

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Marlies Volkmer, Mechthild Rawert, Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/4568 –**

Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Vorbemerkung der Fragesteller

Rund 2 Prozent der erwachsenen Bevölkerung und rund 15 000 Kinder in Deutschland sind dem Robert Koch-Institut zufolge von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen betroffen. Allein an rheumatoider Arthritis sind in Deutschland etwa 800 000 Menschen erkrankt. Anders als beispielsweise bei Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen erschließt sich die Bedeutung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen – obwohl nicht heilbar – weniger aus dem Sterberisiko (obwohl auch dieses vorwiegend durch kardiovaskuläre Erkrankungen erhöht ist) als aus schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Lebensqualität der Betroffenen, die von der Einschränkung oder dem Verlust der Erwerbsfähigkeit bis zur Pflegebedürftigkeit führen können.

Spezialisten für die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind Rheumatologinnen und Rheumatologen. Sie haben die Aufgabe, die Diagnose zu stellen oder zu überprüfen, die medikamentöse Behandlung mit so genannten Basistherapeutika einzuleiten und in regelmäßigen Abständen zu überwachen. Sie arbeiten eng mit den Hausärzten der rheumakranken Patientinnen und Patienten zusammen, die die Basisversorgung auch bei diesen Erkrankungen leisten. Schwere Verlaufsformen sollten ganz in der Hand von Rheumatologinnen und Rheumatologen verbleiben.

Nach Angaben des Deutschen Rheumaforschungszentrums wird nur jeder zweite Patient bzw. Patientin an einen Rheumatologen oder eine Rheumatologin überwiesen. Auch nach Aussagen des Robert Koch-Instituts bestehen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen Versorgungslücken. So kommt der erste Kontakt mit einem Rheumatologen/einer Rheumatologin nach den Daten der rheumatologischen Kerndokumentation relativ spät im Krankheitsverlauf zustande. Bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis findet eine solche Konsultation im Mittel erst 1,1 Jahre nach Beginn der Beschwerden statt.

Dabei stellen gerade bei der rheumatoiden Arthritis die ersten drei bis sechs Monate der Erkrankung ein „therapeutisches Fenster“ dar, innerhalb dessen

der Krankheitsprozess gestoppt oder nachhaltig verändert werden kann. Neueste Daten belegen, dass eine Behandlung innerhalb der ersten sechs Monate nach Auftreten der ersten Symptome bei der Hälfte der Patienten eine Remission der Krankheit (temporäres oder dauerhaftes Nachlassen von Krankheitssymptomen) herbeiführen kann. Frühe Diagnose und Therapieeinleitung mit einem Basistherapeutikum sind damit von entscheidender Bedeutung für das weitere Schicksal der Betroffenen.

Das Robert Koch-Institut wie die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V. führen die späte Vorstellung beim Rheumatologen auf die zu geringe Anzahl an Rheumatologinnen und Rheumatologen in Deutschland zurück. Laut Arztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung waren Ende 2006 426 vertragsärztlich tätige und 153 ermächtigte internistische Rheumatologinnen und Rheumatologen an der ambulanten Versorgung beteiligt. In einem Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V. wird der Mindestbedarf an internistischen Rheumatologinnen und Rheumatologen für ganz Deutschland auf 1 350 geschätzt.

Das Europäische Parlament hat in einer „Erklärung zu rheumatischen Erkrankungen“ die EU-Kommission und den Rat aufgefordert, „den rheumatischen Erkrankungen in Anbetracht ihrer hohen sozialen und wirtschaftlichen Kosten größere Bedeutung beizumessen“ sowie „den Mitgliedsländern nahe zu legen, nationale Programme zur Bekämpfung rheumatischer Krankheiten einzuführen und die Durchführung dieser Programme zu fördern“.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates (muskuloskelettale Erkrankungen), zu denen auch rheumatische Erkrankungen zählen, haben eine große Bedeutung für die Krankheitshäufigkeit (Morbidität), hingegen eine geringere Bedeutung für die Sterblichkeit (Mortalität).

Man unterscheidet häufig vier übergreifende Gruppen rheumatischer Krankheiten:

- entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankungen (z. B. rheumatoide Arthritis, ankylosierende Spondylitis (früher: Morbus Bechterew), Lupus erythematoses),
- degenerative Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen (z. B. Arthrose der Knie und Hüfte)
- Weichteilrheumatismus (z. B. Fibromyalgie),
- Stoffwechselerkrankungen mit rheumatischen Beschwerden (z. B. Gicht; häufig wird auch die Osteoporose hierunter gefasst).

Exakte Angaben über die Zahl von Rheuma betroffener Menschen sind aufgrund der vielfältigen Erscheinungs- und Verlaufsformen sowie der zum Teil relativen Seltenheit einzelner Krankheitsbilder nur schwer zu ermitteln. Der Hauptanteil dürfte mit schätzungsweise 5 Millionen Betroffenen auf die Gruppe der an Gelenkarthrosen (insbesondere Knie, Hüfte) Leidenden entfallen.

Bei den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen handelt es sich um eine zahlenmäßig kleinere Gruppe von unterschiedlichen Krankheiten des Immunsystems. Allen entzündlich-rheumatischen Krankheiten ist gemeinsam, dass sie nur selten spontan ausheilen und daher einer dauerhaften Behandlung bedürfen. In vielen Fällen verlaufen diese Erkrankungen chronisch progredient, so dass die Betroffenen eine Verschlechterung ihrer Lebensqualität erleben. Auch gehen entzündlich-rheumatische Erkrankungen in der Regel mit Schmerzen an Gelenken und Bewegungseinschränkungen einher und können zudem innere Organe, z. B. Herz, Niere, in Mitleidenschaft ziehen.

Zu den entzündlich-rheumatischen Krankheiten des Erwachsenenalters gehören mehr als 100 verschiedene, darunter auch seltene, Krankheitsbilder.

Es werden drei große Gruppen entzündlich-rheumatischer Krankheiten unterschieden:

- die entzündlichen Gelenkerkrankungen mit der rheumatoiden Arthritis (RA) als wichtigster Einzeldiagnose,
- die entzündlichen Erkrankungen der Wirbelsäule und einzelner Gelenke (Spondyloarthritis) mit der ankylosierenden Spondylitis als typischer Krankheit sowie
- die Gruppe der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen der Gefäße und des Bindegewebes (Vaskulitiden und Kollagenosen) mit dem systemischen Lupus erythematoses (SLE) als häufigster Einzeldiagnose.

Die Ursachen der meisten entzündlich-rheumatischen Krankheiten sind bis heute nicht abschließend geklärt. Es gilt jedoch als gesichert, dass komplexe genetische, immunologische und hormonelle Prozesse mit Umweltfaktoren (z. B. Infektionen, Rauchen) zusammenwirken.

Von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind laut Angaben des Robert Koch-Instituts circa 2 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland betroffen. An einer rheumatoiden Arthritis – als häufigstem Erscheinungsbild einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung – sind zwischen 0,5 und 0,8 Prozent der erwachsenen Bevölkerung erkrankt. Schätzungsweise 15 000 Kinder und Jugendliche in Deutschland leiden an einer juvenilen idiopathischen (ungeklärte Ursache) Arthritis.

Aufgrund der Vielfältigkeit der Beschwerden, Symptome und Verläufe von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ist die Frühdiagnostik, das Stellen einer genauen Diagnose und die zeitnahe Einleitung einer adäquaten Therapie eine große Herausforderung für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Je früher eine entzündlich-rheumatische Erkrankung entdeckt und behandelt wird, um so höher sind die Chancen, den Verlauf der Erkrankung zu mildern oder anzuhalten.

Daher hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) von 2004 bis 2007 das Projekt „Gute Versorgung von Anfang an“ der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e. V. gefördert. Ziele des Projektes waren zum einen, Hausärztinnen und Hausärzte für die Gelenkschwellung als Leitsymptom von Rheuma und damit für eine frühzeitige Diagnosestellung stärker zu sensibilisieren und zugleich die Kommunikation zwischen Ärztin oder Arzt und Betroffenen zu verbessern, zum anderen die Zusammenarbeit zwischen Hausärztin oder -arzt und Rheumatologin oder Rheumatologen zu optimieren und somit die Zeit bis zum Beginn einer fachärztlichen Behandlung zu verkürzen. Der Erfolg des Projektes zeigte sich darin, dass sich der Zeitraum bis zur fachärztlichen Behandlung eines Rheumabetroffenen von 1,6 Jahren auf 1,1 Jahre verkürzte. Das im Rahmen des Projektes entwickelte Schulungsmodul „Gelenkschwellung“ wurde im Jahr 2005 durch das Institut für hausärztliche Fortbildung zertifiziert und findet seither Anwendung in der Praxis.

Eine frühzeitige Diagnose der Erkrankung und eng verzahnte, interdisziplinäre Abläufe zwischen ambulanter haus- und fachärztlicher Behandlung und stationärer Versorgung sowie Rehabilitation sind wesentliche Elemente für eine qualitativ hochwertige Versorgung von Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. In diesem Sinne haben sich seit 1992 mit anfänglicher finanzieller Unterstützung durch das BMG 30 „Regionale Kooperative Rheumazentren“ erfolgreich entwickelt. Die Rheumazentren gruppieren sich um eine Universitätsklinik und fassen rheumatologische und kinderrheumatologische Kranken-

häuser, Rehabilitationskliniken und niedergelassene Rheumatologen der Region zusammen. Sie sind Ansprechpartner und Anlaufstelle für die Rheumakranken und kooperieren eng mit Hausärzten, Internisten, Orthopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen und Selbsthilfegruppen. Ziel dieses Netzwerks, das von der Arbeitsgemeinschaft der Regionalen Kooperativen Rheumazentren innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) getragen wird, ist eine bundesweite gute Versorgung Rheumakrankter. Die Diagnose- und Therapieempfehlungen der DGRh werden dabei von den Rheumazentren als Instrument der Qualitätssicherung breit eingesetzt. Ferner liefern 20 Rheumazentren Daten für die bundesweite Kerndokumentation von erwachsenen Rheumapatienten.

Diese Kerndokumentation ermöglicht es, die Krankheitslast und Folgen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen sowie Aspekte der Versorgung abzubilden. Damit ist sie u. a. von großem Wert für die Qualitätssicherung der rheumatologischen Versorgung und die Planung von Versorgungsangeboten. Die Kerndokumentation wurde von 1993 bis 1999 durch das BMG im Rahmen des Programms zum Aufbau regionaler Rheumazentren und von 1999 bis 2007 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Programms „Kompetenznetze in der Medizin“ gefördert. Das Kompetenznetz Rheuma ist seit 2004 als Arbeitsgemeinschaft in die DGRh integriert und repräsentiert die Forschungsaktivitäten der Fachgesellschaft.

Die Bundesregierung hat in den letzten Jahren auf den Gebieten der Prävention, Versorgung und Forschung weitere übergreifende und zum Teil gezielte Anstrengungen unternommen, um die Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zu verbessern.

1. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung bisher ergriffen, um die Prävention, die Diagnostik und die Therapie rheumatischer Erkrankungen zu verbessern und so Erkrankungen so früh wie möglich zu erkennen, Krankheitsfolgen und Folgekrankheiten zu verhindern oder zu mindern und den Erhalt der Erwerbsfähigkeit von Rheuma-Patienten zu fördern?
2. Welche weiteren Maßnahmen wird die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode ergreifen?

Die Fragen 1 und 2 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Aufgrund der komplexen und zum Teil nicht abschließend geklärten Ursachen, die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zugrunde liegen, sind die Möglichkeiten eines primärpräventiven Ansatzes begrenzt. Bekannt ist, dass Nikotingenuss ein Risikofaktor für einige entzündliche Gelenkerkrankungen ist. Daher sind alle Maßnahmen, die verhindern, dass Menschen mit dem Rauchen beginnen bzw. die sie bei der Tabakentwöhnung unterstützen, auch für Menschen mit einer Disposition für entzündlich-rheumatische Erkrankungen von Bedeutung. Vor allem bei der Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen waren während der letzten Jahre in Deutschland deutliche Fortschritte zu verzeichnen. Nach den neuesten Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat die Zahl der Raucherinnen und Raucher im Alter von 12 bis 17 Jahren einen absoluten Tiefstand erreicht. Sie lag 2008 bei 15 Prozent der weiblichen und 16 Prozent der männlichen Jugendlichen, für 2010 ist nach aktuellen Befragungen ein weiterer Rückgang auf 12 Prozent bzw. 14 Prozent zu verzeichnen.

Ausreichende körperliche Bewegung und sportliche Aktivität können den Verlauf rheumatischer Erkrankungen positiv beeinflussen. Der Nationale Aktions-

plan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängende Krankheiten IN FORM soll allgemein das Bewegungs- und Ernährungsverhalten verbessern und einen gesunden Lebensstil fördern. Einzelne Risikofaktoren oder Krankheiten werden jedoch nicht in den Mittelpunkt gestellt, sondern vielmehr eine nationale Strategie zur Unterstützung gesundheitsförderlicher Alltagsstrukturen beschrieben. Damit können verschiedene – chronische – Krankheiten vermieden bzw. hinaus gezögert werden. Der Aktionsplan hat eine Laufzeit bis zum Jahr 2020.

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf präventive Leistungen sowie die erforderliche Diagnostik und Therapie von Erkrankungen. Dies gilt selbstverständlich auch für Patientinnen und Patienten mit rheumatischen Erkrankungen.

Der Anspruch auf Krankenbehandlung besteht, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Bei der Ausgestaltung der Krankenbehandlung ist den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen (§ 2a SGB V).

Sofern durch eine rheumatische Erkrankung die Erwerbsfähigkeit der Versicherten bedroht oder bereits beeinträchtigt ist, erhalten sie vom zuständigen Träger der Rentenversicherung die erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie die sie ergänzenden unterhaltssichernden Leistungen, um ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern oder wieder herzustellen (vgl. § 9 SGB VI). Die Versicherten haben einen Anspruch auf medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der Krankenversicherung (§§ 23, 40 SGB V), sofern die Träger der Rentenversicherung nicht zuständig sind. Rehabilitationssport und Funktionstraining werden als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowohl von der Renten- als auch von der Krankenversicherung erbracht (§ 43 Absatz 1 SGB V und § 28 SGB VI i. V. m. § 44 Absatz 1 Nummer 3 SGB IX). Zu den Vereinbarungspartnern der auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation beschlossenen und zum 1. Januar 2011 in Kraft getretenen geänderten „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ gehört neben den Rehabilitationsträgern (Kranken-, Renten- und Unfallversicherung) auch die Deutsche Rheuma-Liga. Die Probleme und Bedürfnisse von Menschen mit einer rheumatischen Erkrankung werden in der „Rahmenvereinbarung“ in besonderer Weise berücksichtigt.

Krankenkassen erbringen wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke (§ 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V). Die gesetzlichen Regelungen gewährleisten, dass die Krankenkassen die Kosten für notwendige Heil- und Hilfsmittel sowie für Arzneimittel zur Behandlung rheumatischer Erkrankungen übernehmen. Es gibt keine Budgetbegrenzungen für Arzneimittel. Auch die Kosten für medizinisch notwendige und zweckmäßige Spezialpräparate werden übernommen, wenn sie ärztlich verordnet sind, und können als Praxisbesonderheit anerkannt werden.

Die gesundheitspolitischen Reformen der Bundesregierung hatten und haben das Ziel sicherzustellen, dass auch künftig alle Menschen – insbesondere chronisch kranke Menschen – eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung auf dem aktuellen Stand des Fortschritts zu finanzierbaren Bedingungen erhalten.

Mit dem am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Finanzierbarkeit und die solidarische Absicherung auf dem bewährten hohen

Leistungsniveau gefestigt. Durch eine gemeinsame Anstrengung von Beitrags- und Steuerzahlern sowie Leistungserbringern wird 2011 ein Milliardendefizit in der gesetzlichen Krankenversicherung verhindert. Auch dauerhaft wird das System stabilisiert – durch das Umsteuern hin zu einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen mit einem automatischen und unbürokratischen Sozialausgleich, finanziert über Steuermittel. Damit werden erstmals alle Einkommensarten, vor allem auch höhere Einkommen, in die Solidarität einbezogen. Auch die weiteren in dieser Legislaturperiode geplanten Reformen dienen dem Ziel, eine flächendeckende, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung in ganz Deutschland zu sichern.

3. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen entstehen?

Der Bundesregierung liegen über die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen entstehen, keine Erkenntnisse vor.

Ausführungen zu den Krankheitskosten und -folgen finden sich im Themenheft 49 „Entzündlich-rheumatische Erkrankungen“ des Robert Koch-Instituts im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

4. Wie viele internistische Fachärztinnen und -ärzte mit der Facharzt/Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie praktizieren in den Planungskreisen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen?

In wie vielen Planungsbereichen wird das Verhältnis von mindestens einem internistischen Rheumatologen auf 50 000 erwachsene Einwohner erreicht?

Zur Beantwortung der ersten Teilfrage ist eine tabellarische Übersicht mit Angaben des Bundesarztregisters (Arztdaten zum 31. Dezember 2009) sowie des Statistischen Bundesamtes (Einwohnerdaten zum 31. Dezember 2009) als Anlage 1 beigefügt. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen Sachsen und Sachsen-Anhalt die Gebietsreformen der Jahre 2007 und 2008 bereits berücksichtigt sind. Die aus diesen Reformen sich ableitenden Änderungen der Zuschnitte der Planungsbereiche in Sachsen und Sachsen-Anhalt sind zwar noch nicht in die Bedarfsplanungs-Richtlinie übernommen worden, die Auswertung der Rheumatologen-Daten aus dem Bundesarztregister zum Stichtag 31. Dezember 2009 lässt jedoch keine eindeutige Zuordnung auf den Gebietsstand vor dem Jahr 2009 zu.

Zur zweiten Teilfrage ist mitzuteilen, dass zum 31. Dezember 2009 bundesweit in neun Planungsbereichen ein Verhältnis von mindestens einem fachärztlich tätigen internistischen Rheumatologen zu je 50 000 erwachsenen Einwohnern erreicht wurde. Die Auflistung der neun ermittelten Planungsbereiche ist als Anlage 2 beigefügt.

5. Wie beurteilt die Bundesregierung Forderungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V. und der Deutschen Rheuma-Liga e. V., wonach für eine bedarfsgerechte Versorgung das erwähnte Verhältnis von mindestens einem internistischen Rheumatologen auf 50 000 erwachsene Einwohner erforderlich sei?
6. Welche Maßnahmen wird die Bundesregierung ergreifen, damit künftig der Gemeinsame Bundesausschuss für die Rheumatologen eigene, von der Inneren Medizin unabhängige Bedarfszahlen festlegt?
Welche alternativen Maßnahmen plant die Bundesregierung?

Die Fragen 5 und 6 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat auf Grundlage der gesetzlichen Vorgaben in seiner Bedarfsplanungs-Richtlinie Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt. Aus diesen ergibt sich in jedem Planungsbereich für jede Arztgruppe ein Versorgungsgrad. Wird ein bestimmtes Verhältnis von Ärztinnen/Ärzten je Einwohner in einem Gebiet (Planungsbereich) überschritten, wird dieses Gebiet für neue Zulassungen gesperrt. Die Richtlinie lässt die Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze allerdings ausnahmsweise dann zu, wenn dies zur Versorgung der Versicherten notwendig ist (sog. Sonderbedarfszulassung). Die Entscheidung hierüber treffen die jeweiligen Zulassungsausschüsse.

Nach aktuellen Informationen des Bundesarztregisters nahmen zum Stichtag 31. Dezember 2009 an der vertragsärztlichen Versorgung bundesweit 645 internistische Rheumatologinnen und Rheumatologen teil. Darunter nahm im Vergleich zum Vorjahr die Zahl der niedergelassenen internistischen Rheumatologinnen und Rheumatologen um rd. 5 Prozent auf 492 zu.

Es ist Aufgabe des G-BA zu beurteilen, ob und inwieweit die Forderung der Deutschen Rheuma-Liga, eine von den Internisten unabhängige Bedarfsplanung für Rheumatologen vorzunehmen, um so gezielt neue Zulassungsmöglichkeiten für rheumatologisch qualifizierte Internisten zu schaffen, für eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten notwendig und sachgerecht ist. Dieser hat die rechtlichen Möglichkeiten, die bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppen neu zu bestimmen. Im Rahmen einer grundlegenden Überarbeitung der Bedarfsplanungs-Richtlinie wird dieses Anliegen bereits in den Gremien des G-BA diskutiert. Ob ergänzend hierzu gesetzlicher Änderungsbedarf besteht, um die ärztliche Versorgung von Menschen mit rheumatischen Erkrankungen sicherzustellen, wird im Rahmen des für 2011 anstehenden Reformgesetzes diskutiert werden.

Zu berücksichtigen ist darüber hinaus, dass Patientinnen und Patienten mit rheumatischen Erkrankungen auch von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung sowie von orthopädischen Rheumatologen versorgt werden. Nach aktuellen Informationen des Bundesarztregisters nahmen zum Stichtag 31. Dezember 2009 an der vertragsärztlichen Versorgung bundesweit 578 orthopädische Rheumatologinnen und Rheumatologen sowie rund 13 000 Internistinnen und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung (haus- und fachärztlich) teil. Leider liegen hinsichtlich der letztgenannten Arztgruppe keine näheren Informationen darüber vor, wie viele davon auch an Rheuma erkrankte Versicherte behandeln.

7. Wie viele Universitätskliniken haben derzeit einen eigenständigen Lehrstuhl für Rheumatologie?

In Deutschland haben fünf Universitätskliniken einen eigenständigen Lehrstuhl für Rheumatologie (C4- bzw. W3-Professuren): Berlin, Düsseldorf, Erlangen, Gießen und Lübeck.

8. Wie beurteilt die Bundesregierung die Ausbildungskapazitäten an Universitäten und den Stellenwert der Rheumatologie in der medizinischen Ausbildung?
9. Welche Maßnahmen wird die Bundesregierung ergreifen, um gemeinsam mit den zuständigen Bundesländern eine Verbesserung der Situation zu erreichen?

Für die Durchführung der Ausbildung einschließlich der zur Verfügung gestellten Kapazitäten sind in Deutschland die Länder zuständig. Insofern ist die Frage nach den Ausbildungskapazitäten an Universitäten an die Länder zu richten.

Krankheiten des rheumatischen Formenkreises sind Prüfungsstoff des schriftlichen Teils des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (vgl. § 29 Absatz 3 Satz 2 i. V. m. Anlage 15 der Approbationsordnung für Ärzte). Sie nehmen damit einen angemessenen Stellenwert in der medizinischen Ausbildung ein. Darüber hinaus kann die Rheumatologie als Wahlfach für die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gewählt werden.

10. Welche rheumatologischen Weiterbildungsangebote sind der Bundesregierung bekannt, und wie beurteilt die Bundesregierung diese Kapazitäten?

An rheumatologischen Weiterbildungsangeboten gibt es die Weiterbildung zum/zur Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie (Rheumatologe/Rheumatologin) sowie die Zusatzweiterbildungen „Kinder-Rheumatologie“ und „Orthopädische Rheumatologie“. Die Weiterbildung fällt in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder. Weiterbildungskapazitäten entziehen sich daher einer Beurteilung durch die Bundesregierung.

11. Wie beurteilt die Bundesregierung Forderungen, ähnlich wie z. B. in Großbritannien oder den Niederlanden, u. a. zur Kontrolle der Krankheitsaktivität rheumatisch geschultes nichtärztliches Personal in die Patientenbetreuung zu integrieren?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, die eine Notwendigkeit des Einsatzes speziell geschulten nichtärztlichen Personals belegen. Darüber hinaus ist die Integration nichtärztlichen Personals in die Patientenbetreuung nur bei entsprechender Fortbildung dieses Personals möglich. Für die Fortbildung sind die Länder zuständig. Insofern ist diese Frage an die Länder zu richten.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 13 hingewiesen (Projekt „Rheumalotse“).

12. Welche Forschungsprojekte im Bereich rheumatisch-entzündlicher Erkrankungen unterstützt die Bundesregierung in welchem Umfang?

Die vom BMBF derzeit unterstützten Forschungsprojekte im Bereich rheumatisch-entzündliche Erkrankungen in den Förderschwerpunkten „Forschungsverbünde zu muskuloskelettalen Erkrankungen“, „Klinische Studien“, „Langzeituntersuchungen“, „Molekulare Diagnostik“ und „Forschungsverbünde zu Seltenen Erkrankungen“ sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Liste der im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung geförderten, laufenden Forschungsprojekte zu rheumatischen Erkrankungen:

Fördermaßnahme	Förderkennzeichen	Institution	Projekttitle	Laufzeit	Fördermittel [Euro]
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1004A	Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin (DRFZ)	ImmunoPain – Neuro-Immun-Interaktion im Schmerzgeschehen	01.06.2010 bis 31.05.2013	296 204
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1004B	Friedrich-Schiller-Universität Jena – Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum – Institut für Physiologie	ImmunoPain – Neuro-Immun-Interaktion im Schmerzgeschehen	01.06.2010 bis 31.05.2013	748 831
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1004C	Charité – Universitätsmedizin Berlin – Campus Benjamin Franklin – Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin	ImmunoPain – Neuro-Immun-Interaktion im Schmerzgeschehen	01.06.2010 bis 31.05.2013	385 311
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1004D	Universität Regensburg – Orthopädische Klinik – Abt. Experimentelle Orthopädie	ImmunoPain – Neuro-Immun-Interaktion im Schmerzgeschehen	01.06.2010 bis 31.05.2013	298 762
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1004E	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg – Universitätsklinikum – Medizinische Klinik III mit Poliklinik und Institut für Klinische Immunologie	ImmunoPain – Neuro-Immun-Interaktion im Schmerzgeschehen	01.06.2010 bis 31.05.2013	418 903
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1008A	Universität Leipzig – Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Rheumatologie	Die Prägung des pathogenen Gedächtnisses rheumatischer Entzündungen (IMPAM)	01.07.2010	352 260
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1008B	Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin (DRFZ)	Die Prägung des pathogenen Gedächtnisses rheumatischer Entzündungen (IMPAM)	01.10.2010	315 815

Fördermaßnahme	Förderkennzeichen	Institution	Projekttitel	Laufzeit	Fördermittel [Euro]
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1008C	Universitätsklinikum Jena – Institut für Klinische Immunologie	Die Prägung des pathogenen Gedächtnisses rheumatischer Entzündungen (IMPAM)	01.09.2010	234 592
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1008D	Westfälische Wilhelms-Universität Münster – Universitätsklinikum – Innere Medizin D – Abt. Nieren-, Hochdruckkrankheiten und Rheumatologie	Die Prägung des pathogenen Gedächtnisses rheumatischer Entzündungen (IMPAM)	01.09.2010	230 625
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1008E	Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg – Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Heidelberg – Medizinische Klinik – Innere Medizin V – Hämatologie, Onkologie und Rheumatologie	Die Prägung des pathogenen Gedächtnisses rheumatischer Entzündungen (IMPAM)	01.09.2010	273 876
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1008F	Universität zu Lübeck – Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Campus Lübeck – Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie	Die Prägung des pathogenen Gedächtnisses rheumatischer Entzündungen (IMPAM)	01.09.2010	171 652
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1008G	Justus-Liebig-Universität Gießen – FB 11 – Medizin und Universitätsklinikum – Innere Medizin – Rheumatologie	Die Prägung des pathogenen Gedächtnisses rheumatischer Entzündungen (IMPAM)	01.09.2010	283 622
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1008H	Klinikum der Universität München – Campus Großhadern – Medizinische Klinik und Poliklinik I	Die Prägung des pathogenen Gedächtnisses rheumatischer Entzündungen (IMPAM)	01.09.2010	234 035
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1009A	Charité - Universitätsmedizin Berlin – Campus Charité Mitte – Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie	Biomarker und Bildgebung zur Diagnose und Stratifizierung der Rheumatoiden Arthritis und Spondylarthritis“ (ArthroMark)	01.09.2010	1 600 648

Fördermaßnahme	Förderkennzeichen	Institution	Projekttitel	Laufzeit	Fördermittel [Euro]
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1009B	Klinikum der Universität München – Campus Innenstadt – Medizinische Klinik – Rheumaeinheit	Biomarker und Bildgebung zur Diagnose und Stratifizierung der Rheumatoiden Arthritis und Spondylarthritis“ (ArthroMark)	01.09.2010	615 804
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1009C	Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main – Klinikum – Zentrum für Innere Medizin	Biomarker und Bildgebung zur Diagnose und Stratifizierung der Rheumatoiden Arthritis und Spondylarthritis“ (ArthroMark)	01.09.2010	362 828
Muskuloskelettale Erkrankungen	01EC1009D	Universitätsklinikum Düsseldorf – Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie	Biomarker und Bildgebung zur Diagnose und Stratifizierung der Rheumatoiden Arthritis und Spondylarthritis“ (ArthroMark)	01.09.2010	179 049
Klinische Studien	01KG0602	Charité – Universitätsmedizin Berlin	Induktionstherapie mit Adalimumab und Methotrexat bei Patienten mit rheumatoider Arthritis	01.11.2006 bis 30.04.2011	1 072 398
Klinische Studien	01KG0706	Eberhard-Karls-Universität Tübingen	Interferon-alpha2a versus Cyclosporin A zur Behandlung des schweren okulären M. Behcet. Eine randomisierte einfach verblindete, nationale Multizenterstudie	01.08.2007 bis 31.07.2012	1 473 014
Klinische Studien	01KG0801	Charité – Universitätsmedizin Berlin	Einfluss von nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) auf die Röntgenprogression bei ankylosierender Spondylitis	01.03.2008 bis 31.08.2011	1 378 116
Langzeituntersuchungen	Verbundprojekt 01ER0812 01ER0813 01ER0828	Deutsches Rheumaforschungszentrum Berlin (DRFZ)	Frühkohorte juvenile idiopathische Arthritis	01.09.2009 bis 31.08.2015	2 505 375
Seltene Erkrankungen	01GM0906		Verbundprojekt: Netzwerk Autoinflammatorische Syndrome bei Kindern und Jugendlichen (AID-Net); Teilprojekt 8b München	01.09.2009 bis 31.08.2012	53 951

Fördermaßnahme	Förderkennzeichen	Institution	Projekttitel	Laufzeit	Fördermittel [Euro]
Seltene Erkrankungen	01GM08100		Verbundprojekt: Netzwerk Autoinflammatorische Syndrome bei Kindern und Jugendlichen (AID-NET); Teilprojekt 1, 5, 7, Koordination	01.03.2009 bis 29.02.2012	933 480
Seltene Erkrankungen	01GM08101		Verbundprojekt: Netzwerk Autoinflammatorische Syndrome bei Kindern und Jugendlichen (AID-NET); Teilprojekt 2: Inflammatorische Caspasen	01.03.2009 bis 29.02.2012	117 134
Seltene Erkrankungen	01GM08102		Verbundprojekt: Netzwerk Autoinflammatorische Syndrome bei Kindern und Jugendlichen (AID-NET); Teilprojekt 3: Analyse von NF-kappaB mediierten Regulationsmechanismen der Interleukin-1beta Sekretion	01.03.2009 bis 29.02.2012	111 144
Seltene Erkrankungen	01GM08103		Verbundprojekt: Netzwerk Autoinflammatorische Syndrome bei Kindern und Jugendlichen (AID-NET); Teilprojekt 4: Molekulare Biologie unkonventioneller Sekretionsprozesse	01.03.2009 bis 29.02.2012	110 388
Seltene Erkrankungen	01GM08104		Verbundprojekt: Netzwerk Autoinflammatorische Syndrome bei Kindern und Jugendlichen (AID-NET); Teilprojekt 6: Register für autoinflammatorische Erkrankungen im Kindesalter	01.03.2009 bis 29.02.2012	247 769

Fördermaßnahme	Förderkennzeichen	Institution	Projekttitel	Laufzeit	Fördermittel [Euro]
Molekulare Diagnostik	01ES0904	Charité – Universitätsmedizin Berlin – Campus Charité Mitte – Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie	Verbund Predict-Bio: Entwicklung eines Custom-Array-Tests für Patienten mit rheu- matischer Arthritis zur Prognose des Therapieerfolges mit anti-TNF-Biologica. Klinisches Projekt (TP 1): CD11c als Prädiktionsmarker und Prüfung weiterer Bio- marker Technologisches Pro- jekt (TP2a): Entwick- lung der Biomarker- plattform	01.05.2010 bis 30.04.2013	659 864
Molekulare Diagnostik	01ES0905	febit biomed GmbH, Heidelberg	Verbund Predict-Bio: Entwicklung eines Custom-Array-Tests für Patienten mit rheu- matischer Arthritis zur Prognose des Therapieerfolges mit anti-TNF-Biologica. Technologisches Projekt (TP 2b): Entwicklung der ana- lytischen Biomarker- Plattform, Anpassung auf Vollblutproben und Validierung des diag- nostischen Tests	01.05.2010 bis 30.04.2013	123 053

13. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um insbesondere die Versorgungsforschung und die Erforschung rheumatischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern?

Derzeit fördert das BMBF in den Förderschwerpunkten „Forschungsverbünde zu Seltenen Erkrankungen“ und „Langzeituntersuchungen“ zwei Verbundprojekte, die die Erforschung rheumatischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen im weiteren Sinne zum Ziel haben. Diese Projekte sind in der obigen Tabelle markiert.

Die Bekanntmachung von Förderrichtlinien, die spezifisch Versorgungsforschung und Forschung bei rheumatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter adressieren, ist derzeit im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung nicht geplant. Im Förderschwerpunkt „Studien in der Versorgungsforschung“ soll eine zweite Förderrunde bekannt gemacht werden. In ihrem Rahmen können auch Fördermittel für Versorgungsforschung zu entzündlich-rheumatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen beantragt werden.

Seit 2007 fördert das BMG das Projekt „Bedarfsgerechte Führung von chronisch Rheumakranken durch Versorgungsangebote im Gesundheitssystem – Rheuma-Lotse“ der Deutschen Rheuma-Liga mit bisher 169 260 Euro. In dem Projekt will die Deutsche Rheuma-Liga ein von ihr erarbeitetes Konzept erproben, wie die Begleitung und Unterstützung von Menschen mit schwerwiegenden rheumatischen Erkrankungen verbessert werden kann. Ziel des bis 2012 angelegten Projektes ist es, die Unterstützung von chronisch Rheumakranken und ihre Orientierung in dem zum Teil, insbesondere im ambulanten Bereich schwer zu durchschauenden Versorgungssystem mittels qualifizierter Beraterinnen und Berater zu verbessern. Das Projekt sieht den, von einer Evaluation begleiteten, modellhaften Einsatz von drei Rheuma-Lotsen in drei Regionen vor (Leipzig, Heilbronn, Wuppertal). Hierbei übernimmt ein Lotse bundesweite Aufgaben für seltene rheumatische Erkrankungen. Die Finanzierung der Rheuma-Lotsen wird von den Krankenkassen Barmer GEK, AOK und DAK sichergestellt.

14. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, um den Informationsstand in der Bevölkerung, aber auch bei den Allgemeinärztinnen und -ärzten (im Sinne einer verbesserten Frühdiagnostik) zu verbessern?

Die Möglichkeiten für Allgemeinärztinnen und -ärzte, sich über entzündlich-rheumatische Erkrankungen zu informieren, sind gut. Wie bereits in der Antwort zu Frage 8 ausgeführt, sind nach der Approbationsordnung für Ärzte Krankheiten des rheumatischen Formenkreises Inhalt der medizinischen Ausbildung jeder Ärztin und jedes Arztes. Abgesehen von den in der Antwort zu Frage 10 genannten Weiterbildungen beinhaltet zudem die fachärztliche Weiterbildung für Innere Medizin die Erkennung und Behandlung rheumatischer Erkrankungen einschließlich entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen. Möglichkeiten zur Verbesserung des Informationsstandes bestehen im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Patientinnen und Patienten haben vor allem durch Selbsthilfeorganisationen, wie beispielsweise die Deutsche Rheuma-Liga, die Möglichkeit, aktuelle Informationsmaterialien über Therapie und Diagnostik rheumatischer Erkrankungen abzurufen.

Daneben stellen Leitlinien den aktuell gültigen Stand des medizinischen Wissens nach den Grundlagen der Evidenzbasierung dar und bieten Ärztinnen und Ärzten bei der Behandlung eine wichtige Orientierung.

Für Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis gibt es verschiedene Leitlinien, wie beispielsweise zur frühen Rheumatoiden Arthritis oder zu dem Fibromyalgiesyndrom. Sogenannte Patientenleitlinien sind Begleitinformationen speziell für Patientinnen und Patienten, die wissenschaftliche Leitlinien ergänzen und Informationen darüber geben, welchen Nutzen welche Behandlung hat. Sie sind in einer für Patientinnen und Patienten verständlichen Sprache geschrieben und können den Betroffenen helfen, sich aktiv am Behandlungsprozess zu beteiligen. Die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) stellt auf ihrer Internetseite die derzeit in Deutschland verabschiedeten medizinischen Leitlinien zur Verfügung.

Daneben stellt insbesondere auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hochwertige Patienteninformationen auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft über diagnostische Maßnahmen, medizinische Behandlungen und den Nutzen von Arzneimitteln zur Verfügung. So sind bereits diverse Informationen über die Rheumatoide Arthritis sowie einzusetzende Medikamente verfügbar.

15. Wie beurteilt die Bundesregierung Forderungen, Patientenschulungen als verpflichtende Leistungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorzusehen?

Nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V können die Krankenkassen als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen, wenn zuletzt die Krankenkasse Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet. Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Das den Krankenkassen eingeräumte Ermessen bezieht sich nicht darauf, ob die Leistung gewährt wird, sondern auf die Ausgestaltung der Leistung. Die Bundesregierung sieht deshalb derzeit keinen weiteren Regelungsbedarf.

Die Bundesregierung sieht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung die Förderung von Einrichtungen der unabhängigen Patientenberatung vor. Seit dem 1. Januar 2011 wird diese bislang als Modellprojekt angebotene Patientenberatung zur Regelleistung. Damit werden neutrale und verlässliche Informations- und Beratungsangebote für Patientinnen und Patienten sowie Verbraucherinnen und Verbraucher bereitgestellt. Dies sorgt für mehr Transparenz im Gesundheitswesen und stärkt Patientinnen und Patienten sowie Verbraucherinnen und Verbraucher in der Wahrnehmung und Durchsetzung ihrer Rechte.

16. Wie beurteilt die Bundesregierung den Zugang von Migrantinnen und Migranten zu Leistungen der Prävention, Diagnostik und Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen?
17. Welche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen fördert die Bundesregierung?

Die Fragen 16 und 17 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten alle Versicherten, unabhängig von sozialer oder ethnischer Herkunft, vom Einkommen, vom Alter oder vom gesundheitlichen Risiko die notwendige medizinische Versorgung auf dem aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts. Gesetzlich krankenversicherte Migrantinnen und Migranten haben somit denselben Anspruch auf Leistungen der Prävention, Diagnostik und Therapie wie andere Versicherte. Erkenntnisse über eine Unterversorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund liegen nicht vor. Mögliche sprachliche oder kulturell bedingte Zugangsbarrieren zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung von Menschen mit Migrationshintergrund werden im Dialogforum „Gesundheit und Pflege“ des Aktionsplans zur Umsetzung des Nationalen Integrationsplans überprüft; hierbei werden Maßnahmen zu ihrer Überwindung thematisiert.

Dem auf Veranlassung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales im Jahr 2010 erstellten Forschungsbericht „Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund“ ist zu entnehmen, dass die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund geringer ist als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Als Gründe hierfür werden in erster Linie sprachliche und kulturelle Barrieren angeführt. Die Bedürfnisse und der Bedarf von Menschen mit Migrationshintergrund würden noch nicht in allen Rehabilitationseinrichtungen in erforderlichem Umfang berücksichtigt. Derzeit wird geprüft, wie die Situation verbessert werden kann.

Derzeit fördert das BMBF keine Projekte, die Forschung zur Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zum Inhalt haben.

18. Welche sektorübergreifenden Versorgungsmodelle von Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind der Bundesregierung bekannt?
19. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die sektorübergreifende Versorgung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen zu fördern?

Die Fragen 18 und 19 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In der gesetzlichen Krankenversicherung haben Leistungserbringer und Krankenkassen die Möglichkeit, auf unterschiedlicher Rechtsgrundlage besondere Verträge zur Kooperation und zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit abzuschließen. Insbesondere die integrierte Versorgung (§ 140a ff. SGB V) bietet bei rheumatischen Erkrankungen die Möglichkeit, die Kooperation verschiedener medizinischer und pflegerischer Professionen sowie die Koordination von Leistungen über Sektorengrenzen hinweg vertraglich festzulegen. Verschiedene Krankenkassen bieten zum Krankheitsbild „Rheuma“ integrierte Versorgungsmodelle an. Detaillierte Informationen hierzu liegen der Bundesregierung nicht vor. Es ist Aufgabe der Krankenkassen und Leistungserbringer, die gesetzlichen Möglichkeiten zu nutzen, entsprechende Modelle zu entwickeln und in die Praxis umzusetzen und die Versicherten hierüber zu informieren.

Mit der Einführung des § 116b SGB V hat der Gesetzgeber die Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung ermöglicht und hierzu in § 116b Absatz 3 SGB V u. a. in einem Katalog bestimmte seltene Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen festgelegt, für die eine ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser möglich ist. Die Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen ist bereits im Katalog seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in § 116b Absatz 3 SGB V enthalten. Der G-BA hat in einer entsprechenden Richtlinie weitere Regelungen u. a. zur Konkretisierung der Erkrankungen und des Behandlungsauftrags, zu zusätzlichen sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus, zu Überweisungserfordernissen sowie zu einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu treffen. Mit Beschluss vom 19. Juni 2008 zur Richtlinie „Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V“ hat der G-BA für schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen diese Regelungen getroffen (Näheres siehe auch unter: www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zum-aufgabenbereich/20/#695/). Der Beschluss gliedert sich in einen Teil für Erwachsene und einen Teil für Kinder und Jugendliche, in dem Besonderheiten für diese Altersgruppe geregelt sind. Die Anforderungen der Richtlinie fokussieren auf eine qualitativ hochwertige spezialisierte Diagnostik und Therapie in einem interdisziplinären Behandlungsteam, denn Patientinnen und Patienten mit einer schweren Verlaufsform rheumatologischer Krankheiten sind erheblich in ihrer Lebensqualität eingeschränkt, stellen besondere Herausforderungen an Diagnostik und Therapie und profitieren von einer spezialisierten Betreuung unter Koordination interistischer Rheumatologen bzw. von Kinderreumatologen.

Im Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode wurde eine Überprüfung und ggf. Präzisierung des Zulassungsverfahrens für die Bestimmung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung bei hochspezialisierten Leistungen, selte-

nen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen vereinbart. Abschließende Ergebnisse hierzu stehen noch aus.

20. Mit welchen Maßnahmen unterstützt die Bundesregierung Aktivitäten im Bereich der Bekämpfung rheumatischer Erkrankungen auf EU-Ebene?

Der Bundesregierung sind keine Maßnahmen der EU speziell zu rheumatischen Erkrankungen bekannt. Gleichwohl unterstützt die Bundesregierung EU-weite Strategien und Aktivitäten zur Bekämpfung von chronischen Erkrankungen. So votierte Deutschland im Dezember 2010 im Gesundheitsministerrat für die Annahme von Schlussfolgerungen mit dem Titel „Innovative Ansätze für chronische Krankheiten im öffentlichen Gesundheitswesen und in Gesundheitsfürsorgesystemen“. Im Rahmen dieser Schlussfolgerungen werden die Mitgliedstaaten ersucht, einen Reflexionsprozess einzuleiten, um mögliche Wege zu ermitteln, wie die Reaktion auf die Herausforderungen chronischer Krankheiten und die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten optimiert werden können, und dessen Ergebnisse bis 2012 in einem Reflexionspapier zusammenfassen. Deutschland wird sich an diesem Prozess aktiv beteiligen.

21. Wird die Bundesregierung der Aufforderung des Europäischen Parlamentes nachkommen, einen nationalen Aktionsplan „Rheuma“ zu erstellen und zu implementieren?

Falls nein, warum nicht?

In der „Erklärung des Europäischen Parlaments zu rheumatischen Erkrankungen“ (Bundratsdrucksache 496/08) werden die Kommission und der Rat u. a. dazu aufgefordert, eine Gemeinschaftsstrategie für rheumatische Erkrankungen zu konzipieren und eine Empfehlung des Rates zur Früherkennung und Behandlung rheumatischer Erkrankungen auszuarbeiten sowie den Mitgliedstaaten naheulegen, nationale Programme zur Bekämpfung rheumatischer Erkrankungen einzuführen. In der Erklärung werden allerdings keine unmittelbaren Forderungen an die Mitgliedstaaten erhoben. Die Kommission hat für Mitte 2011 eine Mitteilung zu einem Richtlinienentwurf zu „Muskel- und Skeletterkrankungen“ angekündigt.

Anlage 1: fachärztlich tätige Internisten mit Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie

Quellen: Bundesarztregister (Arztdataen zum 31.12.2009) Statistisches Bundesamt (Einwohnerdataen zum 31.12.2007)

Planungsbereich	fachärztlich tätige Internisten mit Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie	Einwohner ab 18 Jahren	Rheumatologen je 50.000 Einwohner ab 18 Jahren
KV Schleswig-Holstein			
Flensburg, Stadt/Schleswig-Flensburg	1,00	233.743	0,21
Kiel, Landeshauptstadt	2,00	201.909	0,50
Lübeck, Hansestadt	1,00	177.698	0,28
Neumünster, Stadt/Rendsburg-Eckernförde	1,00	283.056	0,18
Dithmarschen	0,00	110.634	0,00
Herzogtum Lauenburg	0,00	151.274	0,00
Nordfriesland	0,00	134.952	0,00
Ostholstein	0,00	171.821	0,00
Pinneberg	2,00	246.874	0,41
Plön	0,00	111.217	0,00
Segeberg	1,00	209.733	0,24
Steinburg	0,00	108.880	0,00
Stormarn	0,00	184.665	0,00
KV Hamburg			
Hamburg, Freie und Hansestadt	7,50	1.497.445	0,25
KV Niedersachsen			
Braunschweig, Stadt	3,00	209.313	0,72
Salzgitter, Stadt	0,00	86.875	0,00
Wolfsburg, Stadt	1,00	100.916	0,50
Gifhorn	0,00	138.402	0,00
Göttingen	2,00	218.796	0,46
Goslar	2,00	125.667	0,80
Helmstedt	0,00	79.399	0,00
Northeim	0,00	119.011	0,00
Osterode am Harz	0,00	67.279	0,00
Peine	0,00	107.855	0,00
Wolfenbüttel	0,00	102.000	0,00
Hannover, Landeshauptstadt	2,00	502.023	0,20
Hannover	5,25	440.725	0,60
Hameln-Pyrmont	2,00	130.464	0,77
Hildesheim	2,00	237.789	0,42
Holz Minden	0,00	62.841	0,00
Nienburg (Weser)	0,00	100.789	0,00
Schaumburg	2,00	134.543	0,74
Celle	0,00	146.698	0,00
Cuxhaven	0,00	165.904	0,00
Harburg	1,00	197.597	0,25
Lüchow-Dannenberg	0,00	41.560	0,00
Lüneburg	1,00	143.569	0,35
Osterholz	0,00	91.248	0,00
Rotenburg (Wümme)	2,00	131.106	0,76
Soltau-Fallingborstel	0,00	114.479	0,00
Stade	0,00	158.080	0,00
Uelzen	0,00	78.835	0,00
Verden	2,50	107.698	1,16
Delmenhorst, Stadt/Diepholz	3,50	236.049	0,74
Emden, Stadt/Aurich	1,00	194.380	0,26
Oldenburg (Oldenburg), Stadt	1,00	133.679	0,37

Planungsbereich	fachärztlich tätige Internisten mit Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie	Einwohner ab 18 Jahren	Rheumatologen je 50.000 Einwohner ab 18 Jahren
KV Niedersachsen			
Osnabrück, Stadt	4,00	138.355	1,45
Wilhelmshaven, Stadt/Friesland	1,00	151.412	0,33
Ammerland	0,00	93.580	0,00
Cloppenburg	1,00	119.881	0,42
Emsland	0,00	247.045	0,00
Grafschaft Bentheim	1,00	106.843	0,47
Leer	1,00	131.346	0,38
Oldenburg	0,00	100.596	0,00
Osnabrück	1,00	284.643	0,18
Vechta	0,00	104.455	0,00
Wesermarsch	0,00	74.533	0,00
Wittmund	0,00	46.449	0,00
KV Bremen			
Bremen, Stadt	4,00	463.515	0,43
Bremerhaven, Stadt	0,00	95.880	0,00
KV Nordrhein			
Düsseldorf, Stadt	3,00	493.797	0,30
Duisburg, Stadt	0,00	410.660	0,00
Essen, Stadt	3,00	489.341	0,31
Krefeld, Stadt	1,00	196.448	0,25
Mönchengladbach, Stadt	4,00	213.482	0,94
Mülheim an der Ruhr, Stadt	1,00	142.009	0,35
Oberhausen, Stadt	0,00	179.688	0,00
Remscheid, Stadt	1,00	92.926	0,54
Solingen, Stadt	0,00	133.608	0,00
Wuppertal, Stadt	1,00	296.217	0,17
Kleve	0,00	249.189	0,00
Mettmann	1,00	415.574	0,12
Rheinkreis Neuss	2,00	364.328	0,27
Viersen	0,00	245.741	0,00
Wesel	1,00	389.850	0,13
Aachen, Stadt	2,00	221.573	0,45
Bonn, Stadt	4,00	262.882	0,76
Köln, Stadt	4,00	838.196	0,24
Leverkusen, Stadt	2,00	133.559	0,75
Aachen	1,00	251.441	0,20
Düren	0,00	219.796	0,00
Rhein-Erft-Kreis	0,00	380.992	0,00
Euskirchen	0,00	155.962	0,00
Heinsberg	1,00	206.369	0,24
Oberbergischer Kreis	1,00	230.038	0,22
Rheinisch-Bergischer Kreis	0,00	226.127	0,00
Rhein-Sieg-Kreis	1,00	483.755	0,10

Planungsbereich	fachärztlich tätige Internisten mit Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie	Einwohner ab 18 Jahren	Rheumatologen je 50.000 Einwohner ab 18 Jahren
KV Westfalen-Lippe			
Bottrop, Stadt	0,00	98.104	0,00
Gelsenkirchen, Stadt	1,00	218.373	0,23
Münster, Stadt	4,00	229.236	0,87
Borken	2,00	289.727	0,35
Coesfeld	1,00	175.179	0,29
Recklinghausen	2,00	527.457	0,19
Steinfurt	1,00	352.274	0,14
Warendorf	1,00	224.189	0,22
Bielefeld, Stadt	2,00	268.089	0,37
Gütersloh	0,00	281.694	0,00
Herford	0,00	204.870	0,00
Höxter	0,00	121.563	0,00
Lippe	2,00	287.186	0,35
Minden-Lübbecke	1,00	256.938	0,19
Paderborn	1,00	238.345	0,21
Bochum, Stadt	1,00	324.721	0,15
Dortmund, Stadt	3,00	489.725	0,31
Hagen, Stadt	1,00	159.044	0,31
Hamm, Stadt	2,00	148.602	0,67
Herne, Stadt	1,00	140.703	0,36
Ennepe-Ruhr-Kreis	1,00	282.032	0,18
Hochsauerlandkreis	1,00	220.362	0,23
Märkischer Kreis	1,00	358.091	0,14
Olpe	0,00	112.699	0,00
Siegen-Wittgenstein	1,00	236.733	0,21
Soest	2,00	247.921	0,40
Unna	1,00	343.491	0,15
KV Hessen			
Darmstadt, Stadt	1,00	119.745	0,42
Frankfurt am Main, Stadt	4,50	558.225	0,40
Offenbach am Main, Stadt	2,00	97.184	1,03
Wiesbaden, Landeshauptstadt	3,00	229.857	0,65
Bergstraße	1,00	217.845	0,23
Darmstadt-Dieburg	0,00	236.535	0,00
Groß-Gerau	0,00	207.603	0,00
Hochtaunuskreis	1,00	185.102	0,27
Main-Kinzig-Kreis	1,00	335.539	0,15
Main-Taunus-Kreis	2,00	185.182	0,54
Odenwaldkreis	0,00	80.928	0,00
Offenbach	0,25	278.237	0,04
Rheingau-Taunus-Kreis	2,00	151.673	0,66
Wetteraukreis	0,00	244.504	0,00
Gießen	2,00	212.532	0,47
Lahn-Dill-Kreis	0,00	210.367	0,00
Limburg-Weilburg	1,00	140.782	0,36
Marburg-Biedenkopf	2,00	208.748	0,48
Vogelsbergkreis	0,00	94.197	0,00

Planungsbereich	fachärztlich tätige Internisten mit Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie	Einwohner ab 18 Jahren	Rheumatologen je 50.000 Einwohner ab 18 Jahren
KV Hessen			
Kassel, Stadt	2,00	163.500	0,61
Fulda	1,00	176.169	0,28
Hersfeld-Rotenburg	0,00	103.894	0,00
Kassel	0,00	199.135	0,00
Schwalm-Eder-Kreis	0,00	153.846	0,00
Waldeck-Frankenberg	0,00	135.537	0,00
Werra-Meißner-Kreis	0,00	89.643	0,00
KV Rheinland-Pfalz			
Koblenz, Stadt	2,00	89.525	1,12
Ahrweiler	2,00	106.240	0,94
Altenkirchen (Westerwald)	0,00	109.281	0,00
Bad Kreuznach	1,00	129.456	0,39
Birkenfeld	1,00	71.512	0,70
Cochem-Zell	0,00	53.087	0,00
Mayen-Koblenz	0,00	174.530	0,00
Neuwied	0,00	148.834	0,00
Rhein-Hunsrück-Kreis	0,00	84.974	0,00
Rhein-Lahn-Kreis	0,00	104.185	0,00
Westerwaldkreis	0,00	162.793	0,00
Trier, Stadt/Trier-Saarburg	2,00	203.363	0,49
Berncastel-Wittlich	1,00	92.352	0,54
Bitburg-Prüm	1,00	77.116	0,65
Daun	0,00	50.897	0,00
Frankenthal (Pfalz), St./Speyer, St./Rhein-Pfalz-Kreis	0,00	204.631	0,00
Kaiserslautern, Stadt	1,00	82.874	0,60
Landau in der Pfalz, Stadt/Südliche Weinstraße	0,00	126.381	0,00
Ludwigshafen am Rhein, Stadt	1,00	135.564	0,37
Mainz, Stadt	3,00	168.782	0,89
Neustadt an der Weinstraße, Stadt/Bad Dürkheim	1,00	155.541	0,32
Pirmasens, Stadt/Zweibrücken, Stadt/Südwestpfalz	0,00	148.490	0,00
Worms, Stadt/Alzey-Worms	0,00	169.430	0,00
Donnersbergkreis	0,00	63.116	0,00
Germersheim	0,00	102.135	0,00
Kaiserslautern	0,00	87.669	0,00
Kusel	0,00	61.853	0,00
Mainz-Bingen	1,00	163.978	0,30

Planungsbereich	fachärztlich tätige Internisten mit Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie	Einwohner ab 18 Jahren	Rheumatologen je 50.000 Einwohner ab 18 Jahren
KV Baden-Württemberg			
Stuttgart, Landeshauptstadt	4,00	507.583	0,39
Böblingen	0,00	301.896	0,00
Esslingen	0,00	419.973	0,00
Göppingen	0,00	207.951	0,00
Ludwigsburg	3,00	418.295	0,36
Rems-Murr-Kreis	0,00	338.374	0,00
Heilbronn, Stadt	0,00	100.544	0,00
Heilbronn	1,00	264.197	0,19
Hohenlohekreis	1,00	88.065	0,57
Schwäbisch Hall	0,00	150.880	0,00
Main-Tauber-Kreis	0,00	110.310	0,00
Heidenheim	0,00	108.532	0,00
Ostalbkreis	0,00	252.218	0,00
Baden-Baden, Stadt/Rastatt	1,00	233.314	0,21
Karlsruhe, Stadt	3,00	245.616	0,61
Karlsruhe	3,00	352.188	0,43
Heidelberg, Stadt	2,00	125.968	0,79
Mannheim, Universitätsstadt	2,00	261.330	0,38
Neckar-Odenwald-Kreis	0,00	121.308	0,00
Rhein-Neckar-Kreis	2,00	439.884	0,23
Pforzheim, Stadt	1,00	98.705	0,51
Calw	0,00	128.386	0,00
Enzkreis	1,00	156.982	0,32
Freudenstadt	0,00	98.043	0,00
Freiburg im Breisgau, Stadt	4,00	186.271	1,07
Breisgau-Hochschwarzwald	1,00	202.131	0,25
Emmendingen	0,00	127.399	0,00
Ortenaukreis	1,00	337.346	0,15
Rottweil	0,00	113.205	0,00
Schwarzwald-Baar-Kreis	1,00	170.964	0,29
Tuttlingen	0,00	108.007	0,00
Konstanz	0,00	227.880	0,00
Lörrach	0,00	180.353	0,00
Waldshut	0,00	134.446	0,00
Reutlingen	2,00	228.279	0,44
Tübingen	1,00	177.257	0,28
Zollernalbkreis	0,00	155.549	0,00
Ulm, Universitätsstadt	2,00	101.505	0,99
Alb-Donau-Kreis	1,00	150.787	0,33
Biberach	1,00	149.372	0,33
Bodenseekreis	2,00	168.586	0,59
Ravensburg	1,00	221.028	0,23
Sigmaringen	1,00	105.294	0,47

Planungsbereich	fachärztlich tätige Internisten mit Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie	Einwohner ab 18 Jahren	Rheumatologen je 50.000 Einwohner ab 18 Jahren
KV Bayerns			
Ingolstadt, Stadt	2,00	101.270	0,99
München, Landeshauptstadt	6,00	1.118.679	0,27
Rosenheim, Stadt/Rosenheim	3,00	250.289	0,60
Altötting	0,00	88.619	0,00
Berchtesgadener Land	0,00	85.150	0,00
Bad Tölz-Wolfratshausen	1,00	98.225	0,51
Dachau	0,00	109.789	0,00
Ebersberg	0,00	101.240	0,00
Eichstätt	0,00	98.623	0,00
Erding	1,00	98.752	0,51
Freising	0,00	132.456	0,00
Fürstenfeldbruck	0,00	164.673	0,00
Garmisch-Partenkirchen	1,00	72.140	0,69
Landsberg a. Lech	0,00	90.035	0,00
Miesbach	1,00	78.260	0,64
Mühldorf a. Inn	0,00	89.311	0,00
München	2,00	258.925	0,39
Neuburg-Schrobenhausen	1,00	72.985	0,69
Pfaffenhofen a.d. Ilm	0,00	93.329	0,00
Starnberg	1,00	105.787	0,47
Traunstein	1,00	139.013	0,36
Weilheim-Schongau	1,00	105.349	0,47
Landshut, Stadt/Landshut	0,00	171.324	0,00
Passau, Stadt/Passau	1,00	197.486	0,25
Straubing, Stadt/Straubing-Bogen	0,00	116.166	0,00
Deggendorf	1,00	96.017	0,52
Freyung-Grafenau	0,00	65.319	0,00
Kelheim	0,00	90.395	0,00
Regen	1,00	66.010	0,76
Rottal-Inn	0,00	96.101	0,00
Dingolfing-Landau	0,00	73.901	0,00
Amberg, Stadt/Amberg-Sulzbach	1,00	123.605	0,40
Regensburg, Stadt	3,00	113.401	1,32
Weiden i.d. Opf., Stadt/Neustadt a.d. Waldnaab	1,00	114.982	0,43
Cham	0,00	105.860	0,00
Neumarkt i.d. Opf.	0,00	102.399	0,00
Regensburg	0,00	147.186	0,00
Schwandorf	0,00	117.217	0,00
Tirschenreuth	0,00	62.481	0,00
Bamberg, Stadt/Bamberg	1,00	175.744	0,28
Bayreuth, Stadt/Bayreuth	2,00	150.442	0,66
Coburg, Stadt/Coburg	0,00	108.757	0,00
Hof, Stadt/Hof	0,00	126.239	0,00
Forchheim	1,00	91.362	0,55
Kronach	0,00	60.181	0,00
Kulmbach	0,00	63.093	0,00
Lichtenfels	1,00	56.874	0,88
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	1,00	66.791	0,75

Planungsbereich	fachärztlich tätige Internisten mit Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie	Einwohner ab 18 Jahren	Rheumatologen je 50.000 Einwohner ab 18 Jahren
KV Bayerns			
Ansbach, Stadt/Ansbach	0,00	179.195	0,00
Erlangen, Stadt	4,00	87.830	2,28
Fürth, Stadt	0,00	94.412	0,00
Nürnberg, Stadt	2,00	427.858	0,23
Schwabach, Stadt/Roth	0,00	132.988	0,00
Erlangen-Höchstädt	0,00	105.917	0,00
Fürth	0,00	94.590	0,00
Nürnberger Land	0,00	137.761	0,00
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	1,00	79.776	0,63
Weißenburg-Gunzenhausen	0,00	75.543	0,00
Aschaffenburg, Stadt/Aschaffenburg	1,00	198.408	0,25
Schweinfurt, Stadt/Schweinfurt	0,00	138.182	0,00
Würzburg, Stadt	2,00	118.812	0,84
Bad Kissingen	0,00	87.435	0,00
Rhön-Grabfeld	0,00	68.476	0,00
Haßberge	0,00	69.897	0,00
Kitzingen	0,00	72.173	0,00
Miltenberg	0,00	104.799	0,00
Main-Spessart	1,00	106.197	0,47
Würzburg	0,00	130.873	0,00
Augsburg, Stadt	2,00	221.072	0,45
Kaufbeuren, Stadt/Ostallgäu	0,00	141.934	0,00
Kempten (Allgäu), Stadt/Oberallgäu	2,00	173.236	0,58
Memmingen, Stadt/Unterallgäu	0,00	141.721	0,00
Aichach-Friedberg	1,00	102.181	0,49
Augsburg	1,00	193.521	0,26
Dillingen a.d. Donau	0,00	75.158	0,00
Günzburg	0,00	97.305	0,00
Neu-Ulm	0,00	133.253	0,00
Lindau (Bodensee)	0,00	64.951	0,00
Donau-Ries	0,00	104.143	0,00

Planungsbereich	fachärztlich tätige Internisten mit Facharzt- /Schwerpunkt- bezeichnung Rheumatologie	Einwohner ab 18 Jahren	Rheumatologen je 50.000 Einwohner ab 18 Jahren
KV Saarland			
Stadtverband Saarbrücken	1,00	284.709	0,18
Merzig-Wadern	0,00	87.379	0,00
Neunkirchen	1,00	118.992	0,42
Saarlouis	1,00	173.711	0,29
Saarpfalz-Kreis	0,00	127.747	0,00
Sankt Wendel	0,00	77.252	0,00
KV Berlin			
Berlin, Bundeshauptstadt	17,00	2.921.874	0,29
KV Brandenburg			
Brandenburg an der Havel, Stadt/Potsdam-Mittelmark	2,00	237.785	0,42
Cottbus, Stadt	1,00	90.851	0,55
Frankfurt (Oder), Stadt/Oder-Spree	0,50	218.032	0,11
Potsdam, Stadt	2,00	129.632	0,77
Barnim	0,75	153.572	0,24
Dahme-Spreewald	1,00	139.426	0,36
Elbe-Elster	1,00	102.659	0,49
Havelland	0,00	130.883	0,00
Märkisch-Oderland	0,50	165.677	0,15
Oberhavel	0,00	171.578	0,00
Oberspreewald-Lausitz	0,00	112.000	0,00
Ostprignitz-Ruppin	1,00	91.835	0,54
Prignitz	0,00	75.044	0,00
Spree-Neiße	0,00	116.355	0,00
Teltow-Fläming	1,00	138.680	0,36
Uckermark	0,00	117.216	0,00

Planungsbereich	fachärztlich tätige Internisten mit Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie	Einwohner ab 18 Jahren	Rheumatologen je 50.000 Einwohner ab 18 Jahren
KV Mecklenburg-Vorpommern			
Greifswald, Hansestadt/Ostvorpommern	0,00	140.970	0,00
Neubrandenburg, Stadt/Mecklenburg-Strelitz	1,00	128.396	0,39
Rostock, Hansestadt	1,00	177.065	0,28
Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg	1,00	224.105	0,22
Stralsund, Hansestadt/Nordvorpommern	0,00	145.781	0,00
Bad Doberan	1,00	101.480	0,49
Demmin	0,00	72.004	0,00
Güstrow	0,00	88.100	0,00
Ludwigslust	0,00	107.587	0,00
Müritz	0,50	57.359	0,44
Parchim	0,00	86.196	0,00
Rügen	0,00	60.880	0,00
Uecker-Randow	0,00	65.564	0,00
KV Sachsen			
Chemnitz, Stadt	3,00	216165	0,69
Erzgebirgskreis	0,00	331803	0,00
Mittelsachsen	2,00	295747	0,34
Vogtlandkreis	1,00	222050	0,23
Zwickau	1,00	308111	0,16
Dresden, Stadt	5,00	441041	0,57
Bautzen	3,00	288159	0,52
Görlitz	0,00	251011	0,00
Meißen	0,00	224438	0,00
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	1,00	222565	0,22
Leipzig, Stadt	5,00	447664	0,56
Leipzig	1,00	237678	0,21
Nordsachsen	0,00	185399	0,00

Planungsbereich	fachärztlich tätige Internisten mit Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie	Einwohner ab 18 Jahren	Rheumatologen je 50.000 Einwohner ab 18 Jahren
KV Sachsen-Anhalt			
Dessau-Roßlau, Stadt/Anhalt-Bitterfeld	2,00	241690	0,41
Halle (Saale), Stadt	5,00	204276	1,22
Magdeburg, Landeshauptstadt	3,00	202351	0,74
Altmarkkreis Salzwedel	1,00	79711	0,63
Börde	1,00	159940	0,31
Burgenlandkreis	0,00	177090	0,00
Harz	1,00	209852	0,24
Jerichower Land	1,00	86450	0,58
Mansfeld-Südharz	0,00	138710	0,00
Saalekreis	0,00	177581	0,00
Salzlandkreis	0,00	191575	0,00
Stendal	0,00	109484	0,00
Wittenberg	0,00	125170	0,00
KV Thüringen			
Erfurt, Stadt	2,00	176.177	0,57
Gera, Stadt	1,00	90.114	0,55
Jena, Stadt	0,00	89.859	0,00
Suhl, Stadt/Schmalkalden-Meiningen	0,00	153.950	0,00
Weimar, Stadt/Weimarer Land	0,00	130.350	0,00
Eisenach, Stadt/Wartburgkreis	1,00	154.870	0,32
Eichsfeld	0,00	91.326	0,00
Nordhausen	0,00	79.750	0,00
Unstrut-Hainich-Kreis	0,00	95.513	0,00
Kyffhäuserkreis	0,00	74.261	0,00
Gotha	0,00	122.363	0,00
Sömmerda	0,00	64.932	0,00
Hildburghausen	0,00	60.348	0,00
Ilm-Kreis	1,00	100.140	0,50
Sonneberg	0,00	54.776	0,00
Saalfeld-Rudolstadt	1,00	106.991	0,47
Saale-Holzland-Kreis	2,00	77.174	1,30
Saale-Orla-Kreis	0,00	79.021	0,00
Greiz	0,00	98.745	0,00
Altenburger Land	0,00	90.980	0,00

Anlage 2: Planungsbereiche mit einem Verhältnis von mindestens einem Rheumatologen zu 50 000 erwachsenen Einwohnern

Quellen: Bundesarztregister (Arztdaten zum 31.12.2009) Statistisches Bundesamt (Einwohnerdaten zum 31.12.2007)

Planungsbereich	fachärztlich tätige Internisten mit Facharzt-/Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie	Einwohner ab 18 Jahren	Rheumatologen je 50.000 Einwohner ab 18 Jahren
Erlangen, Stadt	4,00	87.830	2,28
Osnabrück, Stadt	4,00	138.355	1,45
Regensburg, Stadt	3,00	113.401	1,32
Saale-Holzland-Kreis	2,00	77.174	1,30
Halle (Saale), Stadt	5,00	204276	1,22
Verden	2,50	107.698	1,16
Koblenz, Stadt	2,00	89.525	1,12
Freiburg im Breisgau, Stadt	4,00	186.271	1,07
Offenbach am Main, Stadt	2,00	97.184	1,03