



Versorgungsatlas Rheumatologie

Ansätze und Konzepte zur Verbesserung der Versorgung in der ambulanten Rheumatologie

Sonja Froschauer¹ · Theresia Muth² · Laura Bredow² · Eugen Feist³ ·
Stephan Phillipp Heinemann-Dammann³ · Silke Zinke⁴ · Christoph Fiehn⁵

¹Berufsverband Deutscher Rheumatologen e. V., Grünwald, Deutschland

²Libertamed GmbH, Grünwald, Deutschland

³Rheumatologie, Helios Fachklinik Vogelsang-Gommern, Vogelsang-Gommern, Deutschland

⁴Rheumatologische Schwerpunktpraxis, Berlin, Deutschland

⁵Rheumatologie Baden-Baden GbR, Tätigkeitsschwerpunkt Klinische Immunologie, Medical Center Baden-Baden, Baden-Baden, Deutschland

In diesem Beitrag

- **Status quo ambulante rheumatologische Versorgung**
- **Versorgungsiniciativen**
Selektivverträge · Ambulante spezialfachärztliche Versorgung · Frühsprechstunde · Disease-Management-Programm
- **Weiterbildungssituation in der Rheumatologie**
- **Diskussion**

Zusammenfassung

Deutschlandweit sind 1,5 Mio. Erwachsene und schätzungsweise 20.000 Kinder und Jugendliche von entzündlich rheumatischen Erkrankungen betroffen. Die erfolgreiche Behandlung dieser basiert maßgeblich auf der Verfügbarkeit einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung. Um trotz der hinter dem Bedarf liegenden Zahl an Rheumatolog:innen eine ausreichende Versorgung leisten zu können und langen Wartezeiten vorzubeugen, spielen effiziente Praxisstrukturen und über die Regelversorgung hinausgehende Angebote eine wichtige Rolle. Unter diesem Aspekt nimmt die vorliegende Arbeit eine Betrachtung des Ist-Zustandes der ambulanten rheumatologischen Versorgung sowie innovativer Versorgungsiniciativen zur Unterstützung der Strukturen und Verbesserung der Versorgungssituation in der Rheumatologie vor, und zeigt: Um trotz knapper Ressourcen eine leitliniengerechte Versorgung zu gewährleisten, spielen Selektivverträge, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), Früh- bzw. Notfallsprechstunden, das Disease-Management-Programm (DMP) sowie die angemessene Delegation ärztlicher Leistungen eine wichtige Rolle. Neue Versorgungskonzepte setzen auf interdisziplinäre Zusammenarbeit (DMP und ASV), gestärktes Selbstmanagement durch strukturierte Patientenschulungen (DMP) und gezielte Patientensteuerung durch Screening-Tools. Um eine zeitgemäße und qualitativ hochwertige Behandlung langfristig zu sichern, sind außerdem mehr Weiterbildungen in der Rheumatologie notwendig, was durch die Gewinnung von Studierenden und ggf. Anpassungen am Ausbildungssystem erreicht werden soll.

Schlüsselwörter

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung · Disease-Management-Programm · Unterversorgung · Frühsprechstunde · Weiterbildung



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Trotz der stetigen Weiterentwicklung von Therapieoptionen und Leitlinien beruht die erfolgreiche Behandlung rheumatologischer Erkrankungen maßgeblich auf der Verfügbarkeit einer qualifizierten internistisch-rheumatologischen Versorgung. Da die Zahl der Rheumatolog:innen in Deutschland jedoch unter dem ermittelten Bedarf liegt, ist die Verfügbarkeit einer flächendeckenden adäquaten Versorgung gefährdet. Damit

sich dies nicht negativ auf die Prognose der deutschlandweit 1,5 Mio. betroffenen Erwachsenen und schätzungsweise 20.000 betroffenen Kinder auswirkt, spielen effiziente Praxisstrukturen und über die Regelversorgung hinausgehende Angebote eine wichtige Rolle [13, 17].

Der vorliegende Beitrag betrachtet die aktuelle Situation der ambulanten Versorgung in der Rheumatologie sowie Ansätze

ze zur Verbesserung der Versorgungssituation durch Selektivverträge, ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), Früh- bzw. Notfallsprechstunden und die Delegation ärztlicher Leistungen. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Sicherung des rheumatologischen Nachwuchses, die für die Aufrechterhaltung einer leitliniengerechten Behandlung sowie einer qualitativen und umfassenden Versorgung aller rheumatologischen Patient:innen notwendig ist.

Status quo ambulante rheumatologische Versorgung

Obwohl sie noch immer hinter dem von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) definierten Bedarf bleibt [17], stieg die Anzahl vertragsärztlich tätiger internistischer Rheumatolog:innen in den vergangenen Jahren konstant leicht an, von 609 in 2016 auf 682 in 2020 [9]. Ebenso stiegen die Anzahl an Anerkennungen von Schwerpunkt- (SP) bzw. Facharztbezeichnung (FA) pro Jahr sowie der weibliche Anteil an neuen Anerkennungen [4], während die Anzahl an Weiterbildungsstellen für internistische Rheumatologie vergleichbar geblieben ist (eigene Abfrage bei den Landesärztekammern am 20.05.2021). Etwa 40% der niedergelassenen Ärzt:innen mit SP Rheumatologie sind 60 Jahre oder älter, etwa 15% sind über 66 [10]. Die Verfügbarkeit niedergelassener Rheumatolog:innen variiert zwischen den Bundesländern deutlich mit etwa 7 je 1 Mio. erwachsener Einwohner in Rheinland-Pfalz, etwa 8 in Nordrhein-Westfalen und etwa 15 in Brandenburg [9].

Durch unbekannte Größen wie die Anzahl in Teilzeit oder in Hochschulambulanzen tätiger Rheumatolog:innen sowie der Anteil an Ärzt:innen, die nach der Weiterbildung ambulant tätig werden, bleibt eine Unschärfe in der Darstellung der Versorgungskapazitäten. Projekte zur systematischen Erhebung der fehlenden Informationen wie der „Versorgungsatlas Rheumatologie“ des Berufsverbands Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh), einer Befragung von Rheumatolog:innen in Deutschland zu Versorgungsstrukturen wie der Verteilung von Ärzt:innen, Strukturen und Versorgungsumfang von Einrichtungen, Qualifikation von Fachangestellten oder Wei-

terbildungsberechtigungen, deren anonymisierte, aggregierte Auswertung eine Basis zur Vertretung rheumatologischer Interessen und zur Verbesserung der Versorgungslage bildet (www.versorgungsatlas-rheuma.de), haben daher eine hohe Relevanz. Die beschriebene Altersstruktur bei gleichbleibender Zahl an Weiterbildungsstellen lässt zweifeln, ob sich der positive Trend der internistisch tätigen Rheumatolog:innen fortsetzen wird. Es bleibt daher weiter eine Herausforderung, die rheumatologische Versorgung zu sichern. Neben einer Steigerung der Zahl der Weitergebildeten können innovative Versorgungsinitiativen dazu beitragen.

Versorgungsinitiativen

Selektivverträge

Mit Verträgen zur besonderen Versorgung können Versorgungsinhalte abweichend von den kollektivvertraglichen Regelungen festgehalten werden. Nach § 140a Abs. 1 SGB (Sozialgesetzbuch) V muss es sich um eine „verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung oder eine interdisziplinärfachübergreifende“ oder eine besondere ambulante ärztliche Versorgung handeln. Beabsichtigt ist eine höhere Qualität der Versorgung, die langfristig potenziell die Zahl an Patient:innen mit schweren und damit zeitaufwendigen Krankheitsverläufen minimiert und so rheumatologische Ressourcen entlastet, oder eine höhere Wirtschaftlichkeit gegenüber der Regelversorgung.

In den derzeit bestehenden Verträgen des BDRh wird neben dem wirtschaftlichen Einsatz von Arzneimitteln v. a. die Eingangsdagnostik gefördert. Dies ermöglicht, dass der deutlich erhöhte zeitliche Aufwand bei Neupatient:innen mit Anamnese, klinischer Untersuchung, Veranlassung und Auswertung wichtiger Untersuchungen, Zusammenführung der Befunde und Arztbrief erstmals abgebildet wird. Auch wird der Zeitbedarf für die ausführliche Aufklärung vergütet, der im Falle einer neu diagnostizierten Autoimmunerkrankung aufgrund der sich daraus ergebenden Lebensveränderungen ergibt, bei Nichtvorliegen einer rheumatischen Erkrankung durch die Erläuterung der Beschwerden

und die differenzialdiagnostischen Erwägungen und Empfehlungen. Damit wird der Zugang zur Diagnostik deutlich erleichtert. Mit der Berücksichtigung geschulten Personals (rheumatologische Fachassistenz [RFA]) in den Selektivverträgen sind eine Kapazitätserweiterung und speziell eine Entlastung der ärztlichen Kapazitäten durch die Delegation von Leistungen möglich und erstmals wirtschaftlich incentiviert.

Patientenschulungen, „tight control“, schonende Diagnostik wie Ultraschall, Gelenkinjektionen als lokale Therapie oder osteologische Untersuchungen sind weitere Tools, die gefördert werden. Um diese Verträge langfristig für eine bessere Patientenversorgung nutzen zu können, werden sie stetig weiterentwickelt. Eine deutschlandweite Umsetzung mit Teilnahmemöglichkeit für alle Rheumatolog:innen und ihre Patient:innen ist dabei wünschenswert.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Seit dem 19.04.2018 besteht mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116 b SGB V eine neue Versorgungsebene, um die Qualität der Versorgung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen mit chronisch entzündlichen Rheumaformen zu verbessern. Dabei setzt die ASV auf eine verstärkte fachgruppen- sowie sektorenübergreifende Kooperation. Zudem bietet die Teilnahme an der ASV Vorteile wie den Wegfall der Budgetierung der abgerechneten Leistungen, die Erstattungsfähigkeit neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie potenziell kürzere Wartezeiten auf einen Arzttermin. Hinderlich für die Teilnahme ist die aufwendige Anzeige bei den erweiterten Landesausschüssen sowie die Bildung des ASV-Teams mit bis zu 19 verpflichtenden Fachgruppen, für die teilweise keine wirtschaftlichen Anreize gegeben sind [5]. Auch auf die verfügbaren Ressourcen der ambulanten rheumatologischen Versorgung wirkt sich die ASV positiv aus, da sie z. B. für Klinikärzt:innen eine vergleichsweise einfache Möglichkeit bietet, ambulant tätig zu werden. Da im Rahmen der Aus- und Weiterbildung auch

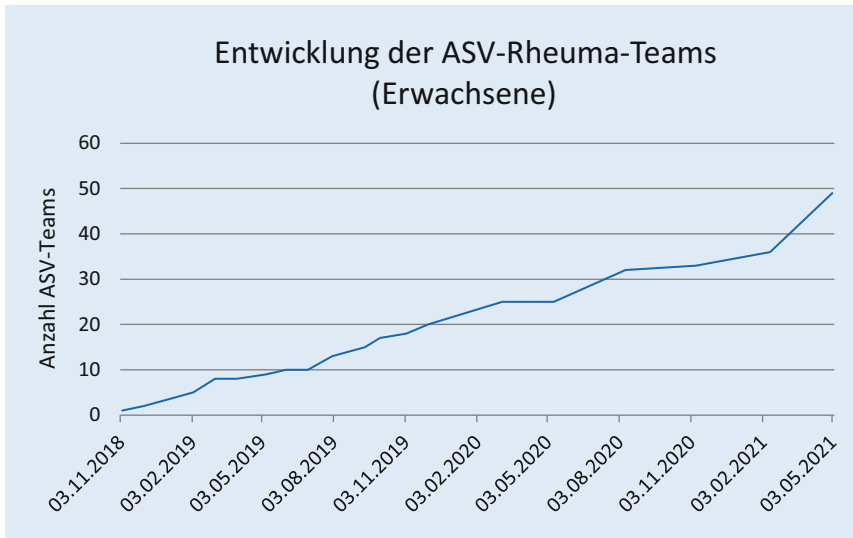


Abb. 1 ▲ Genehmigte ASV (ambulante spezialfachärztliche Versorgung)-Teams für Rheuma bei Erwachsenen. (Mod. nach [1])

Weiterbildungsassistenzen unter Supervision in die ambulante ASV-Behandlung eingebunden werden können, wird das Versorgungsangebot weiter verbreitert. Lediglich die Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidung unterliegen zwingend dem Facharztstatus.

Insgesamt hat seit Inkrafttreten der ASV Rheuma die Zahl der berechtigten Teams stetig zugenommen (■ **Abb. 1**). Nach nicht veröffentlichten Daten des GKV (gesetzliche Krankenversicherung)-Spitzenverbandes (GKV SV) vom 07.04.2021, die dem Bundesverband ASV im Rahmen des Projekts GOAL ASV (Förderkennzeichen: 01VSF19002) vorliegen, waren 357 Rheumatolog:innen in 42 ASV-Teams für Erwachsene sowie 13 Kinder- und Jugendrheumatolog:innen in 4 ASV-Teams für Kinder organisiert. Vergleicht man die Zahlen mit den 1015 in der ambulanten und stationären Patientenversorgung tätigen Rheumatolog:innen mit SP bzw. FA-Bezeichnung aus 2019 [10, 11], nehmen inzwischen 35% der Rheumatolog:innen an der ASV für Erwachsene teil. Außerdem wurden laut Daten des GKV-SV bis zum 15.03.2021 kumuliert 191.282 erwachsene Quartalspatient:innen sowie 7 Kinder und Jugendliche behandelt. Dabei entspricht ein/e Quartalspatient:in nicht einer Person, sondern bedeutet, dass ein/e Patient:in in einem Quartal mindestens eine ASV-Leistung ausgelöst hat.

Frühsprechstunde

Die frühe Diagnose und Therapie spielen für die Prognose rheumatologischer Patient:innen eine Schlüsselrolle. Insbesondere für die rheumatoide Arthritis (RA) als häufigste entzündlich rheumatische Erkrankung wurde dies immer wieder gezeigt [7, 15]. In einem aktuellen Positionspapier des BDRh wird dargelegt, dass der rasche Zugang zu Rheumatolog:innen im Falle einer frühen Arthritis und die Therapie nach Treat-to-Target übergeordnete Prinzipien einer jeden rheumatologischen Einheit sein müssen [6].

» Frühe Diagnose und Therapie nehmen Schlüsselrolle für Prognose rheumatologischer Patient:innen ein

In 2 aktuellen Leitlinien wurden die Ziele des zeitlichen Ablaufs der Erstvorstellung neu definiert. Die neue S3-Leitlinie zur frühen RA [15] formuliert das Ziel, dass Patient:innen möglichst innerhalb von 2 Wochen einem/einer Rheumatolog:in vorgestellt werden sollten, 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 der Beginn einer DMARD („disease-modifying anti-rheumatic drug“)-Therapie innerhalb

von 12 Wochen nach Beschwerdebeginn gefordert [7].

Die Verwirklichung der Ziele ist in der Versorgungsrealität durch begrenzte Ressourcen gefährdet. Dies liegt auch daran, dass die Patient:innen, die zu Rheumatolog:innen überwiesen werden, oft nicht ausreichend auf entzündlich rheumatische Erkrankungen vorselektiert sind, was die knappen rheumatologischen Ressourcen überfordern kann. Um den Zugang zur rheumatologischen Abklärung zu steuern, muss daher jede ambulante rheumatologische Einheit ein Screening-Tool nutzen [6]. Ein Goldstandard für die Methodik der Screeningsprechstunden existiert nicht. In ■ **Tab. 1** sind verschiedene in Deutschland verwirklichte Konzepte – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – zusammengefasst. Sie werden ausführlich in Benesova et al. [2] dargelegt. Gemeinsam ist diesen Modellen, dass – mit Ausnahme der Run-in-Sprechstunden – Patient:innen mit entzündlichen Krankheitsbildern von denen mit nichtentzündlichen, meist degenerativen Krankheitsbildern oder Schmerzstörungen bereits vor der persönlichen Vorstellung bei den Rheumatolog:innen herausgefiltert werden, was die begrenzten rheumatologischen Ressourcen gezielt für Patient:innen verfügbar macht, die eine rheumatologische Betreuung dringend benötigen. In Telefonscreenings erfolgt dies durch speziell geschulte RFAs [16], andere Konzepte setzen auf Fragebogensysteme, deren validierte Scores zur Vorselektion verwendet werden, oder systematisch geschulte und angeleitete nichtrheumatologische Ärzt:innen, die als Zuweiser Screeningfunktionen übernehmen. In terminierten Schnell- oder nicht terminierten Run-in-Sprechstunden übernehmen Rheumatolog:innen selbst die Triage zwischen entzündlichen und nichtentzündlichen Patient:innen. Häufig haben die regional oder überregional etablierten Programme Komponenten aus verschiedenen Modellen integriert, wie z. B. das Telefonscreening durch RFAs mit anschließender Terminierung ärztlicher Schnellsprechstunden oder die Kombination von Fragebogen- und zuweiserbasierten Systemen. Ein Beispiel ist das webbasierte Zugangssystem RhePORT, das Patient:innen selbst, aber auch zuweisenden Ärzt:innen ermöglicht, nach

Tab. 1 Übersicht verschiedener Screeningkonzepte zur Steuerung der Zuweisung zu Rheumatolog:innen

Bezeichnung	Erstselektion	Voraussetzung	Vorteile	Potenzielle Limitierungen	Ausmaß der Vorselektion
Telefon-screening	RFA	Geschultes Personal, telefonische Erreichbarkeit	Individuelle Auswahl, Zugang für seltene Erkrankungen, Berücksichtigung von Vorbefunden	Zeitliche Ressourcen der RFAs, Überforderung der medizinischen Urteilskraft der RFA, Diskussionen am Telefon	++
Fragebogen-screening	Patientenfragebogen (analog oder digital)	Möglichst validierte Fragebögen, Personal für Auswertung	Objektive Kriterien für Terminvergabe, ressourcenschonende Abläufe	Screening nur für häufige rheumatische Erkrankungen, setzt kognitive Fähigkeiten und Sprachkenntnisse der Patient:innen voraus	++
Externes Screening	Geschulter primärvorsorgender Ärzt:in	Schulung von Allgemeinärzt:innen, Internist:innen und Orthopäd:innen	Auslagern des Screenings, Entlastung der rheumatologischen Ressourcen	Fehlende Identifikation der zuweisenden Ärzt:innen mit knappen rheumatologischen Terminen, evtl. unrichtige Angaben	+
Kurz-(Screening-) Sprechstunde mit Termin	Rheumatolog:in	Ausreichend Ressourcen von Ärzt:innen und MFAs	Screening wird bereits honoriert, höhere Zufriedenheit bei Zuweisen und Patient:innen, hohe Sensitivität für entzündliche Diagnose	Hoher Zeitaufwand, kurze Arzttermine	-
Run-in-Sprechstunden	Rheumatolog:in			Hoher Zeitaufwand, regionale Beschränkung nötig, u. U. lange Wartezeiten bei Termin, kurze Arzttermine	-

RFA rheumatologische Fachassistenz, *MFAs* medizinische Fachangestellte

Ausfüllen Score-basierter Fragebögen priorisierte Termine bei einem Rheumatologen zu erhalten (www.rheport.de). Fast regelhaft zu finden sind weitere Selektionsschritte von Patient:innen in ausführlichere oder kürzere Sprechstunden sowie auch in Notfall-, Früh- und Elektivsprechstunden mit Terminwartzeiten von wenigen Tagen, Wochen bis zu Monaten. Die in **Tab. 1** dargestellten Konzepte können wesentlich zu einer flächendeckenden rheumatologischen Versorgung unter Wahrung des Ziels der frühen Diagnose und Therapie rheumatischer Erkrankungen beitragen.

Disease-Management-Programm

Am 18.03.2021 wurde das Disease-Management-Programm (DMP) um die RA erweitert. Erwartet wird, dass die Richtlinie nach Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Sommer 2021 in Kraft tritt, sodass anschließend über die lokalen Kassenärztlichen Vereinigungen die praktische Umsetzung erfolgen kann. Voraussichtlich können ab 2022 Patient:innen mit RA in das DMP aufgenommen werden.

DMPs sind strukturierte Behandlungsprogramme mit dem Ziel, bestehende Versorgungsdefizite abzubauen und so die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Ver-

sorgung zu verbessern. Erreicht werden soll dies insbesondere durch Koordination der Versorgung durch ein Praxisteam, Förderung der Kooperation aller Beteiligten, differenzierte Therapieplanung unter Einbeziehung der Patient:innen, leitliniengerechte (nicht)medikamentöse Behandlung sowie Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten durch strukturierte Patientenschulungen.

Da DMPs hausarztzentrierte Programme sind, ist das Überweisungserfordernis zum Spezialisten (Rheumatolog:innen) genau festgelegt. Um einerseits Behandlungskapazitäten (durch qualifizierte Hausärzt:innen) zu erweitern, andererseits allen Patient:innen das strukturierte Behandlungsprogramm zur Verfügung zu stellen, können in Ausnahmefällen (eigene Patient:innen) auch Rheumatolog:innen koordinierende Ärzt:innen sein.

Eine gesicherte Diagnose ist ein Einschreibekriterium. Um bei der Behandlung der RA das „window of opportunity“ zu nutzen, kann die/der Patient:in durch Hausärzt:innen nach Anwendung der Klassifikationskriterien ins DMP aufgenommen werden und eine Therapieeinleitung erfolgen. Die Diagnosesicherung durch die/den Fachärzt:in sollte dann in einem definierten Zeitraum zwingend erfolgen. Die akti-

ve Einbindung der Patient:innen steht wie in allen DMPs im Vordergrund.

» Gesicherte Diagnose ist ein Einschreibekriterium für das DMP RA

Das DMP RA bietet eine große Chance, übergreifende Hausarzt-Facharzt-Strukturen auf regionaler Ebene aufzubauen oder zu erweitern und dadurch die Patientenversorgung sowohl hinsichtlich Quantität als auch Qualität nachhaltig zu verbessern. Durch eine bessere Vernetzung und eine arbeitsteilige Patientenbehandlung unter Berücksichtigung der jeweiligen Kompetenzen können die Versorgungsstrukturen effizienter genutzt werden.

Weiterbildungssituation in der Rheumatologie

Mit Verabschiedung der neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) durch den Deutschen Ärztetag wird die ärztliche Weiterbildung auch in der Rheumatologie seit Juli 2020 neu strukturiert [8]. Zur Erlangung der Facharztkompetenz müssen 72 Monate im Gebiet Innere Medizin und davon 36 Monate in der Rheumatologie erbracht werden. Dabei sieht die neue MWBO mindestens 24 Monate in der stationären Pati-

entenversorgung vor; 12 Monate können auch in ambulanten Weiterbildungsstätten erbracht werden. Weiterhin möglich ist die Erlangung der Rheumatologie als zweite Facharztkompetenz nach Erwerb des FA für Innere Medizin [3]. Die Neufassung führt zu einer Änderung im Verhältnis der zu erbringenden Zeiten in der stationären und ambulanten Patientenversorgung. Konnten vorher bis zu 18 Monate ambulant abgeleistet werden, sind es nun nur noch 12 Monate [3]. Damit ergibt sich eine widersprüchliche Situation, dass zwar zunehmend ambulant gearbeitet, aber vorwiegend stationär ausgebildet wird [14]. Bei einem Rückgang der Anzahl stationärer rheumatologischer Einrichtungen ist somit die zukünftige Ausbildung neuer Rheumatolog:innen gefährdet [14]. Außerdem konnten die bestehenden Weiterbildungsstellen aufgrund der Rahmenbedingungen im ambulanten Sektor oft nicht besetzt werden. Deshalb wird es in Zukunft entscheidend sein, den stationären Sektor zu konsolidieren und den ambulanten Sektor weiter auszubauen. Dazu wurden bereits in einigen Bundesländern Sonderregelungen zur Verlängerung der ambulanten Ausbildungszeit implementiert.

Auch die Weiterbildungsinhalte wurden im fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan neu sortiert. Hierbei wird weitestgehend auf Richtzahlen verzichtet. Ausnahmen stellen die Arthrosonographie (200), der DEXA (Dual-Röntgen-Absorptiometrie)-Scan (50) und Gelenkpunktionen (100) dar. Alle übrigen Bereiche werden durch den Weiterbilder als kognitive und Methoden- sowie Handlungskompetenz bestätigt [3]. Für den stationären Bereich halten nur 50% der Kliniken eine volle Weiterbildungsermächtigung zur Erlangung der Facharztkompetenz vor [14]. Damit müssen fehlende Inhalte in anderen Einrichtungen abgeleistet oder Kooperationen mit externen Anbietern eingegangen werden. Ob häufig geäußerte Kritikpunkte der Weiterzubildenden wie fehlendes Mentoring (51,4%), fehlende Struktur der Weiterbildung (46,6%) oder fehlende Rotation (15,5%) sich unter dem neuen Ausbildungskonzept verbessern, bleibt abzuwarten [14].

Insgesamt sind die Zahlen neu erworbener Facharztkompetenzen bundesweit

weiterhin auf zu niedrigem Niveau [12]. Eine wesentliche Besserung ist auch unter der neuen MWBO unwahrscheinlich. Eine Stärkung des ambulanten Sektors als Ausbilder könnte die Situation verbessern, bedarf aber einer erneuten Anpassung des Ausbildungssystems, z. B. durch Erhöhung der Ausbildungszeit und/oder Berücksichtigung des besonderen Aufwandes. Zudem braucht die Rheumatologie mehr Nachwuchs, welcher durch die Umsetzung gezielter Programme, wie beispielsweise die Kampagne des Bündnisses für Rheumatologie (www.rheuma2025.de) sowie das Famulaturprogramm des BDRh (www.rheumatologie-begeistert.de), gewonnen werden soll.

Diskussion

Das Ziel moderner Versorgungskonzepte in der Rheumatologie ist es, allen Patient:innen mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen eine frühe Diagnose und konsequente leitliniengerechte Behandlung zu garantieren. Dies muss flächendeckend ohne regionale Lücken oder qualitative Abstriche der Fall sein. Allerdings ist aufgrund der aktuellen Weiterbildungsrate sowie Altersstruktur zu erwarten, dass die Zahl an Rheumatolog:innen auch in den kommenden Jahren hinter dem Bedarf zurückbleiben wird [17], und auch zur Umsetzung der Versorgungsinitiativen sind Ressourcen notwendig. Vor allem bei der ASV und Selektivverträgen können hohe Initial-, Administrations- und Dokumentationsaufwände anfallen. Eine Einsparung rheumatologischer Ressourcen ist v. a. durch die Vorselektion von Patient:innen mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen und die Erweiterung der Behandlungskapazitäten durch Hausärzt:innen in DMPs oder durch RFAs denkbar, wobei auch hier Ressourcen an anderer Stelle verfügbar sein müssen [2].

» Die Zahl an Rheumatolog:innen wird auch in den kommenden Jahren hinter dem Bedarf zurückbleiben

Außerdem muss die Verschiebung von Verantwortlichkeiten auch von den Patienten akzeptiert werden. Sowohl zur Ver-

sorgungsstruktur als auch zu den Auswirkungen der Versorgungsinitiativen sind weitergehende Evaluationen wünschenswert, um Versorgungsdefizite und deren Auswirkung auf die ambulante rheumatologische Versorgung präzisieren und Versorgungsinitiativen entsprechend tatsächlicher Strukturen ausbauen zu können.

Um die genannte Mission langfristig zu erfüllen, muss die Zahl der Rheumatolog:innen nachhaltig gesichert werden. Dazu muss die Verfügbarkeit von stationären und ambulanten Weiterbildungsstellen inklusive relevanter Fachkompetenzen sichergestellt und bereits im Studium sowie bei einer jungen Generation von Ärzt:innen die Begeisterung für die Rheumatologie geweckt werden.

Fazit für die Praxis

- Die Zahl der ambulant tätigen Rheumatolog:innen bleibt hinter dem ermittelten Bedarf zurück. Daher soll die Zahl der Rheumatolog:innen erhöht und die Versorgung durch innovative Konzepte verbessert werden.
- Eine Steigerung der Facharztweiterbildung „Rheumatologie“ durch Gewinnung von Student:innen sowie ggf. erneuter Anpassung der MWBO (Musterweiterbildungsordnung) ist dringend geboten.
- Da die frühe Diagnose und Therapie für die Prognose rheumatologischer Patient:innen eine Schlüsselrolle spielen, soll gezielte Patientensteuerung durch Screening-Tools erfolgen.
- Neue Versorgungskonzepte wie das DMP (Disease-Management-Programm) und die ASV (ambulante spezialfachärztliche Versorgung) setzen auf verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Fachärzt:innen sowie Fach- und Hausärzt:innen.
- Darüber hinaus setzt das DMP auf Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten durch strukturierte Patientenschulungen.

Korrespondenzadresse



Sonja Froschauer

Berufsverband Deutscher Rheumatologen e. V.
Dr.-Max-Str. 21, 82031 Grünwald, Deutschland
sonja.froschauer@libertamed.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Froschauer, T. Muth, L. Bredow, E. Feist, S.P. Heinemann-Dammann, S. Zinke und C. Fiehn geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

- ASV Verzeichnis <https://www.asv-servicestelle.de/home/asv-verzeichnis>. Zugegriffen: 3. Mai 2021
- Benesova K, Lorenz HM, Lion V et al (2019) Früh- und Screeningsprechstunden: Ein notwendiger Weg zur besseren Frühversorgung in der internistischen Rheumatologie? *Z Rheumatol* 78:722–742. <https://doi.org/10.1007/s00393-019-0683-y>
- Bundesärztekammer (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018. https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20201112_13_MWBO-2018.pdf. Zugegriffen: 27. Mai 2021
- Bundesärztekammer Ärztestatistik zum 31. Dezember 2020. https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf. Zugegriffen: 20. Mai 2021
- Edelmann E (2014) Schnittstellen in der ambulanten und stationären rheumatologischen Versorgung. *Z Rheumatol* 73:505–513. <https://doi.org/10.1007/s00393-014-1374-3>
- Fiehn C, Baraliakos X, Edelmann E et al (2020) Aktueller Stand, Ziele und Qualitätsstandards der ambulanten Versorgung in der Rheumatologie: Positionspapier des Berufsverbandes der deutschen Rheumatologen (BDRh). *Z Rheumatol* 79:770–779. <https://doi.org/10.1007/s00393-020-00872-6>
- Fiehn C, Holle J, Iking-Konert C et al (2018) S2e-Leitlinie: Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten. *Z Rheumatol* 77:35–53. <https://doi.org/10.1007/s00393-018-0481-y>

Care atlas rheumatology. Approaches and concepts for improving care in outpatient rheumatology

Inflammatory rheumatic diseases affect 1.5 million adults and an estimated 20,000 children and adolescents throughout Germany. The successful treatment of these patients is largely based on the availability of high-quality medical care. To be able to provide sufficient care and prevent long waiting times even though the number of rheumatologists is below demand, efficient practice structures and approaches that go beyond standard care play an important role. The present study takes a look at the current state of rheumatological outpatient care as well as innovative care initiatives to support the service provision structures and to improve the care situation in rheumatology and points out: to ensure guideline-based care despite scarce resources, selective contracts, integrated outpatient specialist care (ASV), early or emergency consultation hours, disease management programs (DMP) and appropriate delegation of medical services play an important role. New care concepts increasingly focus on interdisciplinary cooperation (DMP and ASV), strengthened self-management through structured patient training (DMP) and targeted patient management through screening tools. To ensure an up to date and high-quality treatment in the long term, an increase in further training in rheumatology is necessary. This should be achieved by attracting more students and, if necessary, adjusting the training system.

Keywords

Integrated outpatient specialist care · Disease management program · Shortage of care · Early consultation · Advanced training

- Fleck M, Berliner MN, Krause A (2021) Neue Musterweiterbildungsordnung – Konsequenzen für die Weiterzubildenden und die Weiterbilder in der Rheumatologie. *Z Rheumatol* 80:9–13. <https://doi.org/10.1007/s00393-020-00930-z>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes Ärztinnen und Ärzte, die mit SP bzw. FA Bezeichnung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=37357534&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=118&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=. Zugegriffen: 20. Mai 2021
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Schwerpunktbezeichnung. https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=61858269&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=614&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=. Zugegriffen: 20. Mai 2021
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung. https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=61858269&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=656&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=. Zugegriffen: 20. Mai 2021
- Krusche M, Sewerin P, Kleyer A et al (2019) Facharztweiterbildung quo vadis? *Z Rheumatol* 78:692–697. <https://doi.org/10.1007/s00393-019-00690-5>
- Minden K, Niewerth M (2012) Rheumakranke Kinder und Jugendliche. *Monatsschr Kinderheilkd* 160:237–243. <https://doi.org/10.1007/s00112-011-2548-6>
- Pfeil A, Fleck M, Keyßer G (2021) Weiterbildungssituation in der Rheumatologie aus Sicht der Weiterbilder. *Z Rheumatol* 80:22–26. <https://doi.org/10.1007/s00393-020-00922-z>
- Schneider M, Baseler G, Funken O et al (2020) Management der frühen rheumatoiden Arthritis. *Z Rheumatol* 79:1–38. <https://doi.org/10.1007/s00393-020-00775-6>
- Schuch F, Kern P, Kreher G et al (2011) Das Curriculum „Rheumatologische Fachassistenz DGRh-BDRh“ als Weg der Professionalisierung medizinischer Assistenzberufe. *Z Rheumatol* 70:670. <https://doi.org/10.1007/s00393-011-0840-4>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00393-017-0297-1>