und des Herzens, aber auch gewisse Formen des peripheren Rheumas, wie der akute Gelenkrheumatismus sowie der „Rheumatismus des subkutanen Binde- und Fettgewebes, der Muskelrheumatismus und der Rheumatismus des nervösen Gewebes, alles zumeist degenerative Formen des Weichteilrheumatismus“, fallen laut Gesetzesbegründung nicht unter die Bestimmungen des Gesetzes.

Die Schweizerische Rheumaliga sorgt als Dachverband für eine einheitliche Basis der Aktivitäten der 18 kantonalen und regionalen Rheumabekämpfungsorganisationen mit ihrer jeweils eigenen Prägung und vertritt die Rheumabekämpfung gegenüber den eidgenössischen Behörden und pflegt die Beziehung zu anderen nationalen und internationalen Organisationen. Ihre Aktivitäten decken sich mit denen der Deutschen Rheuma-Liga (s. Ziffer 7, S. 29). Allerdings stehen ihr hierfür erheblich mehr Mittel zur Verfügung, da sie durch Bundesbeiträge und kantonale Beiträge zusammen mit 40 bis 50 v.H. der anrechenbaren Ausgaben unterstützt wird.

Für die Bechterew (= Spondylitis ankylosans) -Patienten wurde 1978 eine eigene Selbsthilfegruppe gegründet, die die besonderen Belange dieser Patientengruppe in Zusammenarbeit mit der Rheumaliga vertritt.

Die Schweiz ist unbestritten ein gutes Beispiel für eine wirkungsvolle Rheumabekämpfung. Dadurch, daß jede medizinische Fakultät über eine Rheumaklinik und einen Lehrstuhl für Rheumatologie verfügt, ist die ärztliche Ausbildung auf diesem Gebiet gewährleistet. Die vorhandenen Rheumakliniken sichern nicht nur die stationäre Versorgung, sie stellen auch das Rückgrat der ambulanten Behandlung der Rheumakranken dar und sorgen für den erforderlichen Nachwuchs an Rheumatologen. Mit 17 Rheumatologen pro 1 Million Einwohner verfügt die Schweiz über ein sehr dichtes Versorgungsnetz, mit dem die auch dort unvermeidlichen Rückfälle schnell aufgefangen werden.

Die vorgenannten Aktivitäten könnten auch in der Bundesrepublik realisiert werden, allerdings werden — wie die Dinge z. Z. liegen — bis dahin noch Jahre vergehen. Für die Realisation wären die Länder und in ihnen die Universitäten zuständig.

Eine ganz besondere, nachahmenswerte Rolle spielen in der Schweiz die privaten Selbsthilfeorganisationen, im Falle der rheumatischen Krankheiten die Schweizerische Rheumaliga. Was sie an Mitteln für die Betreuung von Rheumakranken aufbringt, ist vorbildlich. Das ist mit ein Grund, weshalb in Ziffer 7 (S. 29) auf die Situation der Deutschen Rheumaliga im Rahmen der Betreuung von Rheumakranken in der Bundesrepublik ausführlich eingegangen wird.

Versicherungsrechtliche Regelungen auf dem Gebiet der Rheumabekämpfung

Soweit die Bundesregierung in Erfahrung bringen konnte, betreffen die versicherungsrechtlichen Regelungen in anderen Staaten ebenso wie in der Bundesrepublik Deutschland den Schutz im Krankheitsfall generell. Deshalb werden für die Bekämpfung bestimmter Krankheiten, wie z. B. die Krankheiten des rheumatischen Formenkreises, die Mittel der jeweiligen gesetzlichen Krankenversicherungen in gleicher Weise eingesetzt wie bei anderen Krankheiten auch.

Eine Besonderheit scheint in den Niederlanden insofern vorzuliegen, als dort die Mittel für die Versorgung der Rheumakranken von den Krankenkassen jährlich pauschal zur Verfügung gestellt werden. Dieses System wird von den holländischen Rheumatologen als ein Kernstück ihrer sehr effektiven Rheumabekämpfung angesehen. Auf unser Sozialversicherungssystem ist es allerdings nicht übertragbar.

In anderen Staaten (z. B. in den USA und in Canada) gibt es überhaupt kein Sozialversicherungssystem oder nur in Ansätzen. Dementsprechend schwierig gestaltet sich dort trotz Existenz einer beispielhaften Rheumatologie die medizinische Versorgung von Rheumakranken. Mangels finanzieller Möglichkeiten brechen viele Kranke die begleitende physikalische Therapie und Bewegungstherapie mit Krankengymnastik und Beschäftigungstherapie ab und entziehen sich der notwendigen Nachsorge.

Ziffer 5

Die Bundesregierung wird aufgefordert, in größerem Umfang Mittel insbesondere für die klinische Forschung über Ursachen, Art und Verlauf der Krankheiten des rheumatischen Formenkreises einzusetzen und Modelle für ambulante und klinische Behandlungen sowie Maßnahmen der Beratung und Betreuung zu unterstützen.

Eine Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Mittel zur Bekämpfung der Krankheiten des rheumatischen Formenkreises ist sicher nur durch eine Verstärkung der klinischen Forschung zu erreichen. Es ist jedoch zu beachten, daß insbesondere in der klinischen Forschung die schon (Ziffer 2, S. 14 ff. und Ziffer 8, S. 30 ff.) genannten strukturellen Gegebenheiten zumindest in der nächsten Zeit auch eine Beschränkung der verfügbaren Forschungskapazität darstellen, die kurzfristig durch die Bereitstellung von Mitteln nicht behebbar ist.

Die Forschungsförderung der Selbstverwaltungseinrichtungen der Wissenschaft auf dem Rheumagebiet

Die Bundesregierung wendet seit jeher erhebliche Mittel für die Forschungsförderung im Bereich der Biowissenschaften auf, indem sie gemeinsam mit

den Ländern die Selbstverwaltungseinrichtungen der Wissenschaft, die Max-Planck-Gesellschaft und die Deutsche Forschungsgemeinschaft, unterstützt. Die Aufwendungen für die Max-Planck-Gesellschaft werden zu gleichen Teilen vom Bund und von den Ländern getragen, derselbe Modus gilt für die Deutsche Forschungsgemeinschaft mit Ausnahme der Sonderforschungsbereiche, bei denen der Bund 75 v.H. der Kosten übernimmt. Die Max-Planck-Institute widmen sich neuen Forschungsgebieten, die für die Hochschulforschung noch nicht reif oder durch Größe und Struktur weniger geeignet sind; ihre Ergebnisse in der biologisch-medizinischen Grundlagenforschung haben daher in erster Linie indirekte Auswirkungen für die Verbesserung der Rheumabekämpfung. Von der Deutschen Forschungsgemeinschaft werden zwei große Programme gefördert, die für die Rheumabekämpfung von unmittelbarer Bedeutung sind:

— Sonderforschungsbereich „Rheumatoide Krankheiten des Tieres“, Hannover:

Seit 1968 wird der Sonderforschungsbereich 54 — Rheumatoide Krankheiten des Tieres, Hannover — von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert. Bisher beträgt die Förderungssumme 14,6 Millionen DM.

Es ist das Ziel des Sonderforschungsbereichs 54, grundlegende Erkenntnisse auf dem Gebiet rheumatoider Krankheitsprozesse zu gewinnen. Dabei sollen alle pathogenetischen Faktoren Berücksichtigung finden, die bei chronischen Krankheiten des Gefäßbindegewebsapparates von Bedeutung sind. Die Arbeiten orientieren sich in erster Linie an der wichtigsten entzündlichen Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis, der chronischen Polyarthrit. Die zu erwartenden Ergebnisse sind übertragbar und haben deshalb einen unmittelbaren Nutzen auch für den Menschen.

Für die Analyse und Simulierung der Pathogenese rheumatoider Krankheitsprozesse werden zur Zeit fünf Tiermodelle eingesetzt.

Ausgehend von einem Forschungsverbund von Kliniken und Instituten der Tierärztlichen Hochschule Hannover wurde 1971 eine humanmedizinische Arbeitsgruppe „Rheumatische Arthritis des Menschen“ in den Sonderforschungsbereich einbezogen. Eine weitere Akzentverlagerung der Arbeiten des Sonderforschungsbereichs auf humanmedizinische Fragestellungen ist vorgesehen. Dabei soll die Untersuchung der Pathomechanismen der rheumatischen Entzündung bei Mensch und Tier zum zentralen Thema des Sonderforschungsbereichs werden.

— Schwerpunktprogramm „Biopolymere und Biomechanik von Bindegewebsystemen“:

Diesem Programm gehören etwa 35 Arbeitsgruppen an, die sich mit krankhaften Erscheinungen aus dem rheumatischen Formenkreis befassen. Ziel dieses Schwerpunktprogramms ist es, Grundlagenforschung mit therapeutischer Anwendung zu verbinden und den bisher vorwiegend empi-

rischen Vorbeuge- und Behandlungsprogrammen eine sichere Beziehung zu den Elementarprozessen zu geben. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft hat sich zur Förderung dieses Gebietes im Rahmen eines Schwerpunktprogramms besonders deshalb entschlossen, weil die Forschung verstreut ist über die Gebiete Ingenieurwissenschaften — besonders Rheologie und Tribologie, Biochemie, Biomechanik, Rheumatologie, Orthopädie und Traumatologie. Die wissenschaftlichen Ziele dieses Schwerpunktprogramms können in folgenden Punkten zusammengefaßt werden:

- Wechselbeziehung zwischen Stoffwechsel, makromolekularem Aufbau und mechanischen Eigenschaften von Bindegewebeelementen und Bindegewebe-Systemen unter besonderer Berücksichtigung krankhafter Veränderungen.
- Erholung und Verschleiß bei wiederholten Beanspruchungen biogener und künstlicher Polymere mit Modellcharakter für den Biopolymerersatz.
- Assoziation, Dissoziation und Adsorption von Biopolymeren der Bindegewebe-Systeme, ihre Messung und Bedeutung für biomechanische Vorgänge.
- Physikalische und chemische Mikromethoden zur Beurteilung gesunder und kranker Bindegewebe-Systeme.
- Molekulare und pathogenetische Bedingungen von Schrumpfungsvorgängen der Bindegewebe.
- Biomechanik des Ersatzes von Gelenken und Gelenkflüssigkeiten durch künstliche und natürliche Polymersysteme.
- Biomechanik regenerierender Bindegewebe-Systeme unter verschiedenartigen Beanspruchungen.

Von 1974 bis 1977 sind für dieses Schwerpunktprogramm 10,5 Millionen DM aufgebracht worden. Die geförderten Arbeiten liegen vorwiegend auf dem Gebiet der Grundlagenforschung. Die mehr klinisch orientierten Forscher in diesem Schwerpunktprogramm beschäftigen sich vorwiegend mit biomechanischen Problemen.

Neben diesen beiden großen Programmen werden von der Deutschen Forschungsgemeinschaft eine Reihe von Einzelanträgen zum Thema „Rheumabekämpfung“ im Normalverfahren gefördert. Auf Grund von Abgrenzungsschwierigkeiten sind quantitative Angaben zum Förderungsvolumen nicht möglich und auch wenig sinnvoll.

Die Projektförderung der Bundesregierung auf dem Rheumagebiet

Bis zur Verabschiedung des „Programms der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978 bis 1981“ konzentrierte sich die Projektförderung des Bundesministeriums für Forschung und Technologie im Bereich Medizin auf Datenverarbeitung in der Medizin und Medizintechnik. Von besonderer Bedeutung für

die Behandlung von Rheumapatienten sind die medizintechnischen Forschungs- und Entwicklungsvorhaben, die im Rahmen des Projekts „Endoprothetik“ gefördert wurden bzw. werden. Hier wird seit 1972 in einem breit angelegten, interdisziplinären Ansatz gezielt solche Forschung und Entwicklung gefördert, die einen Beitrag zur Schaffung sogenannter Langzeit-Endoprothesen erbringen kann. Der Fächer der einzelnen Vorhaben erstreckt sich von der Erarbeitung von Methoden zur Berechnung der Belastungsverhältnisse im Verbund Knochen — Endoprothese über die Entwicklung verbesserter Werkstoffe und die Auslegung von optimierten Ausführungsformen hochbelasteter Endoprothesen (insbesondere Hüftgelenk) bis hin zur klinischen Erprobung. Bisher wurden mehr als 20 Millionen DM für die Förderung dieses Projekts an Industriefirmen, Kliniken, Universitäten und Forschungsinstitute bereitgestellt. Seit 1975 werden die im Rahmen der Förderung entwickelten Hüftgelenk-Endoprothesen aus hochfester Keramik in steigendem Umfang in der Klinik eingesetzt. Auf Grund der bisherigen positiven Ergebnisse bei den Hüftgelenk-Endoprothesen wird sich die Förderung innerhalb dieses Projektes künftig verstärkt auf die Verbesserung von Endoprothesen des Knies und der Ellenbogengelenke ausrichten.

Außer dem Projekt „Endoprothetik“ wurden bzw. werden vom BMFT noch folgende Forschungsvorhaben gefördert, deren Zielsetzung vorwiegend dem Bereich der Diagnose rheumatischer Erkrankungen zuzuordnen ist:

bei der Deutschen Klinik für Diagnostik und den Städtischen Rheumakliniken/Wiesbaden

- Wertigkeit des HLA-B 27-Nachweises in Verbindung mit der Gelenk- und Knochenszintigraphie in der Differentialdiagnose, Prognose und Früherkennung rheumatischer Erkrankungen, speziell Morbus Bechterew und Varianten;

Laufzeit: 1975 bis 1978 — Förderungsbetrag: 1 189 088 DM.

- Weiterentwicklung der standardisierten Knochen- und Gelenkszintigraphie sowie Analyse der Wertigkeit dieser Methoden im Vergleich mit anderen standardisierten Diagnosemethoden für die rheumatologische Praxis;

Laufzeit: 1979 bis 1980 — Förderungsbetrag: 339 100 DM.

bei der Stiftung Rehabilitation e. V., Heidelberg:

- Morphologische und cytologische Erfassung von entzündlichen rheumatischen Gelenkprozessen zur Klärung szintigraphischer Befunde mit dem Ziel einer optimierten Therapie;

Laufzeit: 1975 bis 1978 — Förderungsbetrag: 1 621 900 DM.

- Entwicklung verbindlicher Indizes zum Zweck einer optimierten und vergleichbaren Rheumatherapie anhand von morphologischen, klinischen und serologischen Daten mit Hilfe licht-optischer, elektronen-optischer und medizinstatistischer Methoden;

Laufzeit: 1978 bis 1980 — Förderungsbetrag: 735 110 DM.

Die Forschungsarbeiten bei den zwei letztgenannten Vorhaben sind im wesentlichen vom Zentrum für Rheuma-Pathologie in Mainz durchgeführt worden, das von der Weltgesundheitsorganisation zum Referenzzentrum für Rheumapathologie, dem einzigen, das es für diesen Zweck gibt, ernannt worden ist. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit prüft die Möglichkeit einer zukünftigen institutionellen Förderung dieses Instituts.

Beim BMJFG wurde in den letzten Jahren von seiten der Kliniker nur ein Antrag gestellt. Es handelte sich um das Vorhaben: „Soziologische Aspekte zur juvenilen chronischen Polyarthrit und zum Still-Syndrom“;

Laufzeit: 1976 bis 1978 — Förderungsbetrag: 130 455 DM.

Im Rahmen des Programms „Forschung zur Humanisierung des Arbeitslebens“ der Bundesregierung läuft z. Z. an der Universität Hamburg, Medizinische Soziologie, ein Forschungsvorhaben „Arbeitsbedingungen, Gesundheitsverhalten und rheumatische Erkrankung“;

Laufzeit: 1979 bis 1981 — Förderungsbetrag: 797 809 DM.

Durch die Selbstverwaltungseinrichtungen der Wissenschaft und die Projektförderung sind in den letzten Jahren für Forschungsvorhaben im Bereich der rheumatischen Erkrankungen Mittel in Höhe von ca. 50 Millionen DM bereitgestellt worden, die überwiegend aus dem Haushalt des Bundes stammen. Der Anteil, den die klinische Forschung hiervon in Anspruch genommen hat, ist als bescheiden zu bezeichnen. Auch in den hierzu befragten Ländern spielt mit Ausnahme der Immunologie die klinische Forschung auf dem Gebiet der Rheumatologie eine relativ geringe Rolle.

Das „Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978 bis 1981“

In Übereinstimmung mit dem Bundestag ist die Bundesregierung der Meinung, daß gerade die Förderung der angewandten klinischen Forschung eine Voraussetzung für eine Verbesserung der gegenwärtigen Situation bei der Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten darstellt. Sie hat daher in ihrem o. g. Aktionsprogramm die rheumatischen Krankheiten als einen Schwerpunkt für eine Forschungsförderung herausgestellt.

In dem Aktionsprogramm ist die Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten in folgenden Punkten angesprochen:

- | | |
|----------------------------------|-----------------|
| 1. die primäre Prävention | in 3.2.1.4 |
| 2. die Früherkennung | a) in 3.1.4 |
| | und b) in 3.2.2 |
| 3. die Diagnose und die Therapie | in 3.3.2 |
| 4. die Rehabilitation | in 3.3.2 |

Zu 1. Die Forschungsförderung auf dem Gebiet der primären Prävention

Epidemiologische Untersuchungen haben bisher gezeigt, daß die Wahrscheinlichkeit, an einer der häufigen entzündlichen rheumatischen Krankheiten zu erkranken, unabhängig ist von der geographischen Breite, dem Arbeitsplatz und den Lebensgewohnheiten. Auch lassen sich aus Laboruntersuchungen derzeit noch keine Aussagen ableiten, die als Basis für Präventionsmaßnahmen in Frage kämen. Auch degenerative rheumatische Krankheiten sind in der Regel keiner gezielten Prävention zugänglich, es sei denn, vorzeitige Abnutzungsvorgänge werden durch besondere körperliche Arbeiten, Fehlstellung oder Übergewicht mitverursacht.

Abgesehen von diesem letztgenannten Ansatzpunkt gibt es nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand keine wissenschaftliche Grundlage für eine Forschungsförderung zur Erprobung und Bewertung von Interventionsmaßnahmen zur primären Prävention. Da eine primäre Prävention der rheumatischen Krankheiten nur in sehr begrenztem Maße möglich ist, kommt der Ermittlung von Risikofaktoren und -indikatoren für rheumatische Krankheiten um so größere Bedeutung zu, um — wenn es sie geben sollte — möglichst frühzeitig entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.

Seit dem Jahre 1978 läuft beim Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes ein mit 252 520 DM ausgestattetes Forschungsvorhaben „Rheumastudie — Empirische Erhebung über Umweltfaktoren, Lebensweisen und Krankheiten“, das 1980 abgeschlossen sein soll. Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens ist die Überprüfung von Arbeitsplätzen und Arbeitsbedingungen auf Verursachung rheumatischer Krankheiten (Ziffer 6 des Beschlusses des Deutschen Bundestages) einbezogen.

Dieses Vorhaben wird durch ein Projekt „Rheumatische Erkrankungen, psychosoziales Umfeld und Krankheit“, das mit 78 900 DM gefördert worden ist, ergänzt.

Zu 2. Die Forschungsförderung auf dem Gebiet der Früherkennung

Nach Aussagen der Fachleute liegen die größten Chancen hinsichtlich der Früherkennung der rheumatischen Krankheiten auf dem Gebiet der Immunologie und Serologie. Im Projekt „Verfahren der klinischen Biochemie“ wird hierzu seit Juli 1979 bei einer pharmazeutischen Firma mit 1,3 Millionen DM das Vorhaben „Entwicklung neuer diagnostischer Verfahren für Entzündungsprozesse“ gefördert, dessen Ergebnisse auch für die frühe Diagnose von entzündlichen rheumatischen Erkrankungen interessant sind. Es ist beabsichtigt, die Förderung des BMFT auf dem Gebiet der immunologischen und serologischen Diagnostik — unter besonderer Betonung von Verfahren, die für die Früherkennung geeignet sind — im Frühjahr 1980 durch eine öffentliche Bekanntmachung zu intensivieren, in der auch der Anwendungsbereich der rheumatischen Erkrankungen berücksichtigt wird.

Ein mit diesem Thema verwandter Antrag der Rheumaklinik Aachen mit dem Titel „Studie über die Häufigkeit von HLA — B 27 assoziierten Erkrankungen in Familien von Patienten mit HLA — B 27-positiver und -negativer ankylosierender Spondylitis“, der mit 90 820 DM bei einer Laufzeit von einem Jahr veranschlagt ist, wurde inzwischen vom BMJFG genehmigt.

Zu 3. Die Forschungsförderung auf den Gebieten der Diagnose und der Therapie

Die im „Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ genannten Aufgaben bei Diagnose und Therapie von rheumatischen Erkrankungen, die durch Forschung und Entwicklung gelöst werden sollen, sind so komplex, daß sie vor einer Bekanntgabe der Förderungsmaßnahmen näher definiert werden müssen. Hierbei sind, ausgehend von einer Aufnahme des aktuellen Kenntnisstandes bei den wichtigsten Krankheiten des rheumatischen Formenkreises, die Bereiche zu ermitteln, bei denen ein großer Bedarf für die Durchführung von Forschung und Entwicklung zur Verbesserung der augenblicklichen Situation besteht. Darauf aufbauend ist in Abstimmung mit der medizinisch-wissenschaftlichen Fachwelt festzustellen, welche Teilbereiche vorrangig einer Förderung zugeführt werden sollen, mit dem Ziel, in einer möglichst kurzen Zeit zu einer Verbesserung der Versorgung von Rheumapatienten zu gelangen. Mit der Durchführung dieser die eigentlichen Förderungsmaßnahmen vorbereitenden Aktivitäten hat das BMFT das Internationale Institut für wissenschaftliche Zusammenarbeit e. V., Schloß Reinsburg (ISR), beauftragt.

Wie bei den anderen im Aktionsprogramm herausgestellten Krankheiten Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychischen Erkrankungen hat sich auch bei den rheumatischen Erkrankungen ein mehrstufiger Planungsablauf bewährt. In einer Expertenbefragung wird zuerst ein Grobraster des Forschungsbedarfs festgelegt und anschließend wird dieses in einer breit angelegten Umfrage einer großen Anzahl von Experten des jeweiligen Krankheitsgebiets zur Kommentierung und Bewertung vorgelegt. Das Ergebnis dieses Abstimmungsprozesses wird dann abschließend mit Vertretern der zuständigen medizinischen Fachgesellschaften erörtert, um damit frühzeitig deren Unterstützung zu sichern, wenn für die Durchführung von Verbundforschungsvorhaben, z. B. multizentrische Therapiestudien, eine geeignete Infrastruktur, etwa Referenzzentren für Pathologie etc., einzurichten sind.

Bei der Vorbereitung für die Durchführung von Therapievergleichsstudien hat sich gezeigt, daß bei den rheumatischen Erkrankungen die Planung der Therapiepläne, die den prospektiven, randomisierten, multizentrischen Therapiestudien zugrunde liegen sollen, dadurch erschwert wird, daß vielfach objektivierbare, standardisierte Diagnosen nicht möglich sind. Aus diesem Grund wird sich nunmehr das ISR verstärkt darum bemühen, in Zusammenarbeit mit Fachleuten auf dem Gebiet der Rheumatologie die Vorbereitung solcher Förderungsmaßnahmen durchzu-

führen, die auf die Gewinnung diagnostischer Standards bei den wichtigsten Krankheiten des rheumatischen Formenkreises abzielen.

Zu 4. Die Forschungsförderung auf dem Gebiet der Rehabilitation

Auch auf dem Gebiet der Rehabilitation ist das ISR beauftragt, die für eine grundsätzliche Aufbereitung dieses Themas in Zusammenhang mit den entsprechenden Maßnahmen auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf- sowie der Krebserkrankungen erforderlichen Vorarbeiten zu treffen. Da diese Planungen erst Mitte 1981 abgeschlossen sein werden, haben sich BMJFG und BMFT entschlossen, die im Aktionsprogramm der Bundesregierung genannten Einzelprojekte zum Thema Rehabilitation schon vorab untersuchen zu lassen.

- a) Dabei handelt es sich einmal um eine Studie über „Nachsorgekonzepte zur gemeindenahen kooperativen Versorgung von Kranken mit primär chronischer Polyarthrititis“.

Wie bereits zu Ziffer 2 (S. 14 ff.) und Ziffer 3 (S. 19 ff.) ausgeführt, ist die frühzeitige Krankheitserkennung, rechtzeitige Behandlung und wohnortnahe Durchführung der notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen in Arztpraxen und geeigneten Krankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland nicht sichergestellt. Als Grund hierfür wurde das fehlende Versorgungsnetz herausgestellt. Es ist erforderlich, sich bereits jetzt Gedanken darüber zu machen, wie dieses Netz nach Beseitigung der z. Z. noch vorhandenen Hemmnisse unter den verschiedenen Bedingungen der in der Bundesrepublik bestehenden örtlichen Gegebenheiten — Stadt und Land — geknüpft werden kann. Diesem Ziel dient die vorgenannte Studie, die inzwischen vom BMFT bei einer Ausstattung von 211 604 DM in Auftrag gegeben wurde.

- b) Des weiteren handelt es sich um „Studien zum Anteil rheumatischer Erkrankungen mit und ohne Rehabilitationsmaßnahmen an den Frühberentungsfällen“.

Das vorgenannte Projekt hat die Aufgabe festzustellen, ob die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen in der Lage ist, den Zeitpunkt der Frühberentung hinauszuschieben. Mit der für die Durchführung dieses Projektes in Aussicht genommenen Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz sind inzwischen die Besprechungen aufgenommen worden.

Während die unter 1. bis 3. bezeichneten Forschungsvorhaben der Verbesserung der klinischen Forschung dienen, sollen mit dem Forschungsvorhaben zu 4 a) Modellkonzeptionen für die gemeindenah ambulante und klinische Versorgung von Rheumakranken erarbeitet werden.

Was die vom Bundestag geforderte Unterstützung von Modellen für Maßnahmen der Beratung betrifft, so ist hier auf die finanzielle Zuwendung an die Bundesgeschäftsstelle der Deutschen Rheuma-Liga und die geforderte Zusammenarbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit der Deut-

schen Rheuma-Liga hinzuweisen. Zweck dieser Unterstützung und Zusammenarbeit ist die Erarbeitung von Informationsmaterial sowohl für den Rheumakranken selbst als auch für die breite Öffentlichkeit (s. Ziffer 7, S. 29). Für die Durchführung der Beratung selbst stehen die Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga und die Einrichtungen der Sozialversicherung zur Verfügung. Auch den Gesundheitsämtern obliegt die Pflicht, Rheumakranken durch Beratung und Betreuung Gesundheitshilfe zu leisten (s. Ziffer 4, S. 18).

Hinsichtlich der Unterstützung von Modellen für Maßnahmen der Betreuung ist wiederum auf die in Ziffer 2 (S. 19) zum Ausdruck gebrachte Bereitschaft der Bundesregierung zu verweisen, geeignete Nachsorgekonzepte für die gemeindenähe kooperative Versorgung von Rheumakranken als Modellvorhaben zu fördern. Dazu könnte auch ein Modell gehören, das die Betreuung von sonst hilflosen Rheumakranken sicherstellt, und zwar nicht nur in medizinischer, sondern auch vor allem in psychosozialer Hinsicht.

Neben diesen von der Bundesregierung durchgeführten oder finanziell geförderten Forschungsvorhaben gehen verschiedene Forschungsaktivitäten im Bereich der Rheumaerkrankungen von anderen Stellen, wie z. B. den Ländern oder den Rentenversicherungsträgern aus.

Wegen des großen Anteils medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen bei rheumatischen Erkrankungen an den gesamten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger wird der Verbesserung der Forschungsarbeit in diesem Bereich große Bedeutung beigemessen. So wird z. B. in der Rheumaheilstätte Bad Bramstedt ein Forschungsvorhaben „Rheuma“ durchgeführt (Dr. Josenhans); darüber hinaus gibt es Untersuchungen zur Effektivität von stationären Heilbehandlungen der Rentenversicherungsträger bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (Prof. Dr. Dettmer). Ein weiteres Forschungsvorhaben steht unter der Leitung von Frau Dr. Faust-Tinnefeld „Neue sozialmedizinische Aspekte in der Frühdiagnose und Langzeittherapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen bei im Arbeitsprozeß stehenden Patienten“.

Ziffer 6

Die Bundesregierung wird aufgefordert, Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen auf Verursachung rheumatischer Krankheiten zu überprüfen.

Am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes wird seit Ende 1978 eine Untersuchung zu rheumatischen Krankheiten durchgeführt. Mit dieser Studie ist unter anderem geplant, physische und psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu erfassen, um mögliche Zusammenhänge zwischen verschiedenen Tätigkeitsfeldern und bestimmten Krankheitsbildern des rheumatischen Formenkreises aufdecken zu können. Ein Pretest an Patienten einer Rheumaklinik wurde bereits durchgeführt. Dabei kam ein Fragebogen zum Einsatz, der ein umfangreiches Erhebungsinstrumentarium zu

Belastungen durch Arbeit und Freizeit in ihrem lebensgeschichtlichen Bezug enthielt. Auf der Basis der Pretestergebnisse wurde ein modifizierter Fragebogen entwickelt, der gegenwärtig in der Haupterhebung zur Rheumastudie eingesetzt wird. Belastungen im Berufsleben, von denen in der Literatur allgemein ein Beitrag zur Entstehung rheumatischer Krankheiten angenommen wird, sind in diesem Fragebogen besonders berücksichtigt. Im Vordergrund stehen schwere körperliche Arbeit, starke Drehungen und Beugungen im Arbeitsablauf, verkrampfte Arbeitshaltungen, Erschütterungen und ungünstige Witterungseinflüsse. Diese Faktoren haben mit größerer Wahrscheinlichkeit schädigende Wirkung, wenn disponierende Faktoren hinzukommen. Hierzu zählen angeborene Anomalien des Skelettsystems und genetische Faktoren unbekannter Art.

Die Ergebnisse des Pretest ließen im übrigen deutlich die Grenzen erkennen, die einer retrospektiven Studie innewohnen hinsichtlich der Erkennung von Krankheitsursachen. Die differenziertere Erfassung von Belastungen durch das Arbeitsleben und im Freizeitbereich gelang nicht für länger zurückliegende Lebensabschnitte. Intensität und Einwirkungs-dauer von früheren Belastungen können wegen zu großer Erinnerungslücken nur unvollkommen erfaßt werden. Der Beginn der rheumatischen Erkrankung wurde ebenfalls nur selten exakt erinnert.

Zur Klärung der Frage, welchen Anteil Belastungen am Arbeitsplatz ursächlich an der Entstehung rheumatischer Krankheiten haben, ist ein prospektives Vorgehen erfolgversprechender. Dieser Ansatz liegt der unter der Leitung von Prof. Dr. H. Kaupen-Haas an der Universität Hamburg durchgeführten Studie „Arbeitsbedingungen, Gesundheitsverhalten und rheumatische Erkrankungen“ (s. Ziffer 5, S. 25) zugrunde, in der spezielle Frauenarbeitsplätze und -arbeitsbedingungen daraufhin untersucht werden, ob sie die Entstehung und den Verlauf von degenerativen rheumatischen Krankheiten beeinflussen.

Ziffer 7

Die Bundesregierung wird aufgefordert, eine gezielte und umfassende Information der Öffentlichkeit und der betroffenen Menschen über die Bedeutsamkeit der Rheumaerkrankungen sowie die therapeutischen und versicherungsrechtlichen Möglichkeiten zu veranlassen.

Bei diesem Auftrag ist zu unterscheiden zwischen der Information der Öffentlichkeit einerseits und einer gezielten und umfassenden Information der betroffenen Menschen über das Wesen der rheumatischen Erkrankungen sowie die therapeutischen und versicherungsrechtlichen Möglichkeiten andererseits.

Die Information der Öffentlichkeit

Eine gezielte und umfassende Information der Öffentlichkeit ist identisch mit gesundheitlicher Aufklärung, und zwar auf dem Gebiet der Prophylaxe, also der Vorbeugung. Diese erstreckt sich im wesent-

lichen auf die relativ geringen prophylaktischen Möglichkeiten (im Hinblick auf degenerative Erkrankungen), aber auch auf den Hinweis, daß bestimmte Beschwerden erste Zeichen einer ernst zu nehmen und frühzeitig zu behandelnden Erkrankung sein können. Dazu gehört also auch eine gewisse Information der Öffentlichkeit über die wichtigsten Beschwerdebilder.

Wie in Ziffer 5 (zu 1. Die primäre Prävention, S. 25) bereits ausgeführt, sind relativ wenig Aussagen zu machen, die als Basis für Präventionsmaßnahmen in Frage kämen. Auch degenerative rheumatische Erkrankungen sind nur bedingt einer gezielten Prophylaxe zugänglich, z. B. sofern vorzeitige Verschleißerscheinungen durch sogenannte präarthrotische Deformitäten (Entwicklungs- oder Wachstumsstörungen, Fehlstellungen verschiedener Ursachen usw.), Verletzungsfolgen, besondere Arbeitsverhältnisse (fixierte Arbeitshaltungen, Überlastungen usw.) oder auch Übergewicht verursacht bzw. mitverursacht werden.

Vielleicht gelingt es, bei dem in Ziffer 5 (zu 2. Die Früherkennung, S. 25) bezeichneten Forschungsprojekte Risikofaktoren und -indikationen herauszuarbeiten, deren Kenntnis für prophylaktische Maßnahmen bei bestimmten noch zu ermittelnden Risikopopulationen von Nutzen sein könnte.

Gesundheitliche Aufklärung kann immer nur so gut sein, wie es die wissenschaftlichen Erkenntnisse zulassen. Ungeachtet der vielfach noch nicht vorhandenen Kenntnisse über die Entstehungsbedingungen dieser Vielzahl und Vielfalt der rheumatischen Krankheiten und über die Möglichkeiten zu ihrer Vorbeugung wird die Deutsche Rheuma-Liga in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung den Versuch unternehmen, eine Broschüre zu erarbeiten, die die breite Öffentlichkeit über die vorhandenen Fakten auf dem Gebiet der Prophylaxe und Früherkennung rheumatischer Krankheiten aufklären kann.

Die Information der betroffenen Menschen

Ganz anders sieht es hinsichtlich der gezielten und umfassenden Information der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen über die therapeutischen Möglichkeiten sowie die sozialen und versicherungsrechtlichen Probleme aus. Auf diesem Gebiet gibt es eine Unmenge von Publikationen, die hier nur beispielhaft aufgeführt werden können. An der Spitze der herausgebenden bzw. die Herausgabe unterstützenden Verbände liegt die Deutsche Rheuma-Liga e. V. mit ihrer Bundesgeschäftsstelle in München-Seefeld. Von ihr werden die Broschüren „Funktionshilfen für Rheumakranke“ von H. Bethke u. E. Peter sowie die „Merkblätter zur Rheumaphylaxe“ (das Wort „Prophylaxe“ ist hier im Sinne der Vorbeugung eines Rückfalles bzw. einer Verschlimmerung gemeint) herausgegeben, z. T. mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V., der Schweizerischen Rheumaliga und der Österreichischen Liga zur Bekämpfung des Rheumatismus

gibt der Aesopus-Verlag Wiesbaden/Lugano eine „Schriftenreihe für Rheumakranke“ heraus, die derzeit sieben Broschüren über die verschiedenen rheumatischen Krankheiten umfaßt. Weitere Informationen liegen über die Bechterew'sche Erkrankung (Rheumaklinik Oberammergau) und die Gicht (Medizin und Pharmacie, Schriftenreihe für Pharmakologie 1/1978) vor. Auch die Arbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“ hat in ihrer Reihe „Kommunikation zwischen Partnern“ ein Heft (Nr. 3) herausgebracht, das über rheumatische Erkrankungen im Kindes- und Erwachsenenalter informiert. Einschlägige Artikel finden sich fast in jeder Nummer der von Laien üblicherweise gelesenen Periodika.

Die versicherungsrechtliche Information

Über die versicherungsrechtlichen Möglichkeiten im Speziellen informiert die Broschüre der Arbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“, Band V: „Die Rechte der Behinderten und ihrer Angehörigen“. Darüber hinaus haben die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung durch Vereinbarung sichergestellt [vgl. § 368 s RVO i. V. mit den Rehabilitationsrichtlinien vom 17. Dezember 1975 (BAnz. 1976 Nr. 55)], daß Versicherte über die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation beraten und die gebotenen Maßnahmen u. a. von den Rentenversicherungsträgern frühzeitig eingeleitet werden. Damit ist auch die Ärzteschaft in die Bemühungen um eine frühzeitige Erfassung von Rehabilitationsfällen eingeschaltet.

Die Versicherten haben Gelegenheit, sich in einer Vielzahl von Auskunfts- und Beratungsstellen, z. B. der Krankenkassen, über Rehabilitationsmöglichkeiten u. a. der Rentenversicherungsträger zu informieren [vgl. §§ 14, 15 des Sozialgesetzbuches — SGB — Allgemeiner Teil vom 11. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3015), § 3 des Gesetzes über die Angleichungen der Leistungen zur Rehabilitation]. Darüber hinaus sind die Rehabilitationsträger sowie ihre Verbände verpflichtet, die Bevölkerung ganz allgemein über Rehabilitationshilfen und Rehabilitationsmöglichkeiten zu unterrichten (§ 13 SGB Allgemeiner Teil, § 3 des Gesetzes über die Angleichungen der Leistungen zur Rehabilitation). Viele Rentenversicherungsträger und Krankenkassen veröffentlichen regelmäßig Druckschriften, die sich mit Fragen der Rehabilitation oder des gesundheitskonformen Verhaltens befassen.

Diese Zeitschriften liegen gewöhnlich in Wartebäumen, insbesondere der Ärzte, oder sonstigen von Versicherten häufig aufgesuchten Stellen und Einrichtungen, z. B. in Schalterräumen und öffentlichen Verkehrsmitteln, aus. In diesen Publikationen wird immer wieder darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, erforderliche Rehabilitationsmaßnahmen möglichst frühzeitig durchzuführen. Daneben instruieren die Rentenversicherungsträger auch gezielt ihre Versicherten, die wegen einer Rheumaerkrankung an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen. In den entsprechenden Kliniken werden während des stationären Aufenthaltes gesundheits-erzieherische Maßnahmen durchgeführt. Über die

Bedeutung rheumatischer Erkrankungen und die Möglichkeiten, ihnen frühzeitig wirksam zu begegnen, wird dort durch die Rentenversicherungsträger informiert.

Es ist hiernach in der Bundesrepublik ein engmaschiges Informationsnetz vorhanden, das die wünschenswerte Aufklärung bietet.

Die Information durch Film, Fernsehen und Vortrag

Außer der schriftlichen Information ist auch noch die Information über die Massenmedien Film und Fernsehen zu nennen, die sich sowohl an die breite Öffentlichkeit als auch an die betroffenen Menschen wendet.

Auf dem Gebiet des Films ist hier auf den Film „Rheuma — Täter unbekannt“ zu verweisen, der im Rahmen einer 13teiligen Sendereihe in Kooperation mit dem Hessischen Rundfunk erarbeitet und aus Mitteln der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hergestellt wurde.

Zwischenzeitlich ist er in den Dritten Programmen aller Fernsehanstalten und auch im Abendprogramm ausgestrahlt worden und steht jetzt den Landesbildstellen zur Verfügung. Wie die Zahl der Anfragen belegt, ist die Sendung dieses Filmes auf großes Interesse gestoßen, sein Text wurde im Taschenbuch „rororo Tele 55“ veröffentlicht. Inwieweit dieses Interesse von der breiten Öffentlichkeit bekundet wurde, ist unklar. Einschlägige Erfahrungen lassen vermuten, daß die Interessierten vorwiegend Rheumakranke waren.

Die wirksamste Information ist vermutlich die mündliche Information, z. B. in Form eines Vortrages in der Volkshochschule, wobei man wiederum davon ausgehen kann, daß das Auditorium aus Menschen besteht, die zu dem Thema eine besondere Beziehung haben.

Die Beratung und Betreuung durch die Deutsche Rheuma-Liga

Die eindrücklichste Information ist das Einzelgespräch, die Beratung des Rheumakranken. Abgesehen von dem ärztlichen Gespräch, das in der Regel auf rein medizinische Aspekte der Erkrankung abgestellt ist, steht hier die intensive sozialmedizinische Betreuung im Mittelpunkt des Dialogs mit dem Ziel, dem Rheumakranken die Teilnahme an einem aktiven und lebenswerten Leben zu sichern.

Dieser Aufgabe widmet sich in der Bundesrepublik die Deutsche Rheuma-Liga e. V., die 1970 gegründet wurde. Ihre Aufgabe ist es u. a., die Rheumakranken aufzuklären und zu beraten und die Arbeit der mit der Rheumabekämpfung befaßten Organisationen zu koordinieren.

Ihre Mitglieder sind die Landesverbände. Ferner können alle überregional tätigen Körperschaften und Institutionen ihr als fördernde Mitglieder angehören. Mit Ausnahme des Saarlandes gibt es in allen Bundesländern Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga. Natürliche Personen können bei den Landesverbänden die Mitgliedschaft erwerben.

Eine der wichtigsten Aufgaben der Landesverbände ist es, in ihrem Bereich zahlreiche Arbeitsgemeinschaften ins Leben zu rufen und deren Arbeit zu fördern. Die Arbeitsgemeinschaft stellt den persönlichen Kontakt zu den Rheumakranken her; nur so kann man erfahren, was der einzelne tatsächlich an Hilfe braucht. Um diese Hilfe auch verwirklichen zu können, wird nicht nur der gesamte häusliche Bereich des Kranken mit einbezogen, es werden auch Kontakte zum Arbeitsplatz, dem Arbeits- und Sozialamt, dem Gesundheitsamt, der Krankenkasse und dem Rentenversicherungsträger hergestellt.

Neben der genannten Zusammenarbeit sind im Aufgabenkatalog der Deutschen Rheuma-Liga folgende Maßnahmen besonders wichtig:

- Entwicklung von Hilfsgeräten und Versorgung der Patienten mit diesen Funktionshilfen
- Aufbau von Laien- und Nachbarschafts-Hilfsgemeinschaften
- Entwicklung von Initiativen für eine besondere Krankenbetreuung, u. a. Warmwassertage in den öffentlichen Schwimmbädern in Verbindung mit einer fachlich geleiteten Gruppengymnastik und Schaffung von behinderungsgerechten Wohnungen
- Durchführung spezieller Fortbildungskurse für Ärzte und besonders auch für deren Mitarbeiter
- Aufklärung und Information durch Vorträge, Schriften, Presse, Rundfunk, Fernsehen, vor allem aber auch die alle zwei Monate erscheinende Verbandszeitung „mobil“, die Schriftenreihe für Rheumakranke und die Merkblätter zur Rheuma-Prophylaxe.

Die Hilfe zur Selbsthilfe

Eine der wichtigsten Aufgaben der Deutschen Rheuma-Liga ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Viele Rheumakranke neigen — wie eingangs ausgeführt — wegen ihrer ständigen Schmerzen zur Resignation, zur Passivität. Eine wirksame Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten ist aber nur möglich, wenn es gelingt, den Rheumakranken in die Behandlung aktiv miteinzubeziehen, dadurch, daß er die vorgeschriebene Therapie einhält und vor allem die mit ihm trainierten aktiven Bewegungsübungen auch zu Hause durchführt. Es muß ihm klar gemacht werden, daß auf seine Mithilfe bei der Bekämpfung seiner Krankheit nicht verzichtet werden kann, daß er auch Verantwortung trägt. Dazu gehört auch — je nach seinen Kräften — seine Mitarbeit in der Organisation, die speziell für ihn geschaffen ist.

Die Mitgliederzahl der Deutschen Rheuma-Liga steigt zwar Jahr für Jahr sprunghaft (Anfang 1975: drei Landesverbände mit zwei Arbeitsgemeinschaften und ca. 250 Mitgliedern; Ende 1979: zehn Landesverbände mit 100 Arbeitsgemeinschaften und ca. 7500 Mitgliedern), muß aber im Vergleich zu der Zahl der Rheumakranken in unserem Land noch immer als viel zu gering bezeichnet werden. Während nämlich in der Bundesrepublik auf 100 Einwohner nur 0,012 Mitglieder kommen, sind es in der

Schweiz zwei, in den Niederlanden vier und in Schweden sogar fünf. Dementsprechend sind die Einnahmen der Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga aus Mitgliedsbeiträgen unbedeutend.

Die finanzielle Hilfe der Deutschen Rheuma-Liga von dritter Seite

Zur Unterstützung ihrer umfassenden Aufgaben erhielt die Bundesgeschäftsstelle der Deutschen Rheuma-Liga e.V. in Seefeld bei München vom BMJFG im Jahr 1979 eine institutionelle Zuwendung von 50 000 DM. Der für das Jahr 1980 vom BMJFG vorgeschlagenen Aufstockung der Zuwendung auf 120 000 DM hat der Haushaltsausschuß des Deutschen Bundestages bereits zugestimmt.

Die Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga erhielten von dritter Seite (Landesversicherungsanstalten, Bundesversicherungsanstalt, Länderministerien, der pharmazeutischen Industrie und anderen Institutionen privater Art) ebenfalls z. T. erhebliche Zuwendungen, ohne die die Arbeit der von ihnen finanziell getragenen Arbeitsgemeinschaften trotz des engagierten Einsatzes der ehrenamtlichen Helfer, in der Mehrzahl selbst Rheumakranke, zum Erliegen kommen müßte. Das Gesamtbudget der einzelnen Landesverbände betrug im Jahre 1979

in Baden-Württemberg	144 000 DM
in Bayern	28 000 DM
in Berlin	156 000 DM
in Bremen	8 000 DM
in Hamburg	18 000 DM
in Hessen	5 000 DM
in Niedersachsen	60 000 DM
in Nordrhein-Westfalen	108 000 DM
in Rheinland-Pfalz	36 000 DM
in Schleswig-Holstein	18 000 DM

Im Saarland gibt es noch keinen Landesverband.

Die Zuwendungen der Landesversicherungsanstalten an die einzelnen Landesverbände sind sehr unterschiedlich; sie liegen zwischen 0 DM in zwei Ländern (das Saarland nicht mitgerechnet) und 120 000 DM in Baden-Württemberg. Von Seiten der Krankenkassen werden mit Ausnahme von Schleswig-Holstein keine Zuwendungen gemacht; sie sind jedoch allgemein kooperativ, indem sie z. B. Räume zur Verfügung stellen.

Entsprechend der Höhe ihrer Einnahmen ist der Wirkungsgrad der Arbeitsgemeinschaften in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Da die Arbeit dieser Selbsthilfegruppen auf dem psychosozialen Sektor der Rheumabekämpfung gar nicht hoch genug veranschlagt und durch nichts ersetzt werden kann, wäre es begrüßenswert, wenn die Zuwendungen der Sozialversicherungsträger für die besonders finanzschwachen Landesverbände eine Erhöhung erfahren könnten. In diesem Zusammenhang darf auf das Ausland verwiesen werden. So verfügen die sozialen Ligen in den Niederlanden bei einer Einwohnerzahl von 13,8 Millionen über ein

Budget von 7 Millionen hfl und die Schweiz bei einer Einwohnerzahl von 6,2 Millionen über ein Budget von 3 Millionen SFr, während die Deutsche Rheuma-Liga bei einer Einwohnerzahl von 61,3 Millionen 1979 mit einem Budget von 0,63 Millionen DM zu recht kommen mußte.

Ziffer 8

Die Bundesregierung wird aufgefordert, alle Bemühungen zu unterstützen, damit im Bereich von Forschung und Lehre an den Deutschen Hochschulen die Rheumatologie der Bedeutung der rheumatischen Erkrankungen entsprechend vertreten ist.

Die Situation der Forschung auf dem Gebiet der Rheumatologie an den Universitäten

Die Bundesregierung ist der Meinung, daß die Rheumatologie an den Hochschulen der Bundesrepublik im Bereich von Forschung und Lehre nicht ausreichend vertreten ist. Dies ist, wie bereits in Ziffer 2 (S. 14) angedeutet, z. T. historisch bedingt. Die Konzentrierung der stationären Behandlung von Patienten mit rheumatischen Krankheiten, insbesondere derjenigen mit entzündlicher Genese in den Kliniken bestimmter Kurorte, hatte zur Folge, daß auch die schwerpunktmäßige Rheumaforschung immer weniger in den Universitäten stattfindet. Eine Ausnahme hiervon bildet lediglich die Rheuma-Immunologie, die sich an mehreren Fakultäten/Fachbereichen als selbständige Institution etablieren konnte. Mit der Einrichtung von Rheumaabteilungen an einigen Medizinischen Universitätskliniken in den letzten Jahren ist zu erwarten, daß auch die Forschung auf diesem Gebiet neue Impulse erhält.

Die Bundesregierung wird durch die Förderung von multizentrischen kooperativen Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Rheumatologie auch an Universitätskliniken diese Entwicklung unterstützen.

Die Situation der Lehre auf dem Gebiet der Rheumatologie

Da die Forschung eine unabdingbare Voraussetzung für die wissenschaftliche Lehre ist, wird verständlich, daß in der Bundesrepublik z. Z. nur drei Lehrstühle für Rheumatologie existieren, und zwar der Lehrstuhl für Klinische Immunologie und Rheumatologie in Erlangen, der Lehrstuhl für Physikalische Medizin und Rheumatologie in Gießen und der Lehrstuhl für Krankheiten der Bewegungsorgane und des Stoffwechsels in Hannover. Mit der Frage der Einrichtung weiterer Lehrstühle auf dem Gebiet der Rheumatologie hat sich inzwischen der Medizinische Wissenschaftsrat befaßt und hierzu die Meinung vertreten, daß dieses nur dort, wo eine Integration qualifizierter Spezialkliniken in traditionelle Forschungseinrichtungen, wie dies z. B. für das Universitätsklinikum Regensburg mit dem benachbarten Rheumazentrum in Bad Abbach vorgesehen ist, denkbar wäre.

Derartige nachbarschaftliche Kooperation mit einer medizinischen Fakultät/Fachbereich bietet sich auch noch für andere Spezialkliniken an — z. B. für Bad Kreuznach, Wiesbaden und Schlangenbad; Mainz und Frankfurt; für Bad Bramstedt: Kiel, Lübeck und Hamburg —, so daß sich hier für die Länder die Möglichkeit eröffnet, der berechtigten Forderung nach einer Verbesserung von Forschung und Lehre an den Deutschen Hochschulen ohne größere bauliche Aufwendungen zu entsprechen. Ähnliches gilt für die Rheumaklinik Bad Aachen.

Ungeachtet des Fehlens eines eigenen Lehrstuhles wird dem Medizinstudenten an allen medizinischen Fakultäten/Fachbereichen eine Ausbildung geboten, die auch das Gebiet der Rheumatologie umfaßt. Die Lehre setzt nicht unbedingt das Vorhandensein eines bestimmten Lehrstuhles voraus. Die Ausbildung auf dem Gebiet der Rheumatologie erfolgt vorwiegend im Rahmen der Inneren Medizin und der Orthopädie. Der Inhalt und Umfang der ärztlichen Ausbildung ist vorgegeben durch die Gegenstandskataloge, die die Kenntnisse der Kandidaten für das Bestehen des Ersten, Zweiten und Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung nach der Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 (BGBl. I S. 1458), in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. April 1979 (BGBl. I S. 425) beschreiben.

Die Qualität der Lehre auf dem Gebiet der Rheumatologie

Wie diese Vorgaben an den einzelnen Hochschulen realisiert werden, ist nicht bekannt. Bei dem doch mancherorts vorhandenen Mangel an Patienten mit rheumatischen Krankheiten entzündlicher Genese in den medizinischen Universitätskliniken muß angenommen werden, daß es dort an der zur Veranschaulichung der theoretischen Fakten notwendigen Praxis fehlt. Wie eine Anfrage beim Institut für

medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen in Mainz ergab, entspricht der Durchschnitt der richtig beantworteten Fragen über die Krankheiten des rheumatischen Formenkreises im Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, d. h. dem Abschnitt, der der Einführung in die klinische Ausbildung mit vorwiegend theoretischem Inhalt folgt, dem Durchschnitt der richtig beantworteten Fragen in allen anderen Gebieten. Im Zweiten und Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, d. h. in den Abschnitten, denen eine praktisch-klinische Ausbildung am Patienten vorangeht, ist das aber anders: in beiden Prüfungen liegt der Durchschnitt richtig beantworteter Fragen auf dem Rheumagebiet eindeutig unter dem der richtig beantworteten Fragen aller anderen Gebiete.

Die Bemühungen der Bundesregierung um eine Verbesserung der Lehre auf dem Gebiet der Rheumatologie

Die für eine Verbesserung der gegenwärtigen ärztlichen Ausbildung im BMJFG geschaffene „Kleine Kommission zu Fragen der ärztlichen Ausbildung und der künftigen Entwicklung im Bereich des ärztlichen Berufsstandes“ wird bei ihren Beratungen auch die Frage prüfen, ob und ggf. welche Möglichkeiten bestehen, die Ausbildung der Medizinstudenten insbesondere durch Vergrößerung des Angebotes an praktischen Übungen in rheumatologischen Schwerpunktstationen stärker auf den Bereich der rheumatischen Erkrankungen auszurichten. In diesem Zusammenhang hat sie sich bereits mit dem Problem des fächerübergreifenden Unterrichts befaßt und seine Einführung als sehr zweckdienlich herausgestellt. Nach Ansicht der Bundesregierung sind rheumatische Erkrankungen geradezu ein Musterbeispiel für ein derartiges Vorgehen, das ohne Schwierigkeit im derzeitigen gesetzlichen Rahmen nur auf der organisatorischen Ebene der Universitäten umzusetzen wäre.

Zusammenfassung

Die rheumatischen Krankheiten sind in ihrer Vielfalt und Häufigkeit von hoher gesundheitspolitischer, sozialpolitischer sowie volkswirtschaftlicher Bedeutung; sie beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen in hohem Maße.

Der Wissensstand über diese Erkrankungen sowie die in der Diskussion stehenden Ursachen erlauben zur Zeit noch keine Maßnahmen der Prophylaxe. Abgesehen von der Notwendigkeit entsprechender Forschung im Ursachenbereich liegt somit der Schwerpunkt des Kampfes gegen Rheuma in den Bereichen Diagnostik einschließlich Früherkennung, Therapie und Nachsorge.

Es muß nach Ansicht der Bundesregierung auch für die überschaubare Zukunft davon ausgegangen werden, daß die zahlenmäßige Hauptlast der Versorgung der Rheumakranken (im weiten Sinne dieses Begriffes) wie bisher bei niedergelassenen Ärzten, vor allem Allgemeinärzten, Internisten und Orthopäden liegt. Nur eine vergleichbar geringe Zahl von Kranken, nämlich die mit entzündlichen und schweren degenerativen rheumatischen Krankheiten, bedarf der ambulanten oder stationären Behandlung durch Rheumatologen.

Die durch Gesetz geregelten Leistungen der Sozialversicherungsträger bedürfen hinsichtlich ihrer Umsetzung in die Praxis einer besseren Koordination.

Daneben bedarf es ergänzend und auf der Basis verlässlicher Statistik planerischer Überlegungen im Hinblick auf den geforderten Auf- und Ausbau einer Spezialversorgung, eine Aufgabe, die in der konkreten Gestaltung den Ländern obliegt.

Das Ausmaß der erforderlichen Maßnahmen kann wegen einer unzulänglichen Rheumastatistik noch nicht in vollem Umfang überblickt werden. Hier sind die Rheumaexperten zunächst selbst gefordert, übereinstimmende fachliche Kriterien für eine solche Statistik zu entwickeln. Diese Bemühungen werden, ebenso wie die Entwicklung von diagnostischen Standards und therapeutischen Leitlinien, durch Gewährung von Forschungsmitteln der Bundesregierung nachhaltig gefördert.

Schlußbemerkung

Mit dem Rheumabericht hat die Bundesregierung anhand der ihr in den verschiedenen Ziffern vom Deutschen Bundestag vorgegebenen Aufträge versucht, die gegenwärtige Situation auf dem Gebiet der Rheumabekämpfung darzustellen, Mängel aufzuzeigen, hierfür Abänderungsvorschläge zu unterbreiten und, soweit sie für deren Beseitigung nicht selbst zuständig ist, Anregungen hierfür zu geben. Im Hinblick auf die Verständlichkeit und Vollständigkeit des Berichtes wurde über die gegebenen Aufträge hinaus z. T. auch dargelegt, wo in den verschiedenen Bereichen die Zuständigkeiten anderer Institutionen und die Grenzen der Einflußnahme der Bundesregierung liegen.

Die Länder, und in ihnen die Universitäten, sollten sich verstärkt für den Ausbau bzw. die Umorganisation zugunsten rheumatischer Arbeitsbereiche in Forschung, Lehre und Krankenversorgung einsetzen.

Unter dieser Voraussetzung würde es möglich sein, das bisher defizitäre Lehrangebot hinsichtlich der rheumatischen Krankheiten (im engeren Sinne des Begriffs) auch im Rahmen der geltenden Gesetze bzw. Verordnungen in umfassenden und disziplinübergreifenden Lehrveranstaltungen den tatsächlichen Ansprüchen anzupassen.

Im Bemühen um eine wohnortnahe Versorgung der in Betracht kommenden Rheumakranken ist es erforderlich, die bisherigen stationären Spezialeinrichtungen in einem noch abzuklärenden Umfange durch Rheumaabteilungen an allgemeinen und anderen Krankenhäusern zu ergänzen, wofür in erster Linie umstrukturierende Maßnahmen in Betracht kommen.

Bund und Länder werden sich gemeinsam zu bemühen haben, zumindest für diese Abteilungen auch ambulante Betätigungsmöglichkeiten zu eröffnen, die zusammen mit niedergelassenen Spezialisten und mit Hilfe von wohnortnahen Therapiemöglichkeiten die umfassende Versorgung der Rheumakranken sicherzustellen haben.

Voraussetzung für eine Verbesserung der Versorgung Rheumakranker ist die Einführung der Teilgebetsbezeichnung „Rheumatologie“. Hier sind zunächst die Ärzteschaft und vor allem der Deutsche Ärztetag aufgerufen, einen entsprechenden und nach Ansicht der Bundesregierung längst fälligen Beschluß zu fassen, der dann in den Ländern alsbald umgesetzt werden könnte.

Einer intensivierten Aufklärung der breiten Bevölkerung über Rheuma sind hinsichtlich der zu erwartenden Erfolge wegen der Unklarheiten über Ursache und Entstehung der Krankheit Grenzen gesetzt, während auf dem Felde der aufklärenden Beratung der Rheumakranken die vorhandenen Aktivitäten noch zu verstärken sind, um die sich die Gesundheitsaufklärung und -erziehung von Bund und Ländern, zusammen mit anderen, vor allem den fachbezogenen Institutionen zu bemühen haben.

Durch Aufzeigung der Unzulänglichkeiten in der Rheumabekämpfung und der Möglichkeiten für eine Verbesserung der gegenwärtigen Situation erhofft sich die Bundesregierung mehr Problembewußtsein sowie eine Diskussion über ihre Analyse und Lösungsvorschläge. Sie hofft auch auf verstärkte Aufmerksamkeit und Mithilfe der Länder, insbesondere der für die Hochschulen, das Gesundheits- und das Sozialwesen zuständigen Ressorts sowie der Hochschulen, der Ärzteschaft und der Sozialversicherungsträger, damit bei den gegebenen unterschiedlichen Zuständigkeiten den Rheumakranken künftig noch wirksamer geholfen werden kann.