

*Aktueller Stand, Ziele und
Qualitätsstandards der ambulanten
Versorgung in der Rheumatologie:
Positionspapier des Berufsverbandes der
deutschen Rheumatologen (BDRh)*

**C. Fiehn, X. Baraliakos, E. Edelmann,
S. Froschauer, E. Feist, K. Karberg,
J. M. Ruehlmann, F. Schuch, M. Welcker
& S. Zinke**

Zeitschrift für Rheumatologie

ISSN 0340-1855

Volume 79

Number 8

Z Rheumatol (2020) 79:770-779

DOI 10.1007/s00393-020-00872-6

Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Z Rheumatol 2020 · 79:770–779

<https://doi.org/10.1007/s00393-020-00872-6>

Angenommen: 11. August 2020

Online publiziert: 14. September 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Redaktion

U. Müller-Ladner, Bad Nauheim

U. Lange, Bad Nauheim

**C. Fiehn¹ · X. Baraliakos² · E. Edelmann³ · S. Froschauer⁴ · E. Feist⁵ · K. Karberg⁶ · J. M. Ruehlmann⁷ · F. Schuch⁸ · M. Welcker⁹ · S. Zinke¹⁰**¹ Rheumatologie Baden-Baden GbR, Tätigkeitsschwerpunkt Klinische Immunologie, Medical Center Baden-Baden, Baden-Baden, Deutschland² Rheumazentrum Ruhrgebiet Herne, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland³ Rheumazentrum Bad Aibling-Erding, Bad Aibling, Deutschland⁴ Berufsverband Deutscher Rheumatologen e. V., Grünwald, Deutschland⁵ Rheumatologie, Helios Fachklinik Vogelsang-Gommern, Vogelsang-Gommern, Deutschland⁶ Praxis für Rheumatologie und Innere Medizin, Berlin, Deutschland⁷ Praxis für Kinderheilkunde und Kinderrheumatologie, Göttingen, Deutschland⁸ Rheumatologische Schwerpunktpraxis, Erlangen, Deutschland⁹ MVZ für Rheumatologie, Planegg, Deutschland¹⁰ Rheumatologische Schwerpunktpraxis, Berlin, Deutschland

Aktueller Stand, Ziele und Qualitätsstandards der ambulanten Versorgung in der Rheumatologie: Positionspapier des Berufsverbandes der deutschen Rheumatologen (BDRh)

Einleitung

Im Jahr 2017 hat die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) als wissenschaftliche Fachgesellschaft in einem Memorandum zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie eine Definition der Aufgaben der internistischen Rheumatologie sowie Anhaltswerte für den Bedarf von Ärztinnen und Ärzten in der rheumatologischen Versorgung formuliert [1]. Diese berücksichtigten den ambulanten, akutstationären sowie rehabilitativen Sektor. Der Berufsverband Deutscher Rheumatologen e. V. (BDRh) ist die Interessenvertretung der Rheuma-

tologen, und zwar in Abstimmung und Abgrenzung zum Verband der rheumatologischen Akutkliniken (VRA) und der DGRh mit einem Fokus auf die ambulant tätigen und hier v. a. die niedergelassenen Rheumatologen sowie Kinder- und Jugendrheumatologen.

Satzungsgemäß unterstützt der BDRh diese in der Erfüllung ihrer ärztlichen Aufgaben und hat sich die Verbesserung der Versorgung der Menschen mit rheumatischen Erkrankungen in Deutschland zum Ziel gesetzt [2]. In dieser Funktion wurden in den letzten Jahren vom BDRh wesentliche Projekte und Initiativen mitgestaltet, welche in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern, der DGRh, den Patientenverbänden und der Politik dazu beitragen, die Erkenntnisse und Fortschritte der modernen Medizin in eine verbesserte Versorgung für Patienten mit rheumatischen Erkrankungen zu

verwandeln. Die folgende Arbeit hat zum Inhalt, die Ziele der aktuellen ambulanten Versorgung in der Rheumatologie zu beschreiben und eine Standortbestimmung der versorgungs- und qualitätszentrierten Initiativen im ambulanten Sektor der Rheumatologie vorzunehmen. Notwendige Qualitätsstandards von ambulanten rheumatologischen Strukturen, die eine moderne und leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen garantieren, werden beschrieben. Aktuelle Entwicklungen, welche diese Ziele fördern oder aber gefährden, sollen aufgezeigt werden.

Status quo ambulant tätiger internistischer Rheumatologen/innen

Die internistischen Rheumatologen haben ihren Schwerpunkt in der Abklärung

Anmerkung: Das Manuskript wurde allen Mitgliedern des BDRh für 3 Wochen zur Kommentierung zur Verfügung gestellt. Die eingegangenen Kommentare können auf Wunsch bei Fr. Sonja Froschauer (sonja.froschauer@bdrh-service.de) angefordert werden.

und Behandlung entzündlich rheumatischer Systemerkrankungen, wie z. B. der rheumatoiden Arthritis (RA), den Spondyloarthritiden, Kollagenosen und Vaskulitiden, Kristallarthropathien, und autoinflammatorischen Syndromen [1]. Die klinische Immunologie und spezialisierte innere Medizin stehen daher im Mittelpunkt der Tätigkeit und Kompetenz des Rheumatologen. Fundierte Kenntnisse der Differenzialdiagnose der Beschwerden des Bewegungssystems, der rehabilitativen und physikalischen Medizin sowie der Überlappungsgebiete zur Orthopädie sind jedoch darüber hinaus wichtig. Rheumatologen sind konsiliarisch tätig und beraten Organ-disziplinen wie die sonstigen Fächer der Inneren Medizin, Augenheilkunde, Neurologie, Dermatologie u. v. m. in der Differenzialdiagnose von meist seltenen Systemerkrankungen und unterstützen bei immunsuppressiven Therapiestrategien. Als Fach der „sprechenden Medizin“ betreuen Rheumatologen chronisch kranke Patienten in der Regel über lange Zeiträume. Psychosoziale und sozialmedizinische Kompetenz ist daher in der Rheumatologie eine wichtige Voraussetzung.

In Deutschland waren zum Stand 31.12.2019 insgesamt 812 ambulant tätige internistische Rheumatologen registriert. Diese bestehen aus 650 ambulant fachärztlich tätigen Rheumatologen (Quelle: Bundesarztregister, mit freundlicher Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin). Von diesen waren je 370 als Vertragsarzt in Niederlassung, 4 Partnerärzte, 95 Ermächtigte, 134 Angestellte in medizinischen Versorgungszentren und 47 Angestellte in freier Praxis. Hinzu kommen außerdem noch 162 hausärztlich tätige Rheumatologen [3].

Die Zahl von 812 ambulant tätigen Rheumatologen zeigt eine leichte Zunahme zu den im Memorandum der DGRh von 2016 erfassten 776 ambulant tätigen Rheumatologen [1]. Sie bleibt aber immer noch deutlich hinter dem darin für Deutschland berechneten Bedarf von 1350 Rheumatologen zurück [1]. Es muss dabei auch miteinberechnet werden, dass eine Vielzahl der Stellen, und bei den ermächtigten Ärzten sogar regelhaft, nicht

in Vollzeit ausgeübt wird. Auf der anderen Seite werden ärztliche Mitarbeiter in Hochschulambulanzen sowie § 116- oder ASV-Ambulanzen, welche ebenfalls für die ambulante rheumatologische Versorgung tätig sein können, nicht erfasst. Es bleibt daher eine gewisse Unschärfe.

Es waren 321 Weiterbildungsstellen für internistische Rheumatologie am 30.03.2020 bei den Ärztekammern in Deutschland gemeldet. Diese Zahl unterscheidet sich zwischen den Bundesländern sehr stark. Am höchsten war sie in Bayern mit 66 Weiterbildungsberechtigten und am niedrigsten im Saarland mit einem.

Im Jahr 2018 wurde in Deutschland 50-mal die Schwerpunkt- oder Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie erworben [4], davon waren 31 Ärztinnen (62%). Die Vergleichszahlen 2016 bzw. 2017 lagen bei 44 bzw. 40 neuen Schwerpunkt- oder Teilgebietsbezeichnungen, und jeweils nur 20 bzw. 22 (45 bzw. 55%) gingen an Ärztinnen. In den letzten Jahren hat sich der Anteil der Ärz-

tinnen, welche die Schwerpunkt- bzw. Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie erwerben, also stetig vergrößert. Die Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigen, dass ca. ein Drittel der niedergelassenen rheumatologisch tätigen Ärzte 60 Jahre oder älter ist [3]. In absehbarer Zeit wird also eine relativ große Anzahl niedergelassener Rheumatologen in den Ruhestand gehen und Nachfolger suchen. Dies werden häufiger als früher Ärztinnen sein.

Förderung des rheumatologischen Nachwuchses

Es ist nicht bekannt, welcher Anteil der neu zu Rheumatologen weitergebildeten Ärztinnen und Ärzte in Zukunft in der ambulanten Versorgung tätig wird. Bei einer Befragung in den Bundesländern Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen waren von 37 in den letzten 10 Jahren in diesen Bundesländern zu internistischen Rheumatologen weitergebildeten Ärzten nur 18 (49%) in die Niederlas-

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Zusammenfassung · Abstract

sung gegangen [5]. Rechnet man den größer werdenden Anteil an Ärztinnen in der Rheumatologie und der aus Gründen der Familiengründung dadurch bedingten mutmaßlich niedrigeren Tätigkeitsquote, so ist zu befürchten, dass angesichts der oben geschilderten Altersstruktur die derzeitige Rate an Weiterbildung nicht ausreicht, um den zukünftigen Bedarf an Rheumatologen zu decken. Eine deutliche Erhöhung der Facharztanerkennungen für Rheumatologie pro Jahr zu erreichen ist daher ein wichtiges Ziel. Befragungen unter Ärzten in der Weiterbildung zeigen teilweise noch Defizite und Unzufriedenheit der Assistenten mit der Struktur der Weiterbildung, v. a. mit der praktischen Ausbildung [6]. So gaben ca. 80 % der Befragten an, kein regelmäßiges Mentoring, und ca. 20 % der Befragten, keine oder nur sehr seltene Praxis im muskuloskeletalen Ultraschall zu haben. Circa 50 % haben eine Struktur der Weiterbildung vermisst.

Derzeit sind auch die Bedingungen für Ärztinnen mit einem oder mehreren Kindern nicht gut geeignet, die komplette Weiterbildung in Teilzeit in zumutbarer Zeit zu absolvieren. Es muss daher an einer Verbesserung der Qualität und Attraktivität der Weiterbildung sowie Förderprogrammen und Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte mit Familien gearbeitet werden. Die Weiterbildung sollte besser strukturiert und mit einem umfassenden und verbindlichen Curriculum ausgestattet werden.

Die Weiterbildungskapazitäten in der Rheumatologie sind derzeit überwiegend in akutstationären rheumatologischen Einrichtungen angesiedelt. Um Weiterbildungsstellen zu erhalten, ist es für die Zukunft nötig, nicht nur die Struktur der akutstationären Einrichtungen in der Rheumatologie zu erhalten und zu stärken, sondern gleichzeitig auch die Weiterbildung in den rheumatologischen Schwerpunktpraxen zu fördern.

Im Mai 2018 wurde in Erfurt vom Deutschen Ärztetag die Gesamtnovelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) beschlossen. Diese wurde und wird inzwischen in den einzelnen Landesärztekammern umgesetzt. Der BDRh setzt sich dafür ein, dass die vom Gesetzgeber in § 75a im SGB V mögliche

Z Rheumatol 2020 · 79:770–779 <https://doi.org/10.1007/s00393-020-00872-6>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

C. Fiehn · X. Baraliakos · E. Edelmann · S. Froschauer · E. Feist · K. Karberg · J. M. Ruehlmann · F. Schuch · M. Welcker · S. Zinke

Aktueller Stand, Ziele und Qualitätsstandards der ambulanten Versorgung in der Rheumatologie: Positionspapier des Berufsverbandes der deutschen Rheumatologen (BDRh)

Zusammenfassung

Auch im Zeitalter moderner Leitlinien ist die Behandlung rheumatischer Erkrankungen nur so gut wie die rheumatologische Versorgung, in deren Rahmen die Behandlung erfolgt. Der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Medizin für alle Patienten entscheidet daher wesentlich über die Prognose der Patienten. Die vorliegende Arbeit beschreibt den aktuellen Stand der ambulanten Versorgung in der Rheumatologie und zeigt auf, welche Qualitätsprojekte, wie z. B. Versorgungsverträge, ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV), Digitalisierung, Ausbildung zur rheumatologischen Fachassistentin (RFA) u. a., geschaffen wurden, um die Versorgung unserer Patienten zu sichern. Darüber hinaus definiert sie Standards, welche in ambulanten rheumatologischen Einheiten eine zeitge-

mäße und leitliniengerechte Behandlung sicherstellen können. Als Leitbild ist sie ein Bekenntnis des BDRh zur Versorgungssicherheit aller rheumatologischer Patienten durch Früh- bzw. Notfallsprechstunden, Treat-to-Target, angemessener Delegation ärztlicher Leistungen und Verbreiterung der Versorgung, also einer Sicherung der Qualität und umfassenden Versorgung in der Rheumatologie. Auch auf das wichtige Thema der Sicherung des rheumatologischen Nachwuchses, welches dafür unabdingbar ist, wird eingegangen.

Schlüsselwörter

Früharthritis-Sprechstunde · Treat to Target · Qualitätssicherung · Versorgungsprojekte · Delegation

Current state, goals and quality standards of outpatient care in rheumatology: position paper of the Professional Association of German Rheumatologists (BDRh)

Abstract

Even in the era of modern guidelines, the treatment of rheumatic diseases is only as good as the framework of rheumatological care within which the treatment is carried out. The access to high-quality medical treatment for all patients is therefore essentially decisive for the prognosis of the patients. This article describes the current state of outpatient treatment in rheumatology and demonstrates which quality projects, such as treatment contracts, outpatient specialized medical treatment (ASV), digitalization and training as specialized rheumatological assistant (RFA), have been created in order to ensure the treatment of our patients. Furthermore, standards are defined that can guarantee a contemporary and guideline-conform

treatment in outpatient rheumatological units. As an example it is an affirmation of the Professional Association of German Rheumatologists (BDRh) for ensuring optimal care for all rheumatology patients through early or emergency rheumatology clinics, treat to target, appropriate delegation of medical duties and diversification of treatment, thus an assurance of the quality and comprehensive treatment in rheumatology. The important topic of safeguarding the next generation of rheumatologists, which is indispensable for this, is also discussed.

Keywords

Early arthritis clinic · Treat to target · Quality control · Care projects · Delegation

finanzielle Förderung der ambulanten Weiterbildung umgesetzt werden kann. Dies erfordert die Möglichkeit, 2 Jahre ambulante Weiterbildung im Schwerpunkt zu erlauben. Gleichzeitig ist aber auch mindestens 1 Jahr in der stationären Weiterbildung zwingend notwendig, um auch alle komplexen und seltenen Er-

krankungsbilder sowie die schweren Verläufe in ausreichender Zahl kennenzulernen.

Kenntnisse und Fähigkeiten in der Rheumatologie sollten schon im Medizinstudium eine wichtigere Rolle spielen und ausführlicher gelehrt werden. Dafür sind rheumatologische Lehrstühle

Tab. 1 Strukturierte Weiterbildung medizinischen Fachpersonals der rheumatologischen Fortbildungsakademie unter Mitarbeit des BDRh. Außerdem regelmäßig Refresher- und UpDate-Kurse, Kurs „Rheumatologie zum Kennenlernen“ sowie „Aufbaukurs und interaktiver Workshop – praktische Rheumatologie in Klinik und Praxis“ (bis 2018)

	Jahr	Bisherige Teilnehmer (Stand 3/20)	Umfang	Merkmale
Rheumatologische Fachassistenz Grundkurs	Seit 2006	1632	4 Wochenenden	Einführung in theoretische und praktische Grundlagen der Rheumatologie, Erlernen von rheumatologischen Assessments
Rheumatologische Fachassistenz plus	Seit 2019	19	3 Wochenenden	Interaktives Erlernen praktischer Fähigkeiten

und eigenständige Sektionen bzw. Abteilungen notwendig, welche an jeder deutschen medizinischen Fakultät vorhanden sein sollten. Dies ist nicht nur wichtig, um zukünftige Ärzte für die Rheumatologie zu begeistern, sondern auch, um jedem zukünftigen Arzt die Befähigung mitzugeben, rheumatische Erkrankungen besser zu erkennen und die Patienten gezielter überweisen zu können. Dies hilft den Rheumatologen, ihre Kapazitäten gezielter und für die richtigen Patienten einzusetzen. Im Studium sind Famulaturen, die Ableistung des praktischen Jahres sowie Promotionsarbeiten in der Rheumatologie zu fördern. Das Studentenprogramm der DGRh sowie ein derzeit im Aufbau befindliches Famulaturprogramm sind hierfür Modellprojekte. Darüber hinaus sollte es rheumatologischen Akutkrankenhäusern ermöglicht werden, unabhängig von der Anzahl anderer Fachrichtungen am selben Krankenhaus den Status eines akademischen Lehrkrankenhauses zu erwerben, damit ausreichend interessierte Studierende im praktischen Jahr Wissen und praktische Fähigkeiten in der Rheumatologie erwerben können.

Delegation ärztlicher Leistungen

Um die rheumatologisch tätigen Ärzte zu entlasten und die oben genannten Herausforderungen der Versorgung leisten zu können, ist es notwendig, die bestehenden Ressourcen möglichst optimal zu nutzen. Unter Mitwirkung des BDRh wurden deshalb seit über einer Dekade Konzepte entwickelt, wie die Delegation ärztlicher Leistung an nichtärztliches Personal erfolgen kann. Durch zertifizierte Kurse zur rheumatologischen Fachassistenz (RFA) wurden seit 2004 inzwischen über 1600 medizi-

nische Fachangestellte und Pflegekräfte geschult, die in den Praxen und Klinikambulanzen z. B. helfen, die Terminierung von Patienten zu steuern, aber auch bisher rein ärztliche Leistungen übernehmen [7]. Neu ist dabei ein erweiterter Kurs (RFAplus) (■ Tab. 1), der besonders interaktiv und praktisch die in der Delegation tätigen RFA dazu befähigen soll, ausgewählte Tätigkeiten eigenverantwortlich zu übernehmen. Die DGRh hat dazu aktuell eine Stellungnahme herausgegeben, welche die medizinische und rechtliche Grundlage für eine sinnvolle und sichere Delegation ärztlicher Leistungen in der Rheumatologie definiert [8]. Für die Patientenversorgung in der Rheumatologie wird dadurch den RFA eine neue und wichtige Position gegeben. Unter Supervision des Arztes können Aufgaben, wie z. B. die Vorbereitung des Patienten für die ärztliche Visite mit der Erhebung einer Anamnese, Assessments, Patienteninformation u. v. m., aber auch die selbstständige Konsultation von Patienten mit stabilen rheumatologischen Krankheitsbildern durchgeführt werden. Ein Antrag bei der Bundesärztekammer zur Anerkennung der RFA-Ausbildung als Ausbildung zum/zur Fachwirt/-in für die ambulante medizinische Versorgung läuft derzeit. Dies hätte auch Konsequenzen für die Beantragung von Leistungsziffern im EBM und würde damit eine noch festere Verankerung des Prinzips der Delegation in der Rheumatologie bewirken.

Versorgungsziele und Umsetzung

Ambulante Einheiten in der Rheumatologie, ob Schwerpunktpraxis, rheumatologische Praxis mit hausärztlichem Sitz oder aber Klinikambulanz, müssen das Ziel haben, Patienten mit akuten

rheumatischen Erkrankungen in einem angemessenen Zeitraum den Zugang zur rheumatologischen Versorgung zu ermöglichen. Der zuständige Arzt für das Management der Rheumapatienten, insbesondere für die Aktivitätsbestimmung der Erkrankung und Steuerung der medikamentösen Therapie, ist dabei der internistische bzw. pädiatrische Rheumatologe [9]. Für die RA hat die neue S3-Leitlinie zur frühen rheumatoiden Arthritis [10] das Ziel ausgegeben, dass der Patient möglichst innerhalb von 2 Wochen einem Rheumatologen vorgestellt werden sollte, wenn bei neu aufgetretenen Gelenkschwellungen innerhalb von 6 Wochen keine Diagnose gesichert ist. In der S2e-Leitlinie zur Behandlung der RA mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten wird gefordert, dass der Beginn einer DMARD-Therapie innerhalb von 12 Wochen nach Beschwerdebeginn erfolgen sollte [9].

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung impliziert, dass die fachspezifischen Kassenzulassungen in einer Region jeweils die spezifische Versorgung auch für neue Patienten sichern müssen. Voraussetzung dafür ist, dass keine Unterversorgung besteht. Ist dies jedoch der Fall und sind alle vorhandenen internistisch-rheumatologischen Sitze rheumatologisch besetzt, sieht die neue Bedarfsplanung vor, dass neue Sitze ausgeschrieben werden können.

Bei der Steuerung des Zugangs zum Rheumatologen müssen die Schwere und Dringlichkeit des Krankheitsbildes führend für die Terminvergabe sein. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es sinnvoll, den Zugang zum Rheumatologen zu steuern, um Fehlüberweisungen und Wartezeiten auf einen Termin zu vermeiden.

In Deutschland werden in vielen Regionen innovative Modelle für entsprechende Screeningmethoden getestet [11].

Hot Topics

Tab. 2 Qualitätsmerkmale ambulanter rheumatologischer Einheiten (Schwerpunktpraxen und Klinikambulanzen) zur leitliniengerechten Versorgung in der Rheumatologie

Struktur, Methodik und Ausstattung	Ziel
<i>Hauptmerkmale</i>	
Früh- oder Notfallsprechstunden mit geeigneten Screeningmethoden	Rascher Zugang von neu erkrankten Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen
Regelmäßige Nutzung von Assessments bei den wichtigsten Krankheitsbildern	Validierte Bewertung von Krankheitsaktivität und Funktion im Therapieverlauf
Arztbericht an Zuweiser (initial und im Verlauf)	Informationsübermittlung von Diagnose, Befunden und Therapieempfehlung
Muskuloskeletaler Ultraschall (in der Regel mit Powerdopplerfunktion)	Diagnose und Differenzialdiagnose bei Arthritiden, Enthesitiden u. a.
Interdisziplinäres Netzwerk	Diagnostische Unterstützung bei System- und Skeletterkrankungen (z. B. Radiologie, arterielle Duplexsonographie u. a.) Indikationsstellung von rheumaorthopädischen und handchirurgischen Eingriffen u. v. m.
<i>Weitere optionale Merkmale</i>	
Spezifisch geschultes Fachpersonal (RFAs)	Effiziente Terminsteuerung, Qualitätssteigerung in der nichtärztlichen Beratung, Delegation ärztlicher Leistungen
Rheumatologisches Labor inklusive Autoimmunserologie	Nutzen der speziellen Expertise des Rheumatologen, direkte Korrelation von Labor- und klinischem Befund
Infusionseinheit	Option der Auswahl von nur i. v. zu gebenden Medikamenten
Punktionsraum	Synoviaanalyse und intraartikuläre Glukokortikoidinjektionen
Kapillarmikroskopie	Einsatz in der Frühdiagnose von Kollagenosen und Myositiden, DD des Raynaud-Syndroms
Strukturierte Patientenschulung	Unterstützung der Adhärenz und der Krankheitsverarbeitung
Kooperation mit rheumatologischem Akutkrankenhaus oder einer akutstationären Einheit mit rheumatologischer Supervision	Akutstationäre Einweisung bei Schüben mit schwerer Beeinträchtigung, Komplikationen, Maßnahme, welche der besonderen Mittel eines Akutkrankenhauses bedürfen, u. a.
Etabliertes System der Zuweiserschulung und Austausch (z. B. Qualitätszirkel)	Verbesserung der Schnittstellen und Selektion der zugewiesenen Patienten
Einschluss von Patienten in Registern und anderen strukturierten Datenanalysen	Erkenntnisgewinn und Unterstützung der Weiterentwicklung des Fachgebiets

Dies kann in Form von speziellen Screeningsprechstunden oder durch Nutzung von Fragebogen- bzw. Onlinetool-basierten Methoden des Screenings erfolgen. Ansprechpartner kann dabei sowohl der Patient wie auch der zuweisende Arzt sein. Ein „Goldstandard“ existiert jedoch nicht. In jeder ambulanten rheumatologischen Einheit sollte aber eine Form der Auswahl von dringlichen Patienten existieren, um eine leitliniengerechte Versorgung zu ermöglichen. Auch an dieser Stelle können die speziell dafür ausgebildeten RFAs hier eine wesentliche Funktion übernehmen [8].

Nach Diagnosestellung und Therapieeinleitung müssen die Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen adäquat weiter betreut werden. Die Frequenz der Wiedervorstellungen muss sich dabei nach der individuellen Schwere und Komplexität des jeweiligen Krankheitsbildes und den Empfehlungen in den Leitlinien richten. Auch die Wiedervorstellung ist – wie der dringliche Zugang von neuen Patienten – oft durch limitierte Ressourcen in der ambulanten rheumatologischen Versorgung erschwert. Die neue Stellungnahme der DGRh zur Delegation

ärztlicher Leistungen [8] beschreibt nun erstmals die Möglichkeit, die Wiedervorstellung von Patienten mit stabilen rheumatologischen Krankheitsbildern so an die RFA zu delegieren, dass die Aufgabe des Arztes überwiegend in der Supervision liegt. Dadurch werden ärztliche Kapazitäten für die Versorgung von neuen Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen frei.

Für eine zeitgemäße Versorgung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen auf einem hohen Qualitätsniveau müssen bestimmte Bedingungen der Prozess- und Strukturqualität vorliegen (s. [Tab. 2](#)). Neben der Möglichkeit des raschen Zugangs von akuten Neupatienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen ist dies noch eine ganze Anzahl von weiteren, nach unserer Meinung teilweise obligaten Merkmalen einer ambulanten rheumatologischen Einheit mit dem Standard einer modernen Rheumatologie (s. [Tab. 2](#)). Dazu gehört auch Bildgebung, insbesondere die Sonographie, ohne deren Beitrag zur Diagnose unklarer Fälle eine moderne rheumatologische Versorgung kaum noch möglich ist. Die fundierte Beurteilung des Autoimmunlabors gehört für Rheumatologen zur Kernkompetenz. Die eigene Erbringung der Laboruntersuchung wird in vielen ambulanten Einheiten vorgenommen und ist – in seiner Verbindung von Erbringung der Laborleistung und klinischer Interpretation – ein weiteres optionales Qualitätsmerkmal der ambulanten Rheumatologie.

Für die Implementierung oben genannter Komponenten der Prozess- und Strukturqualität spielen die regionalen und bundesweiten Versorgungsinitiativen eine wesentliche Rolle. Diese werden im Weiteren erläutert.

Versorgungsinitiativen

In den letzten Jahren ist unter Federführung oder Mitarbeit des BDRh eine ganze Reihe neuer Versorgungsformen für rheumatologische Patienten geschaffen worden. Diese umfassen sowohl Selektivverträge mit gesetzlichen Krankenkassen, BMBF-geförderte Versorgungsinitiativen wie auch die ambulan-

Hier steht eine Anzeige.



Hot Topics

Tab. 3 Qualitätszentrierte Versorgungsmodelle, initiiert oder mitgestaltet durch BDRh

Projekte	Jahr	Indikation	Spezielle Förderung	Versorgungsziele
Ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) gemäß § 116 SGB V				
ASV (Kinder-)Rheumatologie	Seit 2018	Erwachsene und Kinder und Jugendliche mit chronisch entzündlich rheumatologischen Erkrankungen, welche aufgrund der Ausprägung eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder eine besondere Expertise oder Ausstattung benötigen	Transition, PET-CT u. a.	Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie von Patienten mit besonderer Ausprägung rheumatischer Erkrankungen
Versorgungsinitiativen gemäß § 140 a SGB V				
RheumaOne ^a (früher TK-BDRh-Arzneimittelvertrag 2014 und Versorgungslandschaft Rheuma 2014)	Seit 2020	Chronisch entzündlich rheumatische Erkrankungen (im Modul 1 nur bei Neueinstellung, Umstellung oder Dosisanpassung einer b- oder tsDMARD-Therapie)	<i>Modul 1:</i> Dokumentation Arzneimitteltherapie und Assessment der Krankheitsaktivität <i>Modul 2:</i> Assessment von Krankheitsaktivität und Teilhabe Tight-Control, intraartikuläre Injektionen, Infusionen, Delegation, Behandlung von Begleiterkrankungen, Beratung bei Kinderwunsch, strukturierte Patientenschulung, DEXA-Kd-Messung, Osteologie, Sonographie u. a. <i>Modul 3:</i> Transition <i>Modul 4:</i> Patientencoaching Arzneimitteltherapie	Frühzeitige Diagnosestellung und Reduktion der Krankheitsaktivität, Förderung der sicheren und wirtschaftlichen Versorgung mit bDMARD
BV-Verträge Rheuma ^b	Seit 2015	Verschiedene entzündlich rheumatische Erkrankungen	Siehe Modul 2 RheumaOne	Frühzeitige Diagnosestellung und Reduktion der Krankheitsaktivität
Innovationsfonds gemäß § 92a Abs. 1 SGB V				
PETRA ^c	Seit 2019	RA	Psychoimmunologische Intervention	Steigerung der Remissionsrate und Gesundheits- und Lebenskompetenz durch gruppenbasiertes Kompetenztraining
VERhO ^d	Seit 2018	RA in stabiler Remission	Notfalltermine, Sonographie, Deeskalation	Implementierung und Evaluation von Deeskalation, Förderung des Selbstmanagements der RA-Patienten
Versorgungsverträge nach § 73c SGB V				
Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten Orthopädie und Rheumatologie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V ^e	Seit 2018	Alle	Schnellere Terminvergabe, kurze Wartezeiten, Befundweitergabe an Hausarzt	Verbesserte Versorgung durch Vernetzung von Hausarzt und Facharzt

Alle oben aufgeführten Versorgungsmodelle werden im ambulanten Sektor extrabudgetär abgerechnet

^aModul 1 = Arzneimitteltherapie: bundesweit (36 Krankenkassen), Module 2 + 3 = (bisherige Versorgungslandschaft: nur Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein, jeweils nur Techniker KK, pronova BKK, BKK MobilOil), Modul 4 = Arzneimittelcoaching: bundesweit (Techniker KK)

^bBV = besondere Versorgung Rheuma; Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Saarland, Schleswig-Holstein, Hessen (jeweils BARMER)

^cPETRA = personalisierte Therapie bei rheumatoider Arthritis: in Modellregionen in Bayern (diverse BKKn)

^dVERhO = Versorgung von Menschen mit Rheuma optimieren: Bundesweit (derzeit 15 Krankenkassen)

^eNur Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK

te spezialärztliche Versorgung (ASV) (s. [Tab. 3](#)). Die ersten Patienten der Selektivverträge wurden bereits Anfang 2015 eingeschlossen. Außerdem werden einige neue Versorgungsansätze im Rahmen von Innovationsfonds-geförderten Projekten erprobt. Gemeinsam ist diesen, dass sie das Ziel haben, Qualitätsmerkmale der ambulanten Versorgung in der Rheumatologie umzusetzen. Die Versorgungsziele Früharthritissprechstunde, frühe Terminvereinbarung, Treat-to-Target mit Versorgungszielen und verpflichtender Assessment-Dokumentation, Tight-Control, Delegation ärztlicher Leistungen, Patientenschulung, Förderung des Ultraschalls inklusive Power-Doppler, Durchführung von DMARD-Infusionen, Knochendichtemessung sind allesamt Teil der Versorgungsverträge des BDRh (mit TK, Barmer und auch der AOK-BW) und dort vertraglich festgelegt. Des Weiteren ist auch die Transition als wichtige Abbildung der Schnittstelle zwischen internistischer Rheumatologie und Kinder- und Jugendrheumatologie integriert und abgebildet. Zum Teil bedienen auch regionale Versorgungsverträge über die jeweilige KV diese Ziele. Das flächendeckende bundesweite Roll-out und die Ausweitung der Verträge auf alle Krankenkassen sind das Ziel des BDRh und gelingen zunehmend besser [12]. Die bisherigen Erfahrungen sind sehr positiv, und es besteht der Eindruck, dass sich diese positiv auf Prozess- und Strukturqualität auswirken.

Ebenso gilt dies auch für die ASV in der Rheumatologie, welche seit April 2018 angewendet wird [13]. Die ASV Rheumatologie umfasst besondere hoch spezialisierte ambulante Leistungen bei seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Der Grundgedanke der ASV ist eine interdisziplinäre Behandlung durch ein Team von erfahrenen Fachärzten. Die Teamleitung wird durch einen internistischen Rheumatologen gestellt, der ein Kernteam von Fachärzten für orthopädische Rheumatologie, Pneumologie, Dermatologie und Nephrologie koordiniert. Darüber hinaus ist eine große Gruppe von hinzuzuziehenden Fachärzten fest vertraglich in die Patientenversorgung eingebunden. Die sektorenübergreifen-

de Kooperation zwischen Rheumatologen und den anderen Fachärzten in der Praxis und im Krankenhaus steht im Mittelpunkt der ASV. Sowohl rheumatologische Akutkrankenhäuser als auch Kliniken der Maximalversorgung sind in den Vertrag eingebunden. Merkmale der Prozess- und Strukturqualität der rheumatologischen Versorgung sind vertraglich festgelegt und verpflichtend ein Teil der Versorgung der Patienten in der ASV. Die ASV leidet bisher noch unter hohen bürokratischen Hürden bei der Etablierung. Auch lässt der Ausschluss einiger wichtiger Erkrankungen, wie z. B. der polyartikulären Gicht, von der Diagnoseliste noch Verbesserungen zu. An vielen Orten in Deutschland wird die ASV jedoch bereits erfolgreich umgesetzt.

Die oben genannten Versorgungsinitiativen sind beispielgebend und Schrittmacher für die Implementierung neuer, moderner und wissenschaftlich belegter Strategien der Versorgung aller entzündlich rheumatischer Erkrankungen.

Es ist eine versorgungsmedizinische Realität, dass die feste Verankerung von erwünschten Qualitätsmerkmalen in der ambulanten Versorgung auch durch die entsprechende Vergütung gefördert wird. Die neuen, oben genannten Versorgungsformen inklusive der ASV honorieren die Erfüllung von Qualitätsmerkmalen der Versorgung. Durch den Wegfall der Budgetierung von Fallzahl und Leistungen in der ambulanten Versorgungsebene wird eine deutliche Verbesserung der Versorgungssituation der Menschen mit rheumatischen Erkrankungen durch die Schaffung zusätzlicher Behandlungsressourcen erwartet. Darüber hinaus können die Leistungen und Behandlungsformen zeitnah dem wissenschaftlichen Fortschritt angepasst werden. Sie unterscheiden sich daher prinzipiell von der Regelversorgung mit EBM und GOÄ.

Die neuen Versorgungsinitiativen tragen daher dazu bei, dass mehr Patienten unter Wahrung der wirtschaftlichen Erfordernisse der Arztpraxen Zugang zu einer hochwertigen rheumatologischen Diagnostik und Therapie bekommen.

Digitalisierung

Digitalisierung ist die Voraussetzung für effiziente und zielgesteuerte Arbeit in Arztpraxis und Ambulanz und dient damit der Qualitätssicherung und der Sicherstellung der Versorgung auch für große Patientenzahlen. Sie ist daher in einem modernen Gesundheitssystem mit dem Anspruch einer flächendeckenden Versorgung nicht wegzudenken. Der BDRh hat schon früh durch Etablierung und Verbreitung des RheumaDok-Systems die Transformation von Papier- in elektronische Dokumentation in der ambulanten Rheumatologie gefördert. Dies spielte eine wichtige Rolle bei der Einführung und Akzeptanz von standardisierter Dokumentation sowie Assessments und Scoring-Methoden, wie sie inzwischen aus der Rheumatologie nicht mehr wegzudenken sind. Das neue deutschlandweit einheitliche System RheMIT, welches ab 2020 zur Verfügung steht, setzt dieses Prinzip auf dem aktuellen Stand der Technik um und erweitert es. Verschiedene Früh- und Screeningsprechstundenmodelle setzen auf digitale, online angebotene Applikationen, welche es ermöglichen, die Wahrscheinlichkeit einer entzündlich rheumatischen Erkrankung abzuschätzen und damit den Zugang zur rheumatologischen Versorgung und v. a. dessen Priorisierung zu steuern [11]. Neue App-basierte Konzepte werden entwickelt und sollen in Zukunft helfen, das Monitoring des Patienten in Echtzeit zu erleichtern und frühzeitig eine Therapiesteuerung zu ermöglichen.

Kinder- und Jugendrheumatologie

Die kinderrheumatologische Versorgung in Deutschland wird jährlich durch eine Umfrage der GKJR (Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie) erfragt. Im Jahr 2019 beantworteten mit 72 von 96 angefragten 80 % der befragten Einrichtungen. Dabei waren 29 Kinderkliniken bzw. Fachabteilungen, 20 Universitätskliniken und 23 niedergelassene Kinderreumatologen in der Versorgung tätig. Insgesamt waren in den 72 Einrichtungen, die an der Befragung teilnah-

men, 128 zertifizierte Kinderreumatologen tätig. An 24 Standorten befinden sich zurzeit 43 Kinderärzte in der Zusatzweiterbildung zum Kinderreumatologen.

Wesentliche Aspekte der Versorgungsrealität der internistischen Rheumatologie gelten auch für die pädiatrische Rheumatologie: u. a. das Ziel einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden Versorgung von Patienten, die Notwendigkeit, junge Ärzte für die (Kinder-)Rheumatologie zu gewinnen und qualifiziert weiterzubilden und die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen entsprechend ihrer Komplexität zu vergüten. Besonderheiten der pädiatrischen Rheumatologie sind sicherlich die erhöhten Anforderungen an die Versorgung angesichts teilweise sehr junger Patienten und der insgesamt deutlich niedrigeren Inzidenz der rheumatologischen Erkrankungen im jungen Lebensalter.

In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Projekte wie die Kinder-Kern-doc am DRFZ, das BiKeR-Register und die JuMBO-Langzeiterhebung der GKJR sowie neue Vorhaben zur Vereinheitlichung von Therapien (ProKind Initiative) begründet. Auch die ASV wurde für die Kinderreumatologie eingeführt, bis 2019 aber in Deutschland nicht praktiziert.

Schnittstellen

Schnittstellen in der Rheumatologie wurden schon ausführlich beschrieben und sind in der rheumatologischen Versorgung zahlreich vorhanden [14]. Eine wichtige Schnittstelle besteht zwischen dem ambulanten und stationären Sektor der Versorgung. Die stationäre Aufnahme von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen ist auch heute noch in vielen Fällen notwendig. Dabei spielen wegen ihrer Expertise, Spezialisierung und Ausstattung die rheumatologischen Akutkrankenhäuser eine wichtige Rolle. Komplexe oder hochakute Fälle und Patienten, welche aufgrund ihrer besonderen medizinischen Problematik eine multimodale rheumatologische Komplexbehandlung benötigen, sind auf die Kompetenz des multidisziplinären

Teams eines rheumatologischen Akutkrankenhauses angewiesen. Des Weiteren sind, wie oben schon beschrieben, diese Krankenhäuser auch unverzichtbar für die Weiterbildung und damit den rheumatologischen Nachwuchs. Schließlich nehmen die rheumatologischen Akutkrankenhäuser auch an der ambulanten Versorgung als Träger einer Krankenhausambulanz bzw. einer persönlichen Ermächtigung teil. Im ASV [13] wurde diese ambulante Behandlung am Krankenhaus in einem neuen gesetzlichen Rahmen definiert.

Wichtige weitere Schnittstellen bestehen innerhalb der ambulanten Medizin z. B. zu den zuweisenden Ärzten, in der Regel Fachärzte für Allgemeinmedizin, innere Medizin oder Orthopädie. Ein enger Austausch an dieser Schnittstelle ist nicht nur für die Qualitätssicherung der Versorgung, sondern auch für die Steuerung der Zuweisung notwendig. Institutionalisierte Wege, wie z. B. regelmäßige Qualitätszirkel, sind ein besonders bewährter Weg. Auch das interdisziplinäre Netzwerk, in dem Rheumatologen arbeiten und das der Unterstützung bei Diagnose und Therapie dient, sollte hier genannt werden. Rheumatologen haben in der Regel feste Kooperationspartner aus Radiologie, Neurologie, Augenheilkunde, Orthopädie, Handchirurgie u. v. m., auf deren Kompetenz und Engagement sie sich bei schwierigen Fragestellungen verlassen können. Ohne dieses ist eine so fächerübergreifende Disziplin wie die internistische Rheumatologie kaum vorstellbar. Schließlich ist noch die Transition zu nennen, in der der Übergang der Betreuung der heranwachsenden Patienten von der Kinder- und Jugendrheumatologie in die internistische Rheumatologie auf strukturierte Weise fächerübergreifend gestaltet wird.

Die Schnittstellen, und zwar sowohl das interdisziplinäre Netzwerk, die Transition wie auch die Kooperation mit rheumatologischen Akutkrankenhäusern, sind in der ASV in besonderer Weise verankert, institutionalisiert und auch ein Teil des Vergütungssystems [13]. Die ASV ist daher die Versorgungsform, welche mit dem Fokus auf Patienten mit besonderen Verlaufsformen oder seltenen Krankheitsbildern auf diesen

Aspekt der Versorgung am stärksten zugeschnitten ist.

Diskussion

Die Rheumatologie ist nicht zuletzt durch die großen Fortschritte der Therapiestrategien und Pharmakologie eine hoch spezialisierte Medizin, die einen wichtigen Versorgungsauftrag zu erfüllen hat. Der Bedarf an rheumatologischer Expertise wird u. a. durch die demografische Entwicklung und die steigende Inzidenz rheumatischer Erkrankungen im höheren Lebensalter, aber auch die immer größer werdenden Anforderungen an Therapiesicherheit und Wirtschaftlichkeit in der Zukunft weiter steigen.

Wir haben die aktuellen Themen beschrieben, welche für die ambulante rheumatologische Versorgung der Rheumatologie derzeit im Mittelpunkt stehen. Im Fokus steht die internistische Rheumatologie, aber auch die Kinder- und Jugendrheumatologie. Beide Gebiete werden aktiv durch den BDRh vertreten, und wir werben dafür, dass sich auch die Kinder- und Jugendrheumatologen noch stärker vertreten lassen.

Es ist unsere Absicht, Standards zu definieren, die für eine moderne leitliniengerechte Rheumatologie gelten. Ambulante Versorgung sollte hohen Qualitätsansprüchen genügen und gleichzeitig die breite Versorgung garantieren. Die Autoren sind der Meinung, dass beides, hohe Qualität und flächendeckende Versorgung, gleichzeitig möglich ist.

In **Tab. 2** haben wir solche Standards für eine ambulante rheumatologische Einheit erstmals formuliert. Wir sehen sie als die Grundvoraussetzung für eine zeitgemäße, wissenschaftlich basierte und patientenorientierte ambulante Rheumatologie. Wichtigste Teile sind dabei der rasche Zugang zum Rheumatologen im Falle einer frühen Arthritis und die Therapie nach den Regeln des Treat-to-Target-Prinzips. Die organisatorischen und personellen Ressourcen einer ambulanten Einheit sollten darauf ausgerichtet sein diese Bedingungen zu erfüllen.

Digitalisierung sowie die Delegation an in zertifizierten Kursen geschulte RFAs sind ein wichtiges Mittel zur Steigerung

von Qualität und Effizienz der Versorgung. Beides wird vom BDRh aktiv entwickelt und vorangebracht.

Der BDRh hat des Weiteren durch seinen Beitrag zur Implementierung von qualitätszentrierten Versorgungsmodellen inklusive der ASV Behandlungsqualität auf hohem professionellem Niveau definiert und dafür gesorgt, dass diese in die Vergütung der rheumatologischen Versorgung Eingang gefunden hat (■ Tab. 3). All das wird sich positiv auf die Behandlung von Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen auswirken.

Voraussetzung ist aber bei aller Effizienzsteigerung der ärztlichen Arbeit die Sicherung des ärztlichen Nachwuchses, und dass dieser für die ambulante Rheumatologie gewonnen werden kann. Hier müssen die Anstrengungen noch verstärkt werden und z. B. die Weiterbildung noch mehr in den Praxen verankert werden. Die Auswertung der aktuellen Zahlen zeigt trotz einiger Fortschritte, dass die in dem Memorandum der DGRh von 2016 als notwendig erkannte Zahl von ambulant tätigen Rheumatologen in Deutschland noch lange nicht erreicht ist.

Die Rheumatologie, auch und gerade in der ambulanten Versorgung, ist ein attraktives und vielseitiges Fachgebiet. Dies muss, beginnend in der Ausbildung der Medizinstudenten und dann in der Facharztweiterbildung, immer wieder verdeutlicht werden.

Wir sehen für die ambulante Rheumatologie eine gute Zukunft. Menschliche und angemessene Arbeits- und Lebensbedingungen für alle, die in der Rheumatologie tätig sind, und die Sicherung einer hochwertigen Versorgung für alle Menschen mit rheumatologischen Erkrankungen müssen Hand in Hand gehen. Der BDRh setzt sich daher auch mit ganzer Kraft dafür ein, dass die Honorierung der fachärztlich-rheumatologischen Leistung angemessen ist und auch in Zukunft die Attraktivität unseres Fachgebiets für junge Ärztinnen und Ärzte sichert.

Mit dem bereits Erreichten haben wir ein gutes Fundament, auf dem wir aufbauen können. Dies weiter zu ermöglichen, sieht der BDRh als seine Mission an.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. C. Fiehn

Rheumatologie Baden-Baden GbR,
Tätigkeitsschwerpunkt Klinische Immunologie,
Medical Center Baden-Baden
Beethovenstr. 2, 76530 Baden-Baden,
Deutschland
c.fiehn@rheuma-badenbaden.de

Interessenkonflikt. C. Fiehn, X. Baraliakos, E. Edelmann, S. Froschauer, E. Feist, K. Karberg, J.M. Ruehlmann, F. Schuch, M. Welcker und S. Zinke geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Zink A, Braun J, Gromnica-Ihle E et al (2017) Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016. *Z Rheumatol* 76:195–207
- BDRh (2019) Satzung des Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V. www.bdrh.de/ueberuns/satzung.html. Zugegriffen: 8. März 2020
- http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=16433401&nummer=614&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=43577609. Zugegriffen 8. März 2020
- Bundesärztekammer (2018) Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf. Zugegriffen: 8. März 2020
- Keyßer G, Baerwald C, Sieburg M (2019) Befragung von Rheumatologen in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zu Weiterbildungstätigkeit und beruflicher Situation: Kein Ausweg aus der rheumatologischen Unterversorgung. *Z Rheumatol* 79:479–485
- Krusche M, Sewerin P, Kleyer A et al (2019) Facharztweiterbildung, quo vadis? *Z Rheumatol* 78:692–697
- Schuch F, Kern P, Kreher G et al (2011) Das Curriculum „Rheumatologische Fachassistenz DGRh-BDRh“ als Weg der Professionalisierung medizinischer Assistenzberufe – Konzept und Ergebnisse einer Evaluation. *Z Rheumatol* 70(8):670–677
- Krause A, Schuch F, Braun J et al (2020) Delegation ärztlicher Leistungen in der Rheumatologie. *Z Rheumatol*. <https://doi.org/10.1007/s00393-020-00760-z>
- Fiehn C, Holle J, Iking-Konert C et al (2018) S2e-Leitlinie: Behandlung der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten. *Z Rheumatol* 77(Suppl 2):35–53
- Schneider M, Baseler G, Funken O et al (2019) Interdisziplinäre Leitlinie. Management der frühen rheumatoiden Arthritis. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-002l_S3_Fruehe_Rheumatoide-Arthritis-Management_2019-12_01.pdf. Zugegriffen: 8. März 2020
- Benesova C, Lorenz HM, Lion V et al (2019) Früh- und Screeningsprechstunden: Ein notwendiger Weg zur besseren Frühversorgung in der internistischen Rheumatologie? Rheumatologische Früh- und Screeningsprechstundenmodelle in Deutschland. *Z Rheumatol* 78:722–742
- Edelmann E, Schuch F, Kalthoff L, Zinke S (2019) Vertragsentwicklung der Selektivverträge in der Versorgungslandschaft Rheumatologie. *Z Rheumatol* 78:429–438
- Edelmann E, Lakomek HJ, Bessler F et al (2019) Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – eine neue Versorgungsebene in der Rheumatologie. *Z Rheumatol* 78:765–773
- Edelmann E (2014) Schnittstellen in der ambulanten und stationären rheumatologischen Versorgung. *Z Rheumatol* 73:505–513