

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Rheumabericht der Bundesregierung über die eingeleiteten Maßnahmen zur Rheumabekämpfung

Kurzfassung

Der Bericht über Maßnahmen zur Rheumabekämpfung (Drucksache 8/3625), den die Bundesregierung im Januar 1980 dem Deutschen Bundestag vorlegte, war ein Sachstandsbericht, der die Aufgabe hatte, die seinerzeit selbst für Experten kaum durchschaubare Situation auf diesem Gebiet transparenter zu machen.

Obwohl wir in struktureller Hinsicht von einem befriedigenden Zustand auf diesem Gebiet noch weit entfernt sind, können, wie der vorliegende Bericht ausweist, erste Erfolge verzeichnet werden. Insbesondere läßt sich sagen, daß die Rheumaszene in den letzten Jahren tatsächlich an Transparenz gewonnen hat. Die für die Rheumabekämpfung Verantwortlichen sind wesentlich problembewußter geworden. Damit ist die Einsicht, daß letztlich nur Koordination und Kooperation aller Beteiligten zum Erfolg führen können, erfreulich gewachsen.

Noch immer sind Schwachstellen zu erkennen; der Zwischenbericht läßt sie durch das inzwischen Erreichte sogar noch deutlicher als im Bericht 1980 erkennen. Die Bundesregierung sieht in der Aufdeckung dieser Schwachstellen und Lücken ein sinnvolles Ergebnis der vom Deutschen Bundestag geforderten Berichterstattung, weil nur so Wege zu weiterführenden Ansätzen einer effizienten Rheumabekämpfung gefunden werden können.

Im einzelnen sind hinsichtlich der positiv zu bewertenden Entwicklungen seit Vorlage des Rheumaberichts 1980 zu nennen:

- die Entwicklung der Forschung über Grundlagen, Früherkennung, Diagnostik und Therapie der Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises,
- die stärkere Aufdeckung von Zusammenhängen zwischen Arbeitsbedingungen und bestimmten rheumatischen Erkrankungen,
- die erkennbare Entwicklung in der Spezialisierung von Ärzten für die Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“,
- bestimmte Verbesserungen im Versorgungsbereich, so z. B. die Möglichkeit der kassenärztlichen Verordnung von Gruppentherapie, mit der sich daraus ergebenden Kostenregelung,
- die Entwicklung kooperativer, wohnortnaher Versorgungsmodelle mit dem Schwerpunkt auf der ambulanten Betreuung,
- eine erfreuliche Entwicklung der Selbsthilfegruppen in Form der Deutschen Rheuma-Liga.

Es ist offenbar sehr schwierig, in diesem gesundheitspolitisch besonders bedeutungsvollen Feld grundlegende Veränderungen zum Nutzen der

Rheumakranken herbeizuführen, vor allem wohl deswegen, weil die Grundkenntnisse über Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises noch dürftig sind, Diagnostik und Therapie darunter leiden und auch die Abgrenzung dieses Bereiches, mit der erst dadurch möglichen Zuordnung notwendiger Ressourcen, nur unvollständig möglich ist. Den-

noch wird man insgesamt den Eindruck haben dürfen, daß eine Entwicklung angelaufen ist, die erwarten läßt, daß sowohl die Prävention, als auch die Diagnostik, Therapie und Rehabilitation Schritt für Schritt verbessert werden können zugunsten einer Vielzahl von Bürgern, die von diesen Erkrankungen bedroht sind oder bereits an ihnen leiden.

Vorbemerkung

Der Deutsche Bundestag hat den Bericht vom 30. Januar 1980 in seiner 228. Sitzung am 2. Juli 1980 zur Kenntnis genommen und hierzu die Beschlußempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (Drucksache 8/4298, s. Anlage) einstimmig angenommen. Darin wird in Ziffer 11 die Bundesregierung aufgefordert, den Bericht über Maßnahmen zur Rheumabekämpfung fortzuschreiben und bis zum 31. Dezember 1983 über die eingeleiteten Maßnahmen zu den von ihr aufgezeigten Schwachstellen, wie sie in der o. g. EntschlieÙung in den Ziffern 3 bis 10 aufgeführt sind, zu berichten.

In den Ziffern 3 bis 10 der EntschlieÙung wendet sich der Bundestag nicht nur an die Bundesregierung, sondern appelliert auch an die Länder, Kommunen, Universitäten und andere Institutionen, sich für bestimmte Verbesserungen auf dem Gebiet der Rheumabekämpfung einzusetzen. Soweit die Bundesregierung nicht selbst aufgefordert war, hat sie unmittelbar nach Veröffentlichung der o. g. EntschlieÙung sowohl die Länder als auch die sonstigen betroffenen Institutionen von den jeweiligen Anliegen des Bundestages informiert und gebeten, diesen zu entsprechen.

In folgendem wird über die einzelnen Aktivitäten der in den Ziffern 3 bis 10 der EntschlieÙung Angesprochenen und das Ergebnis ihrer Bemühungen berichtet:

Anlage zu „Vorbemerkung“ (aus Drucksache 8/4298)

Beschlußempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen:

1. Der durch die Bundesregierung zur Unterrichtung vorgelegte Bericht über Maßnahmen zur Rheumabekämpfung — Drucksachen 8/3625, 8/3693 — wird zur Kenntnis genommen.
2. Der Bundestag begrüÙt es, daß die Bundesregierung in ihrem Bericht über Maßnahmen zur Rheumabekämpfung ausführlich und eingehend die Situation und Probleme der Rheumakranken in der Bundesrepublik Deutschland dargestellt hat. Der Bericht zeigt auf, daß es weiterer Anstrengungen bedarf, das Schicksal dieser Kranken zu ändern.
3. Der Bundestag fordert die Bundesregierung auf, ihre finanziellen Aktivitäten für die klinische Forschung über Ursachen, Art und Verlauf der rheumatischen Krankheiten fortzusetzen. Modelle für die ambulante und stationäre Versorgung von Rheumakranken sind zu unterstützen.

4. Der Bundestag fordert die Bundesregierung auf, ihre Bemühungen, Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen auf Verursachung rheumatischer Krankheiten zu überprüfen und über den derzeitigen Umfang hinaus zu verstärken.

Der Bundestag fordert die Bundesregierung auf, dem Problem der Anpassung des Arbeitsplatzes an die besonderen Bedingungen und Erfordernisse von Rheumakranken verstärkt Aufmerksamkeit zuzuwenden. Der Einfüh-

rung von Teilzeitarbeitsplätzen für Rheumakranke ist erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen. In diesem Sinne appelliert der Bundestag ferner an die Länder und die Gemeinden.

5. Der Bundestag begrüßt es, daß der Deutsche Ärztetag 1980 sich für die Einführung der Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“ ausgesprochen hat. Er gibt seiner Hoffnung Ausdruck, daß die Landesärztekammern baldmöglichst die Weiterbildungsordnungen entsprechend ändern und die Länder, Kommunen und sonstigen Krankenhausträger die für die Weiterbildung zum Rheumatologen erforderlichen Weiterbildungsstellen baldmöglichst bereitstellen. Der Bundestag appelliert an die Länder und Universitäten, der ärztlichen Ausbildung auf dem Gebiet der rheumatischen Krankheiten in den medizinischen Fakultäten/Fachbereichen größere Beachtung zu schenken. Die Einrichtung von Lehrstühlen auf dem Gebiet der Rheumatologie würde dieser Aufgabe dienlich sein.

In Anbetracht des Mangels an Rheumatologen appelliert der Bundestag an die einschlägigen Förderungseinrichtungen (z. B. Deutscher Akademischer Austauschdienst), die Weiterbildung von Ärzten auf dem Gebiet der Rheumatologie im Ausland durch die Gewährung von Stipendien zu ermöglichen.

Der Bundestag fordert die Bundesregierung auf, sich dafür einzusetzen, daß in Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Sozialversicherungsträgern eine Klassifikation der rheumatischen Krankheiten eingeführt wird und zur Anwendung kommt, die eine bessere Aussage über die Häufigkeit dieser Krankheiten und die durch sie anfallenden Kosten erlaubt.

6. Der Bundestag fordert die Bundesregierung auf, sich für eine bedarfsgerechte Anpassung der Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften für die nicht-ärztlichen Heilberufe, insbesondere der Krankengymnasten sowie der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Rheumatologie einzusetzen. Der Bundestag erwartet, daß die Länder in den entsprechenden curricula der Ausbildungsstätten für die obengenannten Personen die rheumatischen Krankheiten einschließlich deren Behandlung in stärkerem Umfang berücksichtigen und die Zahl der Ausbildungsplätze für Krankengymnasten sowie für Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten dem Bedarf entsprechend vermehren.
7. Der Bundestag bittet die Bundesregierung, die Träger der Sozialversicherung dazu zu veranlassen, die Vorschriften des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation voll anzuwenden, damit in der Versorgung der Rheumakranken keine Lücken auftreten. Eine verstärkte Zusammenarbeit der Träger der Sozialversicherung ist anzustreben.
8. Der Bundestag bittet die Träger der Sozialversicherung, bei der Gewährung von Leistungen die für Rheumakranke notwendige Langzeitbehandlung (insbesondere die physikalische Behandlung) besser als bisher zu berücksichtigen. Die aktiven Bewegungsübungen für Rheumakranke in Gruppen sollten in verstärktem Umfang eingeführt und die Kosten von den Krankenkassen übernommen werden.
9. Die Bundesregierung wird ersucht, im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, ggf. durch eine Erhöhung der vorgesehenen Finanzmittel, verstärkte Hilfen und Anreize für die Länder zu geben, durch Umstellung und Ausbau geeigneter Krankenhäuser Behandlungszentren für Rheumakranke zu schaffen, die eine optimale medizinische Versorgung der Rheumakranken ermöglichen, Möglichkeiten für die Aus- und Weiterbildung von Rheumatologen bieten und zu einer flächendeckenden Versorgung einschließlich der ambulanten Behandlung beitragen. Dabei sollen nach Möglichkeit einheitliche Kriterien für eine finanzielle Förderung erarbeitet und von allen Ländern zugrunde gelegt werden.
10. Der Bundestag appelliert an die Länder, Kommunen und Träger der Sozialversicherung, die Arbeit der Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga e. V. und ihrer Arbeitsgemeinschaften entsprechend ihrer großen Bedeutung, insbesondere für die psycho-soziale Betreuung der Rheumakranken, zu unterstützen.

11. Der Bundestag fordert die Bundesregierung auf, den Bericht über Maßnahmen zur Rheumabekämpfung fortzuschreiben, bis zum 31. Dezember 1983 über die eingeleiteten Maßnahmen zu den in diesem Entschließungsantrag genannten Punkten und bis zum 31. Dezember 1986 über die erzielten Ergebnisse zu berichten.

Bonn, den 18. Juni 1980

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung

Rappe (Hildesheim)

Vorsitzender

Frau Dr. Neumeister

Berichterstatlerin

3. Der Bundestag fordert die Bundesregierung auf, ihre finanziellen Aktivitäten für die klinische Forschung über Ursachen, Art und Verlauf der rheumatischen Krankheiten fortzusetzen. Modelle für die ambulante und stationäre Versorgung von Rheumakranken sind zu unterstützen.

Die Bundesregierung mißt der Forschung über Ursachen, Art und Verlauf der rheumatischen Krankheiten und jeder Verbesserung der Möglichkeiten zu deren Bekämpfung große Bedeutung zu. Neben der breit angelegten Förderung der Grundlagenforschung — wie sie in erster Linie von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) wahrgenommen wird — hat die Bundesregierung den rheumatischen Krankheiten auch in dem im Februar 1983 beschlossenen Programm zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1983 bis 1986 einen Schwerpunkt gewidmet. Sie wird in diesem Rahmen die Förderung der Rheumaforschung fortsetzen und bei sich bietenden geeigneten Ansatzpunkten nach Möglichkeit verstärken.

Grundlagenforschung

Grundlagenforschung im Bereich der rheumatischen Krankheiten ist vor allem interdisziplinäre Ursachenforschung. Sie bedarf einer längerfristig gesicherten institutionellen Finanzierung und gehört im wesentlichen zu den Aufgaben der großen Selbstverwaltungsorganisationen der Wissenschaft, der DFG und der Max-Planck (MP)-Gesellschaft.

Die DFG setzt das Instrument der Sonderforschungsbereichförderung ein. Sie fördert den Sonderforschungsbereich „Pathomechanismen der rheumatoiden Entzündung bei Mensch und Tier“, der im Grundlagenbereich vor allem Aspekte der Pathophysiologie der chronisch-entzündlich rheumatischen Erkrankungen des Menschen behandelt.

Die MP-Gesellschaft hat sich der Grundlagenforschung im Bereich der rheumatischen Krankheiten vor allem auf dem Gebiet der Bindegewebsforschung (MP-Institut für Biochemie in Martinsried) und den immunologischen Grundlagen der Krankheitsentstehung (MP-Institut für Immunbiologie in Freiburg) angenommen.

Fortschritte in der Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten werden vor allem aus den Ergebnissen der breit angelegten Grundlagenforschung erwartet. Die Bundesregierung regt daher an, die derzeitigen Aktivitäten durch weitere Anstrengungen zu verstärken. Sie wird diesbezügliche Bemühungen der Förderorganisationen im Grundlagenbereich unter Berücksichtigung der Subsidiarität der Förderprogramme des Bundes unterstützen.

Früherkennung und Diagnostik

Bei den rheumatischen Erkrankungen stehen wir vor einer anderen Situation als bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen. Möglichkeiten der Prävention fehlen bei rheumatischen Erkrankungen weitgehend, und wirksame Methoden zur Früherkennung der Krankheiten sind nur ansatzweise bekannt.

Die Bundesregierung hat aus diesem Grunde in die Fortschreibung des Programms Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit für den Zeitraum 1983—1986 wiederum einen Schwerpunkt zur Förderung der Krankheitsfrüherkennung und Diagnostik bei rheumatischen Erkrankungen aufgenommen. Die Bundesregierung setzt darauf, daß durch diese Schwerpunktsetzung die bereits bisher laufenden Bemühungen an unterschiedlichen Stellen verstärkt und zu klinisch brauchbaren Erfolgen geführt werden können.

Die Situation im Bereich der Früherkennung und Diagnostik rheumatischer Erkrankungen ist vor allem dadurch gekennzeichnet, daß es sowohl für die entzündlich-rheumatischen wie auch für die degenerativen Erkrankungen wegen ihrer vielfältigen Erscheinungsformen mit jeweils unterschiedlichen pathophysiologischen Mechanismen derzeit nur wenige eindeutige diagnostische Verfahren gibt. Aus methodischer und meßtechnischer Sicht sind nach derzeitigem Kenntnisstand insbesondere die immunserologischen wie auch die enzymatischen Verfahren geeignet, kurzfristig anwendungsnahe Lösungen erwarten zu lassen. Die Fördermaßnahmen wurden eingeleitet durch eine öffentliche Bekanntmachung an die wissenschaftliche Fachöffentlichkeit über die Finanzierung von Forschungs- und Entwicklungsvorhaben im Bereich der immunserologisch und enzymologischen Diagnostik von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. In der öffentlichen Bekanntmachung wurde zur Mitarbeit in folgenden Themenbereichen aufgerufen:

- Neu- bzw. Weiterentwicklung von Methoden zum Nachweis von Immunkomplexen und zur Bestimmung und Klassifizierung von Autoantikörpern. Überprüfung ihrer Wertigkeit für die Früherkennung, Diagnose, Prognose und Therapiekontrolle.
- Neu- bzw. Weiterentwicklung von Methoden zur Bestimmung von lysosomalen Enzymen, Komplementkomponenten und anderen bedeutsamen Parametern des Krankheitsprozesses in Körperflüssigkeiten. Abklärung ihrer diagnostischen Bedeutung.
- Entwicklung praktikabler Verfahren zur Bestimmung zellulärer Abwehrreaktionen und Abklärung ihrer diagnostischen Bedeutung.

- Entwicklung und Verbesserung von Methoden zur Bestimmung genetischer Marker und Überprüfung der Wertigkeit bestimmter genetischer Konstellationen für die Früherkennung und Prognose.

Wie bei Früherkennungsmaßnahmen allgemein gilt auch hier, daß dazu zu entwickelnde Methoden den Forderungen nach ausreichender Empfindlichkeit und Spezifität, nach Standardisierbarkeit und Wirtschaftlichkeit ebenso genügen wie der Forderung nach einfacher Handhabung und geringer Patientenbelastung. Für alle Verfahren muß von vornherein die Möglichkeit für eine breite Anwendung der Verfahren in der klinischen Praxis angenommen werden können.

Als Antwort auf die Ende 1980 veröffentlichte Bekanntmachung sind mehr als 40 Projektvorschläge zur Förderung eingereicht worden. Nach sorgfältiger wissenschaftlicher Beratung, bei der nicht nur die naturwissenschaftlichen, klinischen und methodologischen, sondern auch die ökonomischen Voraussetzungen der Entwicklung überprüft wurden, wurden neun Projekte mit einem Gesamtfördervolumen von mehr als 2,5 Mio. DM pro Jahr bewilligt.

Die Bundesregierung beabsichtigt, diesen Förderbereich zu intensivieren. Dies soll vor allem unter Berücksichtigung neuester Ergebnisse und Entwicklungstendenzen, insbesondere auch im Bereich der monoklonalen Antikörper erfolgen. Es gilt vor allem, die Ergebnisse der national und international laufenden Grundlagenforschung rasch aufzugreifen und auf ihre Anwendbarkeit für die Rheumaforschung zu überprüfen. Es ist vorgesehen, den Bereich der Früherkennung und Diagnostik unter diesen Aspekten im Rahmen eines Gesamtkonzepts zur Rheumaforschung im Jahresbeginn 1984 nochmals öffentlich bekanntzumachen.

Rheumatherapie

Die Forschung im Bereich der Therapie von rheumatischen Erkrankungen wird von der Bundesregierung im Rahmen der Subsidiarität ihrer Förderprogramme ergänzt durch die schwerpunktmäßige Finanzierung vergleichender Therapiestudien (Phase III). Die Bundesregierung hat diesen Förderbereich, für den in der Wirtschaft ein erheblicher Forschungsbedarf geltend gemacht wurde, modellhaft aufgegriffen, bis die Förderung solcher Studien in die Strukturen der Selbstverwaltung der Wissenschaft übernommen werden kann. Durch diese Fördermaßnahmen werden die bereits vorhandenen Forschungsarbeiten ergänzt, die sich vor allem auf die Therapieentwicklung (sog. Phase II-Studien) beziehen. Dies gilt z. B. für den Teilbereich „Klinische Studien bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen des Menschen“ des Sonderforschungsbereichs 54 der DFG wie auch für Einzelprojekte im Rahmen des Normalverfahrens der DFG.

Durch die Förderung von kontrollierten Therapiestudien, die aus methodischen Gründen in der

Regel multizentrisch gestaltet sein müssen, werden unterschiedliche, parallel in der klinischen Routine genutzte Therapieverfahren hinsichtlich einer möglichen Überlegenheit des einen oder anderen Verfahrens gegeneinander getestet. Solange keine überzeugende Kausaltherapie verfügbar ist, müssen alle Möglichkeiten zur Sicherung auch kleiner Fortschritte genutzt werden. Durch diese Fördermaßnahmen sollen gesicherte Ergebnisse über therapeutische Vorteile durch breite Information allen Therapeuten nutzbar gemacht werden und somit den Patienten selbst zugute kommen.

Die Planung von derartigen multizentrischen, kontrollierten Therapiestudien erfordert in der Regel einen Zeit- und Arbeitsaufwand, wie er den ohnehin stark belasteten Kliniken nicht zur Verfügung steht. Daher hat die Bundesregierung angeboten, der Förderung einer Therapiestudie die Förderung einer sogenannten Planungsphase voranzustellen. Während der Planungsphase soll die Abstimmung und Konsensfindung zwischen den Vertretern unterschiedlicher Fachrichtungen stattfinden, um ein für alle teilnehmenden Kliniken akzeptables Studienprotokoll zu schaffen. Mit dieser Vorgehensweise erhält die Rheumatherapieforschung in unserem Lande einen innovativen Akzent, weil hier derartig geplante klinische Verbundforschungsvorhaben zum ersten Mal in Angriff genommen werden. Um die Planung der Therapiestudien auch von der biometrisch-statistischen Seite her abzusichern, werden von Anfang an biometrische Zentren beteiligt.

Die Förderung von kontrollierten Therapiestudien wurde durch eine öffentliche Bekanntmachung mitgeteilt. Die Planung der ersten Therapiestudien begann im Herbst 1980. Während dieses Planungsprozesses ergab sich die Notwendigkeit zur Standardisierung von Diagnose und Erhebungskriterien. Es wurden zu diesem Zweck Arbeitsgruppen für Sonderthemen gebildet, wie z. B. Diagnosestandards, Pathohistologie, Radiologie, psychosoziale Diagnostik und spezielle Dokumentationsverfahren.

Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppen fließen in die Planung einzelner Studien ein und gewährleisten die Vergleichbarkeit der Ergebnisse über den Rahmen von Einzelstudien hinaus. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen lagen 1982 vor, so daß nunmehr die Planung von Therapiestudien in vollem Umfang aufgenommen werden konnte. Zur Zeit werden sieben große Therapiestudien in der Bundesrepublik Deutschland geplant; bei vier Arbeitsgruppen sind die Planungen soweit abgeschlossen, daß die ausgearbeiteten Therapiestudien beratungsfähig sind.

Zum Zeitpunkt der Berichtsabfassung kann über eine abschließend beratene und auch bewilligte Therapiestudie berichtet werden. Es handelt sich um eine Studie zum Thema „Vergleich zweier Langzeittherapien bei chronischer Polyarthrititis mit Goldsalzen und D-Penicillamin hinsichtlich Wirksamkeit, Auftreten von unerwünschten Wir-

kungen und Indikationen“, die an der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt werden soll. Mit dieser prospektiven, kontrollierten, multizentrischen Studie soll das empirische Wissen über den Einsatz dieser Basistherapeutika bei den verschiedenen Verlaufsformen der chronischen Polyarthritiden erweitert werden.

An dem Programmschwerpunkt „Rheumatherapiestudien“ besteht in der Fachwelt nach wie vor hohes Interesse. Die Rheumatherapieforschung hat jedoch mit spezifischen Problemen zu kämpfen, die bedingt sind durch infrastrukturelle Engpässe einerseits und die Komplexität der Erkrankungsbilder andererseits, die ein interdisziplinäres Zusammenwirken unterschiedlicher Fachdisziplinen erfordern. Bisher wurden schon beachtliche Erfolge in interdisziplinärer Arbeitsweise erzielt, es besteht jedoch nach wie vor ein Engpaß an personeller Forschungskapazität in den Rheumakliniken, die bisher überwiegend in der Regelversorgung der Patienten tätig sind.

Rehabilitation

Ein wichtiger Aspekt der Versorgung von Rheumapatienten ist die Konsensbildung über optimale therapeutische Maßnahmen über den Einzugsbereich einzelner Kliniken hinaus bis zum Wohnort des Patienten.

Die Bundesregierung hat aus diesem Grunde im Rahmen des Programms Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit einen besonderen Schwerpunkt zur „Förderung von Modellvorhaben zur wohnortnahen, kooperativen und kontinuierlichen Versorgung von Rheumakranken“ gebildet, der mit einer öffentlichen Bekanntmachung vom 4. Januar 1983 der interessierten Fachöffentlichkeit mitgeteilt wurde.

Die Resonanz auf diese Bekanntmachung war sehr groß. Etwa 25 Ärzte, Kliniken und Kommunen reichten Antragsentwürfe ein. Daraus wurden zunächst vier Modellregionen ausgewählt, die die unterschiedlichen regionalen Versorgungsstrukturen der Bundesrepublik repräsentieren: Eine Großstadt mit medizinischer Hochschule, die über eine Rheuma-Ambulanz verfügt (Hannover), ein Mittelzentrum mit Fachklinik (Rosenheim/Bad Aibling), ein ländlicher Einzugsbereich mit Schwerpunktkrankenhaus (Emmerich/Niederrhein) sowie ein Flächenstaat mit überwiegend ambulanter Versorgung (Schleswig-Holstein).

Die Modelle unterscheiden sich nicht in den anzubietenden Versorgungsleistungen — die Defizite sind von der Deutschen Rheuma-Liga stets erkannt und auch teilweise durch wissenschaftliche Untersuchungen untermauert —, sondern durch die strukturellen organisatorischen Konzepte zur Einbindung der Patienten in die Versorgung. Die Modelle haben daher einerseits die Aufgabe, die organisatorischen und strukturellen Bedingungen für eine effiziente Patientenbetreuung anhand einer Modellversorgungskette darzu-

legen — als Beispiel sei die Intensivierung der Kooperation zwischen den niedergelassenen Ärzten, Krankengymnasten und der Laienversorgung genannt; andererseits werden sie auch Forschungsbeiträge zu den Problemen der Früherkennung, der Diagnose-, Therapie- und Rehabilitationsstandards sowie der Laienaktivität leisten.

Mit dem Aufbau von Modellversorgungsketten ist die Schulung von medizinischem Personal und von Laien eng verbunden. Im Rahmen der Begleitforschung sind epidemiologische Erhebungen zur Feststellung der genauen Zahl der bereits an Rheuma Erkrankten (Prävalenz) und der Neuerkrankungen pro Jahr (Inzidenz) geplant. Dazu wird ein Erhebungsverfahren entwickelt. Diese Begleitforschung kann als Vorarbeit für eine aussagefähige Statistik über die Häufigkeit der einzelnen Erkrankungen dienen (s. Ziffer 5, 3. Absatz).

Es ist selbstverständlich, daß diese Methoden auch in ihren Effekten gemessen werden müssen. Dazu dienen Instrumente zur Messung der Befindlichkeit, der Funktionsfähigkeit und der Schmerzen der Patienten, die insbesondere dem Aspekt des chronischen Verlaufs der Erkrankung Rechnung tragen müssen. Die Bundesregierung legt Wert darauf, daß insbesondere solche Projekte zum Zuge kommen, die eine durchgängige *ambulante* Versorgung der Rheumakranken gewährleisten. Um die spätere Umsetzung der Modelle zu gewährleisten, ist ein begleitender Ausschuß geplant, zu dem Vertreter der Ärzte, der Kassen und Versicherungen sowie der Deutschen Rheuma-Liga berufen werden.

Für Verbesserungen der *stationären* Versorgung von Rheumakranken besteht die Möglichkeit, im Bereich der Modell- und Schwerpunktförderung nach § 23 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) Finanzhilfen für gezielte Maßnahmen, z. B. zur Beseitigung einer regionalen Unterversorgung, zu gewähren. Da dies nur im Benehmen mit den Bundesländern geschehen kann, hat die Bundesregierung bei der Vergabe dieser Mittel zu berücksichtigen, ob die Förderung bestimmter Projekte im Einklang mit der jeweiligen Krankenhausinvestitionspolitik und Krankenhausbedarfsplanung der Länder steht. Entsprechende Anträge liegen bisher nicht vor (siehe hierzu auch Antwort zu Ziffer 9).

Letztendlich wird eine Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Mittel zur Bekämpfung der Krankheiten des rheumatischen Formenkreises nur durch eine deutliche Verstärkung der klinischen Forschung zu erreichen sein. Die bereits im Bericht der Bundesregierung in Drucksache 8/3625 dargestellten strukturellen Gegebenheiten stellen auch weiterhin eine Beschränkung der verfügbaren Forschungskapazität dar, die allein durch die Bereitstellung von Mitteln nicht behebbar ist. Die Bundesregierung ist bereit, weiterführende Initiativen mit den ihr zu Gebote stehenden Möglichkeiten aktiv zu unterstützen.

4. Der Bundestag fordert die Bundesregierung auf, ihre Bemühungen, Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen auf Verursachung rheumatischer Krankheiten zu überprüfen und über den derzeitigen Umfang hinaus zu verstärken.

Der Bundestag fordert die Bundesregierung auf, dem Problem der Anpassung des Arbeitsplatzes an die besonderen Bedingungen und Erfordernisse von Rheumakranken verstärkt Aufmerksamkeit zuzuwenden. Der Einführung von Teilzeitarbeitsplätzen für Rheumakranke ist erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen. In diesem Sinne appelliert der Bundestag ferner an die Länder und die Gemeinden.

Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sind weit verbreitet und beeinträchtigen oft die Betroffenen auch bei der Arbeit. Die damit einhergehenden Kosten sind erheblich. Die Rolle der Arbeitsbedingungen bei der Entstehung und der Entwicklung der überwiegend degenerativen Erkrankungen ist nicht hinreichend geklärt. Daher werden Forschungen zu dieser Fragestellung an der Universität Hamburg seit 1979 in dem Vorhaben „Arbeitsbedingungen, Gesundheitsverhalten und rheumatische Erkrankungen“ gefördert.

Bei weiblichen Angestellten in Hamburger Behörden wurde die Arbeitssituation erfaßt, das Gesundheitsverhalten erfragt und die rheumatischen Erkrankungen erhoben. Für die untersuchten Frauen scheinen Leistungsdruck und geringer Bewegungsspielraum beträchtliche Risikofaktoren darzustellen. Weitere Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, daß das Verhalten der Betroffenen sowohl von dem Gesundheitszustand als auch von der Arbeitssituation beeinflusst wird. Festgestellt wurde auch ein überraschend hoher Konsum von Schmerz- und Beruhigungsmitteln. Von den Forschern werden zur Vorbeugung und Erleichterung der Therapie arbeitsorganisatorische Veränderungen empfohlen, die zeitliche Dispositionschancen erhöhen und Bewegungsspielräume vergrößern. Dies soll in einer adressaten- und zielgruppenspezifischen Aufbereitung der Forschungsergebnisse in besonderer Weise berücksichtigt werden.

In der vorliegenden Untersuchung konnten wichtige Hinweise auf verhaltens- und arbeitsbedingte Risiken für rheumatische Erkrankungen gewonnen werden. Es war jedoch nicht möglich, die Bedeutung der einzelnen Faktoren für den Krankheitsverlauf auf der Grundlage der verfügbaren Querschnittsdaten hinreichend zu gewichten. Für die Erfassung der Zeitdauer von Wirkungsprozessen zwischen Arbeitsbedingungen, Gesundheitsverhalten und Erkrankungen halten die Forscher Längsschnittuntersuchungen für erforderlich.

Die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und rheumatischer Erkrankung sollen im Hinblick auf verschiedene Stadien des Krankheitsverlaufs unter Berücksichtigung außerbetrieblicher Belastungen in einer zweiten Untersuchung erfaßt werden.

Mit der Bewilligung einer zweiten Projektphase bis einschließlich 1986 wird insbesondere das Ziel ver-

folgt, in die berufliche Praxis umsetzbare Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen zu erarbeiten. Hierbei soll auch insoweit dem Problem der Anpassung der Arbeitsplätze sowie dem der täglichen Arbeitsdauer (Teilzeitarbeitsplätze) Rechnung getragen werden.

Ferner soll untersucht werden, wie sich Veränderungen der Arbeitsbedingungen auf die Kosten in der Krankenversorgung auswirken. Das soll Gegenstand einer Kosten-Nutzen-Analyse der Bekämpfung verschleißbedingter rheumatischer Krankheiten sein.

Ergänzend zu diesen Vorhaben ist eine Forschungsübersicht „Darstellung und Analyse von Forschungsansätzen, Forschungsergebnissen und Vorsorgemaßnahmen bei arbeitsbedingten degenerativen rheumatischen Erkrankungen“ ausgeschrieben worden. Hier soll vor allem der Kenntnisstand zu Zusammenhängen zwischen der Entstehung degenerativer rheumatischer Erkrankungen und bestimmten Arbeitsbedingungen, wie z. B. einseitiger Bewegung, Zwangshaltungen und klimatischen Einflüssen einschließlich Zugluft vertieft werden. Die vorliegenden Forschungsergebnisse sollen auf ihre Stichhaltigkeit und Aussagekraft geprüft und theoretische und methodische Forschungsdefizite herausgearbeitet werden. Dabei werden auch die Erfahrungen von Experten wie Betriebs- und Gewerbeärzten einbezogen.

Die Übersicht dient zur Vorbereitung einer Fachkonferenz, auf der zukünftige Forschungen zu arbeitsbedingten rheumatischen Erkrankungen und möglichen Präventionsmaßnahmen diskutiert werden.

Es ist damit zu rechnen, daß die Fachkonferenz nach Vorlage der Forschungsübersicht durch Frau Professor Dr. Elsner von der Universität Bremen im Frühjahr 1984 vorbereitet werden kann. Weitere Untersuchungen zu Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises könnten anschließend ausgeschrieben werden.

5. Der Bundestag begrüßt es, daß der Deutsche Ärztetag 1980 sich für die Einführung der Teilgebetsbezeichnung „Rheumatologie“ ausgesprochen hat. Er gibt seiner Hoffnung Ausdruck, daß die Landesärztekammern baldmöglichst die Weiterbildungsordnungen entsprechend ändern und die Länder, Kommunen und sonstigen Krankenhausträger die für die Weiterbildung zum Rheumatologen erforderlichen Weiterbildungsstellen baldmöglichst bereitstellen. Der Bundestag appelliert an die Länder und Universitäten, der ärztlichen Ausbildung auf dem Gebiet der rheumatischen Krankheiten in den medizinischen Fakultäten/Fachbereichen größere Beachtung zu schenken. Die Einrichtung von Lehrstühlen auf dem Gebiet der Rheumatologie würde dieser Aufgabe dienlich sein.

In Anbetracht des Mangels an Rheumatologen appelliert der Bundestag an die einschlägigen Förderungseinrichtungen (z. B. Deutscher Akademischer Austauschdienst), die Weiterbildung

von Ärzten auf dem Gebiet der Rheumatologie im Ausland durch die Gewährung von Stipendien zu ermöglichen.

Der Bundestag fordert die Bundesregierung auf, sich dafür einzusetzen, daß in Zusammenarbeit zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Sozialversicherungsträgern eine Klassifikation der rheumatischen Krankheiten eingeführt wird und zur Anwendung kommt, die eine bessere Aussage über die Häufigkeit dieser Krankheiten und die durch sie anfallenden Kosten erlaubt.

Die Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“ für Internisten und Orthopäden ist inzwischen in die Weiterbildungsordnungen aller 12 Landesärztekammern aufgenommen worden.

Ob und ggf. in welchem Umfang sich die Erwartung des Bundestages, daß die Länder, Kommunen und sonstigen Krankenhausträger die für die Weiterbildung zum Rheumatologen erforderlichen Stellen baldmöglichst einrichten werden, bereits erfüllt hat, kann nicht eindeutig beurteilt werden. Über die Anzahl der eingerichteten Weiterbildungsstellen im Teilgebiet „Rheumatologie“ läßt sich keine Aussage machen, da diese nur in einigen Ländern für jedes Fach- und Teilgebiet ausgewiesen werden. In einigen Ländern werden noch Verhandlungen zur Schaffung weiterer Weiterbildungsstellen geführt bzw. sind die Zulassungsverfahren noch nicht abgeschlossen. Auch die Zahl der bislang erteilten Erlaubnisse zur Führung der Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“ läßt gegenwärtig noch keine Aussage über die Entwicklung zu. Nach Auskunft der Bundesärztekammer gab es am 31. Dezember 1982 bereits 112 Internisten und 112 Orthopäden mit der Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“, die diese allerdings zum überwiegenden Teil aufgrund der Übergangsbestimmungen erworben haben. Diese schreiben die Bedingungen vor, nach denen Internisten und Orthopäden, die z. Z. der Einführung dieser Teilgebietsbezeichnung bereits auf dem Gebiet der Rheumatologie tätig waren, unter Anrechnung dieser Zeit die Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“ erwerben können.

Im Hinblick auf die Zunahme der von den einzelnen Landesärztekammern ausgesprochenen Ermächtigungen von Internisten und Orthopäden zur Weiterbildung auf dem Teilgebiet „Rheumatologie“ ist jedoch zu erwarten, daß die Zahl der Ärzte, die auf diesem Teilgebiet tätig werden, nach der durch die Einführung dieses Teilgebiets in die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern bedingten Anlaufzeit jetzt von Jahr zu Jahr steigen wird.

Angesichts des Appells des Deutschen Bundestages an die Länder und Universitäten, der ärztlichen Ausbildung auf dem Gebiet der rheumatischen Krankheiten in den medizinischen Fakultäten/Fachbereichen größere Beachtung zu schenken, hat sich die Bundesregierung bereits im August 1980 an die Kultusministerkonferenz der Länder (KMK), den Wissenschaftsrat und die einschlägigen Gesellschaften und Berufsverbände (Rheumatologen, Internisten, Orthopäden) gewandt und um entspre-

chende Einflußnahme gebeten. Soweit eine Antwort hierauf erfolgte, enthielt sie eine Zusage. Allerdings äußerten sich sowohl die KMK als auch der Wissenschaftsrat hinsichtlich der geforderten Einrichtung von weiteren Lehrstühlen auf dem Gebiet der Rheumatologie zurückhaltend und sprachen sich insoweit für eine verstärkte Kooperation in Lehre und Forschung zwischen den Medizinischen Fakultäten und den Spezialkrankenhäusern aus.

Hinsichtlich des Appells des Deutschen Bundestages an die einschlägigen Förderungseinrichtungen, die Weiterbildung von Ärzten auf dem Gebiet der Rheumatologie im Ausland durch die Gewährung von Stipendien zu ermöglichen, hat sich die Bundesregierung an den Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) gewandt. Zwar war es dem DAAD nicht möglich, ein derartiges Sonderprogramm einzurichten, er hat aber zugesagt, entsprechende Anträge von Ärzten innerhalb seiner regulären Programme zu fördern. Auf diese Möglichkeit ist in der Fachzeitschrift „Rheuma“ (Nr. 4/82, Seite 14) hingewiesen worden, so daß die an einer Weiterbildung auf dem Teilgebiet Rheumatologie an ausländischen Kliniken interessierten Ärzte informiert sind. Es ist bekannt, daß einige Ärzte von dieser Weiterbildungsmöglichkeit inzwischen Gebrauch gemacht haben.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung ist derzeit bemüht, die Informationsarbeit über die Krankheitsarten-Statistik so zu verbessern, daß die Erfassung der Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage getrennt nach Krankheitsarten entsprechend der revidierten ICD (International Classification of Diseases) durchgeführt werden kann. Abgesehen von den Problemen der Diagnoseabgrenzung bei Krankheiten des rheumatischen Formenkreises erfolgt jedoch keine Kostenzuordnung.

Nicht erfaßt werden zudem die nicht mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen ambulanten Behandlungsfälle der Mitglieder, der mitversicherten Angehörigen und Rentner. Insoweit weist auch die Statistik eine erhebliche Lücke bezüglich der Anzahl der Behandlungsfälle bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises auf.

Diskussionen, ob krankheitsbezogene Register zur Lösung dieses Problems beitragen könnten, blieben bisher ohne brauchbares Ergebnis.

6. Der Bundestag fordert die Bundesregierung auf, sich für eine bedarfsgerechte Anpassung der Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften für die nichtärztlichen Heilberufe, insbesondere der Krankengymnasten sowie der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Rheumatologie einzusetzen. Der Bundestag erwartet, daß die Länder in den entsprechenden curricula der Ausbildungsstätten für die oben genannten Personen die rheumatischen Krankheiten einschließlich deren Behandlung in stärkerem Umfang berücksichtigen und die Zahl der Ausbildungsplätze für Krankengymnasten sowie für Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten dem Bedarf entsprechend vermehren.

Einheitliche und verbindliche Lehrpläne (curricula) gibt es weder für die Ausbildung der Krankengymnasten noch für die Ausbildung der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten.

Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankengymnasten vom 7. Dezember 1960 (BGBl. I S. 885), zuletzt geändert durch Verordnung vom 25. Juni 1971 (BGBl. I S. 847), und die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten vom 23. März 1977 (BGBl. I S. 509) legen die Mindestanforderungen an die jeweiligen Ausbildungen fest. Dabei sind bestimmte Stundenzahlen für die theoretische und praktische Ausbildung unter anderem in den Bereichen Anatomie, Orthopädie, Innere Medizin und Chirurgie festgelegt, in denen Rheuma eine Rolle spielt. Im Rahmen der in den genannten Rechtsverordnungen vorgegebenen Lehrfächer für den theoretischen und praktischen Unterricht und Gegenstände der praktischen Ausbildung werden die rheumatischen Krankheiten einschließlich ihrer Behandlung erfaßt. Eine bestimmte Gewichtung einzelner Fächer erfolgt durch die vorgeschriebenen Stundenzahlen. Da es sich hierbei um Mindestanforderungen handelt und auch die Lehrinhalte nicht festgelegt sind, ist der einzelne Dozent in seiner Unterrichtsgestaltung frei sowohl in der weiteren Schwerpunktbildung der Fächer untereinander als auch in der Berücksichtigung bestimmter Inhalte, wie z. B. Rheuma.

Nach übereinstimmender Auffassung der obersten Landesgesundheitsbehörden, denen die Durchführung der Ausbildungs- und Prüfungsordnungen obliegt, sind die rheumatischen Elemente der Ausbildung hinreichend berücksichtigt. Ein Mehr davon müßte zu Lasten anderer, ebenso wichtiger Ausbildungsinhalte gehen. Rheuma als eigenständiges Fach in die Kataloge der Lehrfächer für die genannten Berufe aufzunehmen, muß wegen der fächerübergreifenden Inhalte dieses Teilbereiches außer Betracht bleiben.

Die Zahl der Ausbildungsplätze für Krankengymnasten und für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten hat sich seit 1980 deutlich erhöht.

Nach der amtlichen Statistik (Berufliches Schulwesen 1980, Fachserie 11, Reihe 2 des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden) gab es Ende 1980

für Krankengymnasten
insgesamt 45 Lehranstalten mit 3 497 Schülern,

für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten
insgesamt 16 Schulen mit 1 017 Schülern.

Die gleiche Statistik weist per 31. Dezember 1981 bereits einen Zuwachs an Ausbildungseinrichtungen aus:

für Krankengymnasten
insgesamt 49 Lehranstalten mit 3 896 Schülern,

für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten
insgesamt 20 Schulen mit 1 395 Schülern.

Neuere statistische Zahlen liegen nicht vor. Aus den Angaben der Länder und Veröffentlichungen der Berufsverbände geht jedoch hervor, daß Mitte 1983

für Krankengymnasten
insgesamt 60 Lehranstalten,

für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten
insgesamt 26 Schulen

als zur Ausbildung geeignet staatlich anerkannt waren. Damit hat sich die Zahl der Ausbildungsplätze entsprechend erhöht.

Die Tendenz ist steigend, d. h. es ist in einigen Ländern mit der Anerkennung weiterer Schulen und steigender Ausbildungsplatzkapazität zu rechnen. Im Rahmen des in der Beratung befindlichen Haushaltsbegleitgesetzes 1984 ist vom Deutschen Bundestag vorgesehen, die Finanzierung von Ausbildungsstätten, die notwendigerweise mit Krankenhaus verbunden sind, neu zu regeln.

7. Der Bundestag bittet die Bundesregierung, die Träger der Sozialversicherung dazu zu veranlassen, die Vorschriften des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation voll anzuwenden, damit in der Versorgung der Rheumakranken keine Lücken auftreten. Eine verstärkte Zusammenarbeit der Träger der Sozialversicherung ist anzustreben.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) am 18. September 1980 auf den Beschluß des Deutschen Bundestages zum Bericht der Bundesregierung über Maßnahmen zur Rheumabekämpfung, insbesondere auf die Nummern 7 bis 10 der Beschlußempfehlung, aufmerksam gemacht und um Beachtung sowie um Mitteilung gebeten, wie hierauf von seiten der Rentenversicherungsträger reagiert worden ist. Wie aus der Antwort des VDR hervorgeht, können die Angaben über Zuständigkeitsschwierigkeiten zwischen den Krankenversicherungsträgern und Rentenversicherungsträgern bei der Versorgung von Rheumakranken (s. Bericht der Bundesregierung über Maßnahmen zur Rheumabekämpfung — Drucksache 8/3625 vom 30. Januar 1980, Seite 17) aus der Sicht des Verbandes nicht bestätigt werden. Es wird allerdings eingeräumt, daß ein den gesamten Lebensbereich des Erkrankten abdeckendes Behandlungskonzept noch nicht in allen Punkten verwirklicht worden ist. Die Mängel in der Betreuung liegen jedoch nach Ansicht der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherung nicht in einem fehlenden oder unkoordinierten Zusammenwirken der Träger der Krankenversicherung und der Rentenversicherung, sondern sind im wesentlichen in der Tatsache begründet, daß insbesondere im ambulanten Bereich noch nicht in ausreichendem Maße Behandlungsplätze zur Verfügung stehen.

Im stationären Bereich stellt das seit einigen Jahren zwischen den Trägern der Kranken- oder Ren-

tenversicherung vereinbarte Verfahren zur Einleitung von Anschlußheilbehandlungen ein nahtloses und zügiges Ineingreifen der Behandlung im Akutkrankenhaus und der rehabilitativen Maßnahmen in einer für diese Aufgabenstellung speziell eingerichteten medizinischen Rehabilitationseinrichtung sicher. Dadurch wird die Rehabilitationsphase optimal genutzt und verkürzt. Die Anschlußheilbehandlung wird vom Krankenhausarzt auf einem einheitlichen Formular (kurzer Befundbericht) angeregt; die Einweisung in eine Rehabilitationsklinik erfolgt zum frühestmöglichen Zeitpunkt über ein besonderes Schnellverfahren des Rentenversicherungsträgers. Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen Kranken- und Rentenversicherungsträger sind dem VDR in diesem Zusammenhang nicht bekannt geworden; das Verfahren hat sich nach Auskunft von Fachleuten vielmehr in allen Bereichen bewährt.

Da jedoch der ambulanten Langzeitbehandlung am Wohnort gerade bei Rheumakranken eine besondere Bedeutung zukommt, hat der VDR Überlegungen für eine Verbesserung auch der ambulanten Betreuung angestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Rentenversicherungsträger grundsätzlich nur stationäre Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation gewähren. Sie können daher die ambulante Versorgung mit Hilfsmitteln und die Durchführung physikalischer Therapie am Wohnort in der Regel nicht übernehmen, da in unserem gegliederten System der Sozialversicherung die ambulante Behandlung von Krankheiten durch die kassenärztliche Versorgung (niedergelassene Ärzteschaft) sichergestellt wird.

In Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Krankenversicherung und mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat der VDR schließlich ein Konzept zur Förderung von ambulanten Übungsbehandlungen in Rheumagruppen entwickelt, das demnächst in den Fachgremien des VDR abschließend beraten werden wird. Auch in den Gremien der Spitzenverbände der Krankenversicherung sollen die Beratungen über die gemeinsam erarbeiteten Empfehlungen noch bis zum Jahresende abgeschlossen werden. Im Vordergrund der Übungsbehandlungen stehen das Funktionstraining und die ergotherapeutischen Angebote. Auch den Auswirkungen der Gruppenarbeit im psychosozialen und gesundheitspädagogischen Bereich kommt eine wesentliche Bedeutung zu.

8. Der Bundestag bittet die Träger der Sozialversicherung, bei der Gewährung von Leistungen die für Rheumakranke notwendige Langzeitbehandlung (insbesondere die physikalische Behandlung) besser als bisher zu berücksichtigen. Die aktiven Bewegungsübungen für Rheumakranke in Gruppen sollten in verstärktem Umfang eingeführt und die Kosten von den Krankenkassen übernommen werden.

Die Frage der Langzeitbehandlung konnte nach Mitteilung des VDR noch nicht endgültig abgeklärt

werden. Sie wird von den Kostenträgern noch weiter untersucht.

Im Rahmen ihrer Aktivitäten zur Betreuung von Rheumakranken fördern die Kranken- und Rentenversicherungsträger als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation die Teilnahme an „Rheumatherapiegruppen“, wenn dies erforderlich ist, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern. Eine Projektgruppe der Spitzenverbände der Krankenversicherungs- und Rentenversicherungsträger erarbeitet z. Z. „Empfehlungen zur Förderung von Übungsbehandlungen in Rheumagruppen“.

Nach dem Entwurf der „Empfehlungen zur Förderung von Übungsbehandlungen in Rheumagruppen“ ist vorgesehen, daß die Rentenversicherung — in Anlehnung an die Gesamtvereinbarung über den ambulanten Behindertensport — die Gruppentherapie in unmittelbarem Anschluß an eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten gewährt, wenn bereits während dieser Maßnahme die Notwendigkeit der Übungsbehandlung von dem Arzt der Rentenversicherung festgestellt worden ist. Im übrigen werden die Kosten für die ambulante Gruppentherapie von den Krankenkassen übernommen. Dabei ist allerdings darauf hinzuweisen, daß sowohl die Krankenkassen als auch die Rentenversicherungsträger die „Rheuma-Therapiegruppen“ nur fördern, indem sie sich an den Aufwendungen durch Zahlung von Pauscheträgen beteiligen; eine volle Kostenübernahme ist nicht vorgesehen. Im übrigen wird auf Ziffer 7 Bezug genommen.

Die Gruppentherapie umfaßt trocken- und wassergymnastische Übungen, die als Gruppenbehandlung im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Die Gruppen sollen in der Regel aus 10 bis 15 Personen bestehen. Für die Bildung der Gruppen kommen insbesondere die örtlichen Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Rheuma-Liga e. V. in Betracht. Die Gruppentherapie soll unter Leitung von qualifizierten Übungsleitern (Krankengymnastinnen/gymnasten oder Gymnastiklehrer/innen) mit speziellen Erfahrungen und einer Zusatzausbildung für krankengymnastische Übungen mit Rheumakranken durchgeführt werden.

Soweit die Gruppentherapie durch die Krankenkasse zu finanzieren ist, ist sie durch einen Kassenarzt zu verordnen. Grundsätzlich gilt die Verordnung für den vom Kassenarzt für erforderlich gehaltenen Zeitraum, zunächst für sechs Monate. Die Gruppentherapie kann wiederholt verordnet werden, sofern sie im Rahmen einer Langzeitbehandlung zur Erreichung oder Sicherung des Rehabilitationszieles erforderlich ist. Die Hilfsangebote im Rahmen der Rheumagruppen sollen zugleich die Verantwortlichkeit des Rheumakranken für sein Schicksal stärken und ihm Motivation und Anleitung geben für das erforderliche und seinem Krankheitszustand angemessene Bewegungstraining.

9. Die Bundesregierung wird ersucht, im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, ggf. durch eine Erhöhung der vorgesehenen Finanzmittel, verstärkte Hilfen und Anreize für die Länder zu geben, durch Umstellung und Ausbau geeigneter Krankenhäuser Behandlungszentren für Rheumakranke zu schaffen, die eine optimale medizinische Versorgung der Rheumakranken ermöglichen, Möglichkeiten für die Aus- und Weiterbildung von Rheumatologen bieten und zu einer flächendeckenden Versorgung einschließlich der ambulanten Behandlung beitragen. Dabei sollen nach Möglichkeit einheitliche Kriterien für eine finanzielle Förderung erarbeitet und von allen Ländern zugrunde gelegt werden.

Der Ausbau stationärer Behandlungszentren für Rheumakranke — sei es in Form von Neubauten oder Umstellung bestehender Krankenhäuser — ist eine Frage der Krankenhausbedarfsplanung. Hierfür sind die Bundesländer zuständig.

Durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22. Dezember 1981 wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in wesentlichen Punkten verbessert. Hierunter fällt insbesondere auch die Änderung des § 8 Abs. 2 KHG — Verbesserungen des Härteausgleichs bei Bettenabbau, Stilllegung oder Umstellung. Hiernach können öffentliche Fördermittel verstärkt auch für Umstellungen von allgemeinen Krankenhäusern, die nicht mehr bedarfsgerecht sind, in Spezialeinrichtungen verwendet werden. Damit hat der Bund die gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine stärkere Förderung von Spezialeinrichtungen, die bedarfsnotwendig sind, geschaffen. Ob ein zusätzlicher Bedarf an stationären Spezialeinrichtungen für Rheumakranke gesehen wird, obliegt in erster Linie den für die Bedarfsplanung zuständigen Ländern. Diese haben im Rahmen der Beratungen der Arbeitsgruppe für Bedarfsplanungsfragen des Bund-Länder-Ausschusses nach § 7 Abs. 1 KHG einen zusätzlichen Bedarf bisher nicht geltend gemacht. Auf der Sitzung der Arbeitsgruppe am 23. November 1982 wurde ein Diskussionsbedarf über Fragen der Versorgungslage und des Bedarfs an Betten für Rheumakranke ausdrücklich verneint.

Das Aktionsprogramm der Bundesregierung „Rehabilitation in den 80er Jahren“ sieht im Bereich der medizinischen Rehabilitation vor, das Angebot an Rehabilitationskrankenhäusern bzw. -Abteilungen sowie an Spezialeinrichtungen für besondere Behindertengruppen zu verbessern.

Die Hessing-Stiftung in Augsburg beabsichtigt, eine Einrichtung der medizinischen Rehabilitation für Rheumakranke an der I. Orthopädischen Klinik zu schaffen. Die Rehabilitationseinheit wird eine Bettenstation (ca. 40 Betten), Ergotherapie, Krankengymnastik sowie Untersuchungs- und Behandlungsräume enthalten. Die Investitionskosten werden ca. 8,5 Mio. DM betragen. An den Finanzierungskosten werden sich neben dem Träger das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung und der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Haushaltstitel „Darlehen und Zuschüsse zur Errichtung, Erweiterung, Ausstattung

und Modernisierung von Einrichtungen der beruflichen und medizinischen Rehabilitation“) beteiligen. Mit dem Baubeginn ist 1984 zu rechnen.

10. Der Bundestag appelliert an die Länder, Kommunen und Träger der Sozialversicherung, die Arbeit der Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga e.V. und ihrer Arbeitsgemeinschaften entsprechend ihrer großen Bedeutung, insbesondere für die psycho-soziale Betreuung der Rheumakranken, zu unterstützen.

Mit Schreiben vom 4. August 1980 hat sich der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit an die obersten Landesgesundheitsbehörden gewandt und um finanzielle Unterstützung der Arbeit der Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga gebeten. Gleichartige Appelle richtete der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wiederholt an die Träger der Sozialversicherung. Aufgrund dieser und der eigenen Bemühungen der Deutschen Rheuma-Liga selbst sind die Fördermittel der Länder und der Sozialversicherungsträger für die Landesverbände von rd. 500 000 DM im Jahre 1980 auf 1 412 500 DM im Jahre 1983 angestiegen. In der gleichen Zeit hat die Bundesregierung ihren jährlichen Zuschuß an den Bundesverband von 120 000 DM auf jetzt 155 000 DM erhöht. Auf dieser finanziellen Grundlage haben sich die Aktivitäten der Deutschen Rheuma-Liga im gesamten Bundesgebiet wesentlich verstärkt, was insbesondere in der steigenden Zahl der Mitglieder und der örtlichen Beratungsstellen und Arbeitsgemeinschaften zum Ausdruck kommt.

Der Mitgliederstand der Deutschen Rheuma-Liga hat sich wie folgt entwickelt:

Anfang 1980:	9 617	1981:	13 413	1982:	22 240
1. Juli 1983:	37 580				

(Ab 1982 sind die Mitglieder der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew mitgezählt; es waren 1982 rund 3 000 und 1983 rund 4 500.)

In der gleichen Zeit hat sich die Zahl der örtlichen Arbeitsgemeinschaften und Beratungsstellen in den Landesverbänden der Deutschen Rheuma-Liga ebenfalls vervierfacht:

Anfang 1980:	95	1981:	152	1982:	261
1983:	362				

Hinzu kommen örtliche Therapiegruppen der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew in 87 größeren Städten (1. Juli 1983).

In den Jahren 1980 bis 1983 wurde die Deutsche Rheuma-Liga zusätzlich mit 122 000 DM aus den Mitteln der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, einer nachgeordneten Behörde des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit gefördert.

Damit wurden folgende Aufklärungsschriften hergestellt:

1. 40 000 Broschüren „Merkblätter zur Rheuma-Prophylaxe“.

2. Je 50 000 „Bewegungsübungen für Patienten mit rheumatischen Erkrankungen“ (Teil I und II).
3. 33 verschiedene Merkblätter mit je 25 000 Auflagen.

Für 1984 ist eine Förderung folgender Vorhaben in Höhe von 50 000 DM vorgesehen:

Bearbeitung und Neuauflage der „Bewegungsübungen“,
Nachdrucke der Broschüre „Merkblätter zur Rheumaphylaxe“,
Informationen über Gelenkschutz.

Zusammenfassung

Die Adressaten der in den Ziffern 3 bis 10 der Drucksache 8/4298 zum Ausdruck gebrachten Vorstellungen des Deutschen Bundestages über eine Verbesserung der Maßnahmen zur Rheumabekämpfung in der Bundesrepublik Deutschland sind neben der Bundesregierung insbesondere die Länder, die Kommunen und die Sozialversicherungsträger, aber auch die medizinischen Fakultäten/Fachbereiche, die Krankenhausträger und die Konferenz der Kultusminister der Länder. Soweit es sich um Forderungen handelt, die der Deutsche Bundestag an Maßnahmen stellt, für deren Durchführung die Bundesregierung allein zuständig ist (s. Ziffern 3 und 4), läßt sich sagen, daß diese entweder bereits konkret umgesetzt oder — wo das noch

nicht möglich war — wenigstens eingeleitet werden konnten. Soweit dabei allerdings Dritte für die Ein- und Durchführung einer Maßnahme letztlich zuständig sind, z. B. die Sozialversicherungsträger für die geforderte Verbesserung der Statistik der rheumatischen Krankheiten (s. Ziffer 5 Abs. 3), so ist festzustellen, daß entsprechende Maßnahmen zwar eingeleitet worden sind, ihr Vollzug aber wohl noch Jahre beanspruchen wird. Ähnliches trifft für die Einrichtung von Behandlungszentren für Rheumakranke (Ziffer 9) zu, die ein Aktivwerden der Länder voraussetzt. Soweit es sich bei den Äußerungen des Deutschen Bundestages um Appelle handelt, die sich unmittelbar an Dritte wenden, war ihnen ein unterschiedlicher Erfolg beschieden. Während die Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“ für Internisten und Orthopäden inzwischen in die Weiterbildungsordnung aller zwölf Landesärztekammern aufgenommen wurde, ist die Frage, ob eine ausreichende Zahl von Stellen für die Weiterbildung zum Rheumatologen tatsächlich bereitgestellt wurde, noch nicht abschließend zu beantworten, und die Bitte des Deutschen Bundestages, zusätzliche Lehrstühle auf dem Gebiet der Rheumatologie einzurichten (s. Ziffer 5 Abs. 1), auf Zurückhaltung gestoßen. Andererseits konnte die Zahl der Ausbildungsplätze für Krankengymnasten sowie für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (s. Ziffer 6) erfreulicherweise vermehrt werden.

Beachtlich ist auch die Unterstützung, die die Länder und insbesondere auch die Sozialversicherungsträger der Deutschen Rheuma-Liga zukommen lassen (s. Ziffer 10), was mit dazu beigetragen hat, daß sich die Zahl der Arbeitsgemeinschaften dieser Laienorganisation — wie auch die der Mitglieder — in vier Jahren vervierfacht hat.

