

Österreichischer **Rheumatologie-Report**



Österreichische Gesellschaft für
Rheumatologie & Rehabilitation

Inhalt

- 03 Vorwort der Herausgeberinnen
- 04 Epidemiologie und Burden of Disease
- 09 Patient:innen als Partner
- 10 Ausbildung: Rheumatologie
- 12 Medikamentöse Versorgung
- 15 Rheumatologische Versorgung
- 20 Stationäre Versorgung
- 22 Forschung und Wissenschaft
- 24 Resümee

- 26 Redaktionsteam, Impressum

Vorwort



Priv.-Doz.ⁱⁿ
Dr.ⁱⁿ Valerie Nell-Duxneuner



Priv.-Doz.ⁱⁿ
Dr.ⁱⁿ Ruth Fritsch-Stork, PhD

Die Rheumatologie ist ein extrem spannendes und forschungsinintensives Fach, in dem in den letzten Jahrzehnten ein gewaltiger Wissenszuwachs zu verzeichnen war. Bemerkenswerterweise hat Österreich hier einen überproportionalen Teil dazu beigetragen, worauf wir in einem eigenen Kapitel eingehen möchten.

Wir haben als Rheumatolog:innen aber noch viel zu tun! Die „unmet needs“ rheumatischer Erkrankungen sind weiter im Fokus der europäischen Gesundheitspolitik. Vor allem der krankheitsbedingte Produktivitätsverlust steht im Vordergrund: Ein Drittel aller Patient:innen mit rheumatoider Arthritis fällt bereits innerhalb von 5 Jahren nach Diagnosestellung aus dem Erwerbsprozess. Diese Daten gelten auch für Österreich. Denn bei uns schlägt z. B. die Gruppe der Erkrankungen des Bewegungsapparates mit insgesamt 9,5 Millionen Krankenstandstagen pro Jahr zu Buche – das ist die höchste Summe aller Erkrankungsgruppen!

Nicht nur die Produktivität, sondern auch die Lebenserwartung von Menschen mit entzündlichen Gelenkerkrankungen ist signifikant reduziert, wenn nicht rechtzeitig eine spezifische Behandlung eingeleitet wird! Dabei haben die Möglichkeiten einer frühzeitigen krankheitsmodifizierenden Therapie seit der Jahrtausendwende eine wahre Revolution erlebt: Eine stetig wachsende Anzahl zielgerichteter, äußerst effektiver Therapien wurde in den letzten beiden Jahrzehnten entwickelt, die zu einer enormen Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten geführt haben. Um Betroffene adäquat abklären und behandeln zu können, braucht es daher neben der breiten internistischen Kompetenz auch spezifische rheumatologische sowie immunologische Expertise. Genau das ist das Faszinierende und Spannende an unserem Fach!

Diese zunehmende Komplexität verlangt sehr gut ausgebildete Rheumatolog:innen in ausreichender Zahl! Dies gilt für heute und auch für die Zukunft, um die Versorgung der uns anvertrauten Patient:innen nachhaltig gewährleisten zu können: Auch in unserem Fach steht eine Pensionierungswelle bevor, wobei wir Rheumatolog:innen heute schon als Vertragsärzt:innen im niedergelassenen Bereich unterproportional vertreten sind. Wir müssen daher auf unsere Zukunft achten und der jungen Generation an Rheumatolog:innen eine gute Perspektive bieten.

Die Jahrestagung unserer Gesellschaft ist immer ein besonderes Highlight sowie ein Ort zum Austausch und damit der Generierung neuer Ideen. So wurden im Rahmen der letzten Jahrestagung 2022 nicht zuletzt durch PD Dr. Rudolf Puchner Studien präsentiert,

welche die Versorgungslandschaft in Österreich skizzieren – mit alarmierenden Ergebnissen! Zudem ist im letzten Jahr die Diskussion im österreichischen Gesundheitssystem intensiv entfacht, wie die ideale Versorgung der Zukunft gestaltet werden soll. Es war uns klar, dass wir uns als Rheumatolog:innen im Sinne unserer Patient:innen in die Diskussion einbringen müssen: Die Idee des ersten Rheumatologie-Reports war geboren.

Um Dinge zu verändern, brauchen wir alle Entscheidungsträger im österreichischen Gesundheitssystem und müssen unsere Botschaft und unseren Apell klar formulieren. Wir haben die von uns oft zitierten Beobachtungen zum Status quo in der Versorgungslandschaft einem Faktencheck unterzogen. Wir möchten die aktuelle Versorgung im stationären sowie ambulanten Bereich und deren Veränderungen im Laufe der letzten zehn Jahre in Österreich aufzeigen sowie Erhebungen zu den Folgen der Erkrankung, die auf unsere Patient:innen zukommen, und somit den „burden of disease“ darstellen.

Wichtig ist uns auch, einen Überblick über die Ausbildung sowie auch die Erwartungen und Entwicklungen des Berufsstandes der Rheumatolog:innen zu zeigen und ein besonderes Augenmerk auf die Förderung der jungen Rheumatolog:innen zu richten.

All das zusammenzustellen und in einen übersichtlichen Report zu gießen kostet Zeit. Der Vorstand der ÖGR war trotz des enormen Aufwandes, der hinter einem solchen Projekt steht, sofort an Bord, und jede:r hat ihren/seinen Part der Recherche und Aufarbeitung übernommen. Zusammen mit Susanne Hinger als enthusiastische Editorin und dem Team von MedMedia haben wir viel Energie in die Generierung, die Zusammenstellung und die Interpretation der Daten investiert. Gemeinsam ist es uns gelungen, der Situation der Rheumatologie in Österreich in diesem Report ein Gesicht und einen Duktus zu verschaffen. Hierfür möchten wir uns beim gesamten Vorstand der ÖGR sehr bedanken!

Liebe Leser:innen, wir hoffen, Ihr Interesse geweckt zu haben, und freuen uns auf einen interessanten und inspirierenden Austausch – zunächst laden wir Sie aber zu einer spannenden Lektüre des ersten österreichischen Rheumatologie-Reports ein!

Valerie Nell-Duxneuner, Ruth Fritsch-Stork

Im Namen des ganzen Redaktionsteams

Epidemiologie und Burden of Disease

Die Rheumatologie ist ein Sonderfach der Inneren Medizin. Sie befasst sich mit rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen (Rheumatic and musculoskeletal Diseases, RMDs), allen voran den entzündlichen RMDs.

Rheumatische und muskuloskelettale Erkrankungen sind sehr häufig. Im Groben kann zwischen den entzündlichen und den nichtentzündlichen rheumatischen (degenerativen) Erkrankungen unterschieden werden.

Etwa 25 Millionen Menschen in Europa leiden an einer *entzündlich rheumatischen* Erkrankung.^{1,2} Noch häufiger sind die *nichtentzündlichen (degenerativen)* Gelenkerkrankungen. Eine wichtige Aufgabe der Rheumatolog:in-

nen liegt in der differenzialdiagnostischen Unterscheidung zwischen entzündlicher Arthritis und degenerativ bedingter Arthrose.

Im Mittelpunkt der rheumatologischen Versorgung stehen vor allem Patient:innen mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen. Dazu gehören mehrere Hundert verschiedene Krankheitsbilder. Diese Erkrankungen sind vielfältig und können unterschiedliche Organe betreffen (Abb. 1).

Zu den entzündlichen rheumatischen Erkrankungen zählen einerseits die entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates, andererseits aber auch komplexe auto-immune und autoinflammatorische Systemerkrankungen (Kasten 1).

Entzündliche rheumatische Erkrankungen

Die Ursachen *entzündlicher* rheumatischer Erkrankungen liegen meist in Störungen des Immunsystems (Autoimmunerkrankungen).

Entzündung. Gemeinsames Merkmal der unterschiedlichen Erkrankungen ist ein chronischer Entzündungsprozess, der unbehandelt meist rasch fortschreitet und zu irreversiblen Schäden an Gelenken bzw. an Organen führt. Die Erkrankungen müssen daher raschest diagnostiziert sowie frühzeitig und konsequent behandelt werden.

Risiko für Komorbiditäten. Ein chronischer Entzündungsprozess kann insbesondere Herz, Nieren und Lunge schädigen. Rheumatische Erkrankungen sind mit einem erhöhten Risiko für andere schwere Erkrankungen assoziiert, die durch die chronische Entzündung getriggert werden oder durch dieselbe zugrunde liegende (immunologische) Ursache entstehen. Dazu zählen beispielsweise kardiovaskuläre Erkrankungen wie Hypertonie, Arteriosklerose und Herzinfarkt, Diabetes, Osteoporose, chronisch entzündliche

Abb. 1: Entzündliche rheumatische Erkrankungen

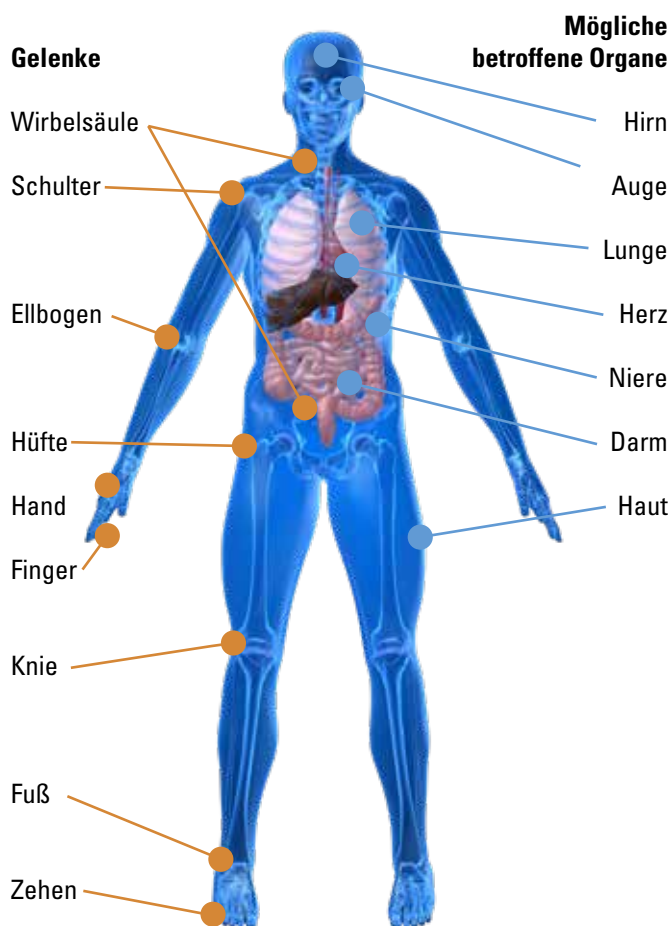
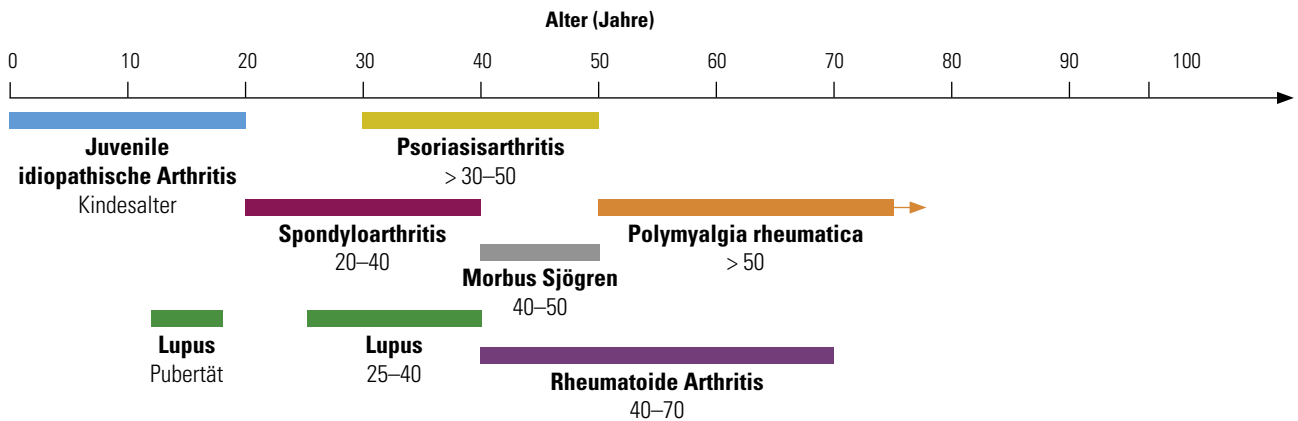


Abb. 2: Typisches Alter bei Krankheitsbeginn



Darmerkrankungen, verschiedene neurologische und psychiatrische Erkrankungen, aber auch Krebs.

Eine Reihe von Metaanalysen hat den Zusammenhang mit Komorbiditäten untersucht. So haben Patient:innen mit rheumatoider Arthritis (RA) beispielsweise ein etwa doppelt so hohes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, metabolisches Syndrom und Diabetes wie Vergleichspersonen.^{3,4,5} Obwohl Patient:innen heute frühzeitig und effektiv mit modernen Medikamenten behandelt werden können, haben RA-Patient:innen aufgrund kardiovaskulärer Begleiterkrankungen und Diabetes immer noch ein 1,5-fach höheres Mortalitätsrisiko als die Vergleichsbevölkerung.⁶ Bei SLE ist die Risikoerhöhung noch größer.⁴

Für eine Reihe von Krebserkrankungen, insbesondere Lymphome, konnte eine Assoziation mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen gezeigt werden. Bei RA wird neben einem moderat erhöhten Lymphomrisiko auch ein erhöhtes Lungenkrebsrisiko beobachtet.⁷ Für schwere Systemerkrankungen wie Lupus und Sjögren ist das Krebsrisiko etwa doppelt so hoch wie in der Vergleichsbevölkerung.^{8,9} Einige exemplarische Zahlen zeigt **Kasten 2**.

Mythos Alter

Entzündliche rheumatische Erkrankungen können Menschen in jedem Alter betreffen. Sie sind keine Erkrankungen des höheren Alters.

Während die rheumatoide Arthritis am häufigsten im Alter ab 40 oder 50 Jahren diagnostiziert wird, liegt der Erkrankungsbeginn für viele entzündliche rheumatische Erkrankungen schon im jungen Erwachsenenalter (**Abb. 2**). Die juvenile inflammatorische Arthritis („Jugendrheuma“) manifestiert sich im Kindes- und Jugendalter.

Die Erkrankungen haben daher neben allen gesundheitlichen Belastungen und Folgen oft auch unmittelbare Auswirkungen auf die Lebensplanung, die Familienplanung und die Erwerbskarriere der Betroffenen.



Entzündliche rheumatische Erkrankungen

- **Entzündliche Erkrankungen** der Gelenke, der Wirbelsäule, aber auch der Sehnen, Muskeln und Bänder
 - z. B. rheumatoide Arthritis, axiale Spondyloarthritis (= Morbus Bechterew), Psoriasisarthritis, Gicht, reaktive Arthritis ...
- **Rheumatische Systemerkrankungen**, die verschiedenste Organe betreffen können (Herz, Lunge, Niere etc.)
 - z. B. systemischer Lupus erythematodes (SLE); Sklerodermie, Sjögren-Erkrankung, Polymyalgia rheumatica, entzündliche Gefäßerkrankungen (Vaskulitiden), autoinflammatorische Syndrome ...



Beispiele für Folgen der chronischen Entzündung¹

Herzinfarkt

➔ Patient:innen mit rheumatoider Arthritis haben ein um **63 %** höheres Risiko für Herzinfarkt als Vergleichspersonen.³

➔ Lupus erhöht das Herzinfarktrisiko um **98 %**.⁴

Krebs

➔ Lupus: **3-fach** erhöhtes Risiko für Lymphome⁹

➔ Lupus: **2-fach** erhöhtes Risiko für Myelom, Leberkrebs⁹

➔ Rheumatoide Arthritis erhöht das Lungenkrebsrisiko um das **1,25-Fache**.¹

Mindestens 200.000 bis 290.000 Personen in Österreich leiden an einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung.

Als schwere chronische Erkrankungen belasten und verändern sie das Leben der Betroffenen schlagartig – ein ganzes Leben lang.

Wie häufig sind entzündliche rheumatische Erkrankungen?

Die Prävalenz rheumatischer Erkrankungen in Österreich entspricht im Groben der Prävalenz Westeuropas; österreichische Zahlen können daher aus europäischen bzw. soweit verfügbar deutschen Daten extrapoliert werden. Aktuelle Prävalenzdaten stehen aus einer rezent publizierten deutschen Metaanalyse¹⁰ zur Verfügung. Auf Basis dieser Daten wurde für ausgewählte Erkrankungen die Zahl der Betroffenen in Österreich errechnet (Tab.). Beispiele ausgewählter Erkrankungen sind in **Abbildung 3** dargestellt. In Summe sind damit in Österreich mindestens 200.000 bis 290.000 Personen von einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung betroffen.

Das Lebenszeitrisko, an einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung zu erkranken, wird entsprechend einer US-amerikanischen epidemiologischen Erhebung mit 8,4 % für Frauen und 5,1 % für Männer angegeben.¹²

Burden of Disease

Enorme Belastungen. Viele entzündliche rheumatische Erkrankungen gehen für die Betroffenen mit großen Belastungen, Schmerzen, massiven Einschränkungen der Lebensqualität und der Mobilität, oft auch mit Behinderung, Produktivitätsverlust (durch Krankenstand, reduzierte Arbeitsfähigkeit, Frühpension) und damit Einkommensverlust einher. Einige Erkrankungen sind lebensverkürzend. Die Gesamtbelastung, die durch eine Krankheit entsteht, wird als Burden of Disease (Krankheitslast) bezeichnet. Sie kann durch verschiedene Kennzahlen quantifiziert werden, beispielsweise Inzidenz (Erkrankungsrate), Prävalenz (Häufigkeit) etc. beziehungsweise auch durch andere Parameter beschrieben werden.

Years lived with Disabilities. Laut einer WHO-Studie sind 27 % der Bevölkerung in Europa von rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen (RMD) betroffen.² Rheumatische muskuloskelettale Erkrankungen sind die Hauptursache für Behinderung in Europa, sie sind für mehr als 50 % der in Behinderung verbrachten Lebensjahre (YLDs, Years lived with Disabilities) verantwortlich.²

Tab.: Wie häufig sind entzündliche rheumatische Erkrankungen?

	Prävalenz [%] der erwachsenen Bev. (≥ 18 Jahre) ¹⁰	Betroffene in Österreich*	Anmerkungen (Frauen : Männer)
Rheumatoide Arthritis	0,8–1,2	60.000–90.000	2 : 1
Spondyloarthritis	1,0–1,4	75.000–105.000	1 : 2–3
Psoriasisarthritis	0,24–0,32	18.000–24.000	1 : 1 hohes Risiko bei Schuppenflechte: Jede:r 5. Psoriasis-Patient:in erkrankt auch an Psoriasisarthritis.
Systemischer Lupus erythematodes	0,056	ca. 4.200	9 : 1
Systemische Sklerose	0,017–0,025	1.300–1.900	5–9 : 1
Morbus Sjögren	0,4–0,7	30.000–52.000	10 : 1
Idiopath. entzündl. Myopathie**	0,012–0,017	1.100–1.500	2 : 1
Polymyalgia rheumatica (PMR)***	0,14–0,15	7.000–7.400	2 : 1
Riesenzellarteriitis (RZA)****	0,04–0,05	1.500–1.900	2 : 1
ANCA-assoziierte Vaskulitiden	0,026	2.000	1 : 1–1,5
	Prävalenz [%] Kinder und Jugendliche (< 18 J.)		
Juvenile idiopathische Arthritis (JIA)	0,1	1.600	3–6 : 1

* berechnet für Österreich anhand¹¹, aus Bev. ≥ 18 Jahre beziehungsweise mit den in ** und *** angegebenen Altersgruppen

** Myopathie: Prävalenz in der Gesamtbevölkerung; *** Prävalenz PMR in Bevölkerungsgruppe ≥ 40 Jahre; **** RZA in Bevölkerungsgruppe ≥ 50 Jahre

Loss of Productivity. Chronische Krankheiten werden in der öffentlichen Wahrnehmung verglichen mit akuten Erkrankungen mitunter bagatellisiert, tatsächlich sind sie mit Leid und permanenter Krankheitslast für die Betroffenen und oft auch ihre Familien verbunden – und sie belasten auch die Volkswirtschaften durch hohe sozioökonomische Kosten, nicht zuletzt durch den damit verbundenen Produktivitätsverlust und durch indirekte krankheitsassoziierte Kosten (soziale Kosten).

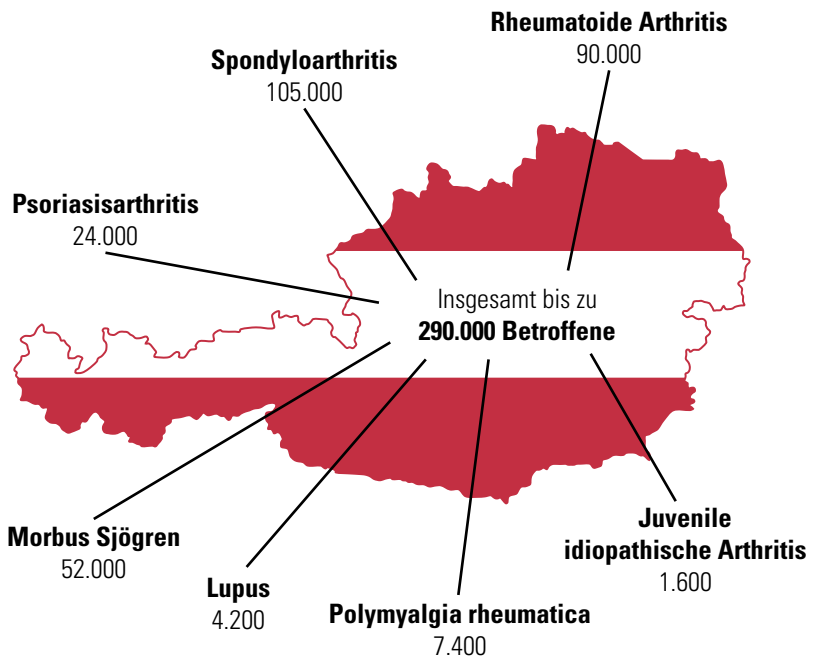
Rheumatische Erkrankungen und ihre „unmet needs“ stehen daher zunehmend auch im Fokus der europäischen Gesundheitspolitik. So ist unter dem Dach von „Horizon Europe“, dem 9. EU-Rahmenprogramm für Forschung und Innovation, vor kurzem ein großes EU-Forschungsprojekt angelaufen, an dem 13 führende Institutionen Europas – darunter auch österreichische – beteiligt sind. Als „unmet need“ wird darin insbesondere auch auf den krankheitsbedingten Produktivitätsverlust verwiesen: Ein Drittel aller Patient:innen mit rheumatoider Arthritis fällt bereits innerhalb von 5 Jahren nach Diagnosestellung aus dem Erwerbsprozess.¹³ Das betrifft Personen quer über die Berufsgruppen und unabhängig vom sozioökonomischen Status: Eine multinationale Studie in 32 Ländern zeigt diese Zahlen sowohl in Ländern mit hohem als auch niedrigem BIP.¹⁴

Ausgewählte Daten für Österreich

Laut der letzten Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019, in der der subjektive Gesundheitszustand und die Häufigkeit ausgewählter chronischer Erkrankungen abgefragt wurden¹⁵, sind 38,3 % der Österreicher:innen von chronischen Krankheiten betroffen. Der Großteil leidet an muskuloskelettalen Krankheiten. Mit 26 % rangieren chronische Rückenschmerzen noch vor Allergien und Bluthochdruck, gefolgt von chronischen Nackenschmerzen (19,5 %).

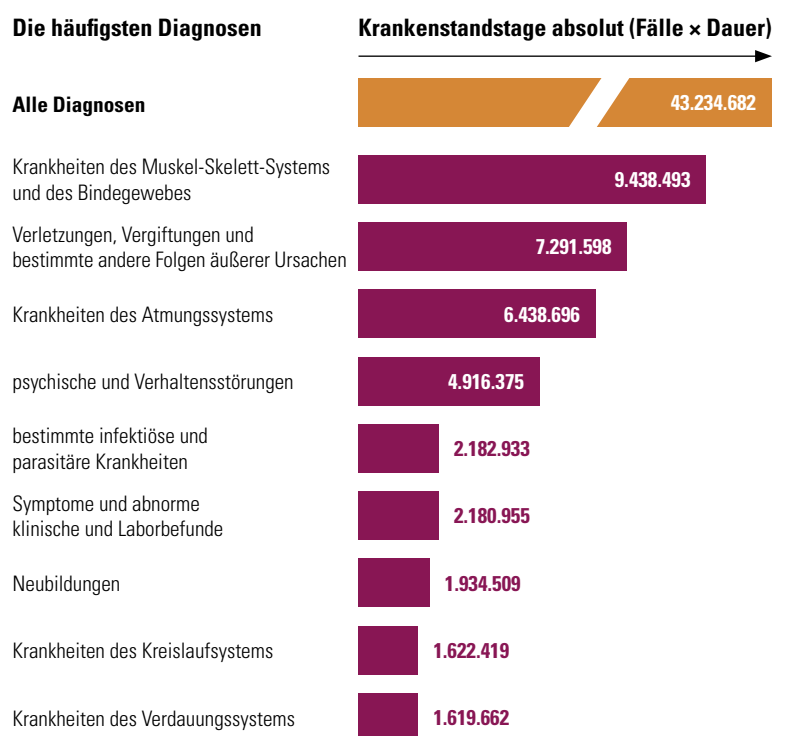
Krankenstände. Die Erkrankungen führen zu einer hohen Zahl von Krankenstandsfällen. Im Jahr 2021 wurden laut Daten des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger 616.895 Krankenstandsfälle wegen „muskuloskelettalen und Bindegewebserkrankungen“ verzeichnet.¹⁶ Das entspricht 177 Krankenstandsfällen pro 1.000 Erwerbstätigen. Damit sind die „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ (wobei immer entzündliche und nichtentzündliche Erkrankungen gemeinsam erfasst werden) der zweithäufigste Krankenstandsgrund nach den Krankheiten des Atemsystems. Die Dauer eines Krankenstandes lag im Jahr 2021 in Österreich – unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung – bei durchschnittlich 10,3 Tagen. Bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes dauerte ein Krankenstand durchschnittlich 15,3 Tage.¹⁶ Die Gruppe der muskuloskelettalen Krankheiten schlägt

Abb. 3: Beispiele entzündlicher rheumatischer Erkrankungen: Betroffene in Österreich



damit in Österreich insgesamt mit 9,5 Millionen Krankenstandstagen pro Jahr – das ist die höchste Summe für eine Erkrankungsgruppe! – zu Buche (Abb. 4).

Abb. 4: Krankenstandstage in Österreich, 2021



Quelle: nach¹⁶

Frühpensionen. Darüber hinaus sind sie der zweithäufigste Grund für Frühpensionen. Im Jahr 2021 gab es 13.400 Neuzugänge zu Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. dauernden Erwerbsunfähigkeit. Bei 2.655 von diesen lag der Grund in Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Sie rangieren damit noch vor den Krebserkrankungen (knapp 2.000) und den kardiovaskulären Erkrankungen (1.500) an zweiter Stelle aller Ursachen. Häufiger waren nur die psychischen und Verhaltensstörungen.¹⁷

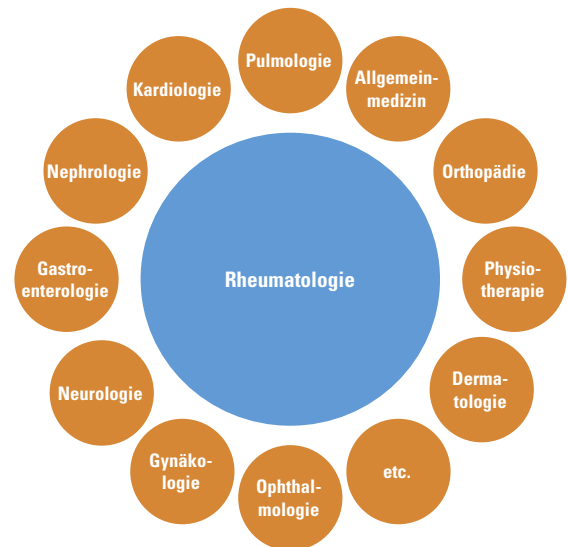
Zentrale Rolle der Rheumatologie

Die Rheumatologie ist ein forschungsintensives, gleichzeitig patientenzentriertes Fachgebiet, in dem in den letzten Jahrzehnten ein gewaltiger Wissenszuwachs zu verzeichnen war, der zur Entwicklung einer Reihe modernster zielgerichteter Therapien und damit zu einer enormen Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten geführt hat (Seite 22).

Im Mittelpunkt stehen Menschen mit komplexen (System-) Erkrankungen, die hochkomplexer, aufwendiger Therapien bedürfen.

Um Betroffene adäquat abklären und behandeln zu können, braucht es neben der breiten internistischen Kompetenz auch spezifische rheumatologische sowie immunologische

Abb. 5: Zentrale Fachrichtung: Rheumatologie



Expertise. Die Rheumatologie ist daher die zentrale Fachrichtung, die hinsichtlich diagnostischer Fragestellungen und komplexer Therapiekonzepte eine Reihe anderer Fachgebiete vernetzt und koordiniert (Abb. 5).

- 1 Daten von EULAR advocacy, <https://www.eular.org/eular-advocacy-activities-and-materials->1.>) RMDs and cardiovascular risk_pdf; 2.) RMDs and cancer_pdf ; 3.) RMDs and mental health_pdf
- 2 WHO Rehabilitation Need Estimator, <https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/#0>; letzte Abfrage: 14. 6. 2023
- 3 Lévy L, Fautrel B, Barnetche T et al.: Incidence and risk of fatal myocardial infarction and stroke events in rheumatoid arthritis patients. A systematic review of the literature. *Clin Exp Rheumatol* 2008 Jul–Aug; 26(4):673–9. PMID: 18799105
- 4 Restivo V, Candiloro S, Daidone M et al.: Systematic review and meta-analysis of cardiovascular risk in rheumatological disease: Symptomatic and non-symptomatic events in rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Autoimmun Rev* 2022 Jan; 21(1):102925. DOI: 10.1016/j.autrev.2021.102925. Epub 2021 Aug 26. PMID: 34454117
- 5 Dijkshoorn B, Raadsen R, Nurmohamed MT: Cardiovascular Disease Risk in Rheumatoid Arthritis Anno 2022. *J Clin Med* 2022 May 11; 11(10):2704. DOI: 10.3390/jcm11102704. PMID: 35628831; PMCID: PMC9142998
- 6 Santos-Moreno P, Rodriguez-Vargas GS, Martinez S et al.: Metabolic Abnormalities, Cardiovascular Disease, and Metabolic Syndrome in Adult Rheumatoid Arthritis Patients: Current Perspectives and Clinical Implications. *Open Access Rheumatol* 2022 Nov 4; 14:255–267. DOI: 10.2147/OARRR.S285407. PMID: 36388145; PMCID: PMC9642585
- 7 Simon TA, Thompson A, Gandhi KK et al.: Incidence of malignancy in adult patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 2015 Aug 15; 17(1):212. DOI: 10.1186/s13075-015-0728-9. Erratum in: *Arthritis Res Ther* 2016; 18(1):100. PMID: 26271620; PMCID: PMC4536786
- 8 Zhong H, Liu S, Wang Y et al.: Primary Sjögren's syndrome is associated with increased risk of malignancies besides lymphoma: A systematic review and meta-analysis. *Autoimmun Rev* 2022 May; 21(5):103084. DOI: 10.1016/j.autrev.2022.103084. Epub 2022 Mar 24. PMID: 35341972
- 9 Clarke AE, Pooley N, Marjensberg Z et al.: Hammond ER, Risk of malignancy in patients with systemic lupus erythematosus: Systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum* 2021 Dec; 51(6):1230–1241. DOI: 10.1016/j.semarthrit.2021.09.009. Epub 2021 Sep 30. PMID: 34710720
- 10 Albrecht K, Binder S, Minden K, Poddubnyy D, Regierer AC, Strangfeld A, Callhoff J: Systematisches Review zur Schätzung der Prävalenz entzündlich rheumatischer Erkrankungen in Deutschland [Systematic review to estimate the prevalence of inflammatory rheumatic diseases in Germany. German version]. *Z Rheumatol* 2023 Jan 2. German. DOI: 10.1007/s00393-022-01305-2. Epub ahead of print. PMID: 36592211
- 11 Statistik Austria; [https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-nach-alter/geschlecht](https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-nach-alter/geschlecht;); -> „Registerzählung- Bevölkerung nach Alter, Geschlecht und Bundesland 2021 (.ods)“, letzte Abfrage: 23. 5. 2023
- 12 DGRh, aktuelle Website; Crowson CS et al.: The lifetime risk of adult-onset rheumatoid arthritis and other inflammatory autoimmune rheumatic diseases. *Arthritis Rheum* 2011 Mar; 63(3):633–9. DOI: 10.1002/art.30155. PMID: 21360492; PMCID: PMC3078757
- 13 EU-Projekt SQUEEZE (Maximising Impact of Prescription Drugs in Rheumatoid Arthritis) im Rahmen von „Horizon Europe“, <https://squeeze-project.eu/about/>; letzte Abfrage: 7. 6. 2023
- 14 Sokka T, Kautiainen H, Pincus T et al.: QUEST-RA. Work disability remains a major problem in rheumatoid arthritis in the 2000s: data from 32 countries in the QUEST-RA study. *Arthritis Res Ther* 2010; 12(2):R42. DOI: 10.1186/ar2951. Epub 2010 Mar 12. PMID: 20226018; PMCID: PMC2888189
- 15 Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2019, www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheitszustand/gesundheitszustand-selbstberichtet; letzte Abfrage: 12. 6. 2023
- 16 Daten der Statistik Austria, Krankenstandsfälle 2021, <https://www.statistik.at/statistiken/arbeitsmarkt/arbeit-und-gesundheit/krankenstaende>; letzte Abfrage: 12. 6. 2023
- 17 Daten der Statistik Austria, Pensionen 2021, <https://www.statistik.at/statistiken/arbeitsmarkt/arbeit-und-gesundheit/pensionen-der-geminderten-arbeitsfaehigkeit/erwerbsunfaehigkeit>; letzte Abfrage: 12. 6. 2023

Patient:innen als Partner

„Patient partners“ bringen ihre Expertise als direkt Betroffene in Studien und Entscheidungsprozesse ein.

Patient:innen mit ihren Bedürfnissen stehen nicht nur im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen; im Sinne von „shared decision making“ sind sie Partner in der Entscheidungsfindung. Behandlungsrelevante persönliche Informationen fließen in die von Rheumatolog:in und Patient:in gemeinsam getroffene und verantwortete Entscheidung und damit in den Behandlungsprozess ein. Patient:innen und Patientenorganisationen werden zunehmend auch als institutionelle Partner („patient partners“) in Studien einbezogen, um ihre besondere Expertise als direkt Betroffene berücksichtigen zu können. So basieren auch viele relevante wissenschaftliche Erkenntnisse aus Österreich, die maßgeblich zu einer verbesserten Behandlung beigetragen haben, auf der direkten Beteiligung von Betroffenen (z. B. Patient-reported Outcomes etc., siehe Seite 20).

Darüber hinaus muss die Perspektive der Betroffenen auch in der Versorgungsplanung gehört und berücksichtigt werden. Um Patient:innen eine Stimme zu geben und eine adäquate Beteiligung zu ermöglichen, hat die ÖGR daher eine eigene Sektion „Patientenpartnerschaft“ eingerichtet.

„Selbsthilfegruppen und Patientenvertreter:innen tragen zur Aufklärung in der Öffentlichkeit bei und stehen Betroffenen unterstützend zur Seite. Ihre Erfahrung als Selbstbetroffene hilft anderen und birgt eine enorme Expertise, besonders auf der sozialen Ebene.“

Wir haben mehrere Vertreter:innen von Selbsthilfegruppen um Informationen zur Krankheitslast und zu den aktuellen Herausforderungen gebeten.

Große Herausforderungen und Problemfelder

- Als große Herausforderungen nennen Betroffene vor allem das Fehlen einer flächendeckenden rheumatologischen Versorgung – insbesondere im ländlichen Raum – sowie die langen Wartezeiten, die bis zu 6 Monate betragen. In vielen Regionen ist keine fachspezifische rheumatologische Versorgung im kassenärztlichen Bereich möglich, die Anfahrtswege für Betroffene sind oft enorm lang. Alternativen im Wahlartzbereich sind für viele nicht leistbar.
- Als erschwerend wird auch das oft nicht ausreichende Wissen von Ärzt:innen anderer Fachrichtungen empfunden.



Wie belastend ist die Erkrankung im Alltag?

- Schmerzen, Bewegungseinschränkung, belastende Folgeerkrankungen, zunehmende Invalidität
- stigmatisierende Symptome (wie etwa Hautveränderungen bei Lupus oder Nagelbefall bei Psoriasis)
- „Selbst Alltagsverrichtungen wie Körperpflege können der Hilfe bedürfen.“
- chronische Erschöpfung, „die von Nichtbetroffenen nicht verstanden wird“
- Belastung für Partnerschaft, Sexualität; Familienplanung
- psychische Folgen bis zur Depression
- Akzeptanz, schwieriges Umlernen: „Krankheit beeinflusst alle Lebensbereiche.“
- oft Scham wegen der eigenen Schwäche; kein Outing am Arbeitsplatz
- Umfeld: oft Unverständnis und Ablehnung, mitunter bis zum Mobbing
- eingeschränkte Arbeitsfähigkeit (evtl. Teilzeit), oft Arbeitsplatzverlust; fehlende Arbeitszeitmodelle

- Physiotherapie, Ergotherapie und physikalische Therapien sind meist nicht durchgängig möglich, die finanziellen Belastungen für ergänzende Therapien sind hoch (Physiotherapie, psychologische Betreuung, unterstützende Maßnahmen).
- Fehlende Akzeptanz und fehlendes Wissen auch bei Institutionen des Gesundheitssystems machen Betroffene zu Bittsteller:innen.

Was muss sich ändern?

- „Chronisch entzündliche Erkrankungen des Bewegungsapparates müssen hoch hinauf auf die politische Agenda.“ Es braucht Bewusstseinsbildung in allen gesellschaftlichen Bereichen; Einbindung und Zusammenarbeit aller gesundheitspolitischen Stakeholder inkl. der Selbsthilfegruppen.
- Als primäres gesundheitspolitisches Anliegen nennen Patientenvertreter:innen die Ausbildung von mehr Rheumatolog:innen, um eine flächendeckende Versorgung, besonders im ländlichen Raum, zu erreichen.
- Besonderes Augenmerk muss auch der Sicherstellung der Medikamentenversorgung in Österreich gelten.
- Wesentlich sind Arbeitsmodelle, die es ermöglichen, chronisch kranke Menschen in die Arbeitswelt einzubinden (etwa mit geringeren Arbeitsstunden, freierer Zeiteinteilung usw.) ●

Ausbildung: Rheumatologie

Um auch in Zukunft eine adäquate Versorgung gewährleisten zu können, bedarf es gut ausgebildeter Rheumatolog:innen in ausreichender Zahl.

Universitäre Ausbildung

Die Rheumatologie wird im Medizinstudium leider nur gestreift. Die konkreten Curricula liegen im Verantwortungsbereich der jeweiligen Universitäten. Rheumatologische Inhalte sind in den Studienplänen daher unterschiedlich und meist auch nur in geringem Ausmaß verankert; in der Regel sind sie in Modulen der Inneren Medizin oder Immunologie subsumiert.

Vom Additivfach zum internistischen Sonderfach

Mit der Ärzteausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015)¹ wurde die ärztliche Ausbildung neu geregelt. Bis 2015 war Rheumatologie ein sogenanntes Additivfach, das von Fachärzt:innen für Innere Medizin, Physikalische Medizin oder Orthopädie zusätzlich – d. h. nach der abgeschlossenen Facharztausbildung – absolviert werden konnte. Die Ausbildung umfasste 27 Monate in internistischer Rheumatologie sowie je 3 Monate in Radiologie, Orthopädie und Physikalischer Medizin.

Mit der ÄAO 2015 wurde die Additivfach-Ausbildung wieder verlassen. Stattdessen wurden internistische Sonderfächer geschaffen, im Falle der Rheumatologie das Sonderfach „Innere Medizin und Rheumatologie“: Dieses umfasst neben der gesamten Inneren Medizin die Prävention, Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik, nicht-operative Therapie und Rehabilitation rheumatischer Erkrankungen.

Für alle Auszubildenden erfolgt somit seit 1. 6. 2015 die Ausbildung entsprechend ÄAO 2015 im internistischen Sonderfach.

Übergangsfristen. Eine Ausnahme bestand bis Mai 2023 weiterhin für jene, die schon vor dem 1. 6. 2015 in die Ärzteliste eingetragen wurden: Sie konnten sich in dieser Übergangszeit auch für das alte Additivfach-Ausbildungsmodell entscheiden.

Für alle, die bereits in Additivfachausbildung stehen, läuft bis 2030 eine Übergangsfrist. Bis dahin muss eine bereits begonnene Additivfachausbildung abgeschlossen werden.

Facharztausbildung: „Innere Medizin und Rheumatologie“

Die Ausbildung gliedert sich in eine Basisausbildung und in die Sonderfachausbildung, bestehend aus der Grund- und der Schwerpunktausbildung (Abb. 1).¹

Als erster Teil der ärztlichen Ausbildung ist die Basisausbildung von 9 Monaten zum Erwerb der klinischen Basiskompetenzen in chirurgischen und konservativen Fachgebieten zu absolvieren. Diese Basisausbildung ist für alle gleich – unabhängig davon, welche Ausbildung danach gewählt wird.¹

Sonderfachausbildung. Nach der Basisausbildung ist für das Sonderfach „Innere Medizin und Rheumatologie“

Abb. 1: Ausbildung zum/zur Fachärzt:in für Innere Medizin und Rheumatologie





Angehende Rheumatolog:innen im Fokus

- Möglichkeiten der Vertiefung in Rheumatologie
 - Famulatur auf einer rheumatologischen Abteilung, Diplomarbeit, wissenschaftliche Mitarbeit, PhD-Studium
- Initiativen der ÖGR
 - Rheuma Summer School für Studierende
 - Rheuma Summer School für Jungmediziner:innen
 - Buddy-System für Ärzt:innen in Ausbildung
 - Mentoring-Programm für Ärzt:innen in Ausbildung
 - Arbeitskreis „Junge Rheumatologie“ innerhalb der ÖGR

eine Ausbildung im Ausmaß von mindestens 63 Monaten (5 Jahre und 3 Monate), gegliedert in 27 Monate Sonderfach-Grundausbildung und 36 Monate Sonderfach-Schwerpunktausbildung, zu absolvieren.

In den 27 Monaten der Sonderfach-Grundausbildung Innere Medizin werden die grundlegenden Kenntnisse der gesamten allgemeinen Inneren Medizin erworben. Die Rotation in die verschiedenen Spezialfächer der Inneren Medizin ist verpflichtend.

In den 36 Monaten der Schwerpunktausbildung Rheumatologie werden alle speziellen Kenntnisse und Fertigkeiten der Rheumatologie vermittelt: Die spezifischen Ausbildungsinhalte umfassen die Diagnose und Behandlung von degenerativen, von entzündlichen rheumatischen sowie von systemischen autoimmunen und autoinflammatorischen Erkrankungen. Inkludiert sind darüber hinaus viele fachspezifische Zusatzuntersuchungen wie etwa die interventionelle Diagnostik mit mikroskopischer Untersuchung der Gelenkflüssigkeit und Ultraschalluntersuchungen an Bewegungsapparat, Gefäßen, Weichteilen etc. Als Teil der Schwerpunktausbildung kann optional auch ein wissenschaftliches Modul gewählt werden.

Facharztprüfung. Um die Berufsberechtigung zur selbständigen Berufsausübung als Fachärzt:in für Innere Medizin und Rheumatologie erreichen zu können, muss neben dem erfolgreichen Absolvieren der Ausbildungsinhalte (dokumentiert in den Rasterzeugnissen²) verpflichtend die Facharztprüfung, bestehend aus der Grundprüfung Innere Medizin und der Schwerpunktprüfung Rheumatologie, an der Akademie der Ärzte der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) abgelegt werden. Nach

erfolgreicher Ausbildung einschließlich absolvierter Facharztprüfung erfolgt durch die Österreichische Ärztekammer die Anerkennung als Fachärzt:in für Innere Medizin und Rheumatologie.

Besondere Anliegen der ÖGR

Dem gewaltigen Wissenszuwachs und der zentralen Rolle der Rheumatologie in der Behandlung komplexer Systemerkrankungen Rechnung tragend, sind gut ausgebildete Rheumatolog:innen in ausreichender Zahl notwendig, um auch in Zukunft eine adäquate Versorgung garantieren zu können.

Aus- und Weiterbildung. Ein besonderes Anliegen der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR) liegt daher in der Aus- und Weiterbildung und der aktiven Nachwuchsförderung. Leider ist die Rheumatologie im Studium jedoch nur marginal verankert. Um jungen Kolleg:innen die zentrale Bedeutung des Faches näherzubringen und sie für die Fachrichtung und die Tätigkeit als Rheumatolog:innen zu begeistern, hat die ÖGR eine Reihe von Initiativen gesetzt (**Kasten 1**).

Junge Kolleg:innen im Fokus. Bereits seit einigen Jahren werden die sehr erfolgreichen Summer Schools – einerseits für Studierende, andererseits für Jungmediziner:innen – angeboten, in deren Rahmen junge Kolleg:innen das rheumatologische Tätigkeitsfeld kennenlernen können.

33 Teilnehmer:innen bei der ÖGR-Summer School 2023 für Studierende

25 Teilnehmer:innen bei der ÖGR-Summer School 2023 für Jungärzt:innen

Im Mentoring-Programm der ÖGR werden Ärzt:innen in Ausbildung von erfahrenen Rheumatolog:innen unterstützt und begleitet. Hier geht es auch darum, Beispiel zu geben und zu zeigen, dass die Rheumatologie ein sehr spannendes, stets wichtiger werdendes Fachgebiet ist. ●

¹ Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015, in der Fassung 15. 5. 2023. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009186>

² Österreichische Ärztekammer, ÖÄK, <https://www.aerztekammer.at/ausbildung-fachaerzte>, letzte Abfrage: 15. 5. 2023

Medikamentöse Versorgung

Die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte haben zu einer gewaltigen Erweiterung der Behandlungsoptionen bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen geführt.

Therapien im Überblick

Im ersten Behandlungsschritt kommen bei Patient:innen mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in der Regel Medikamente aus der Gruppe der konventionellen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (Disease-modifying antirheumatic Drugs, DMARDs), wie etwa Methotrexat, zum Einsatz. Darüber hinaus kann die Therapie bei entsprechender Indikation und unter Einhaltung genau definierter Behandlungspfade von geschulten Rheumatolog:innen um moderne selektive Therapieoptionen erweitert werden.

Gruppe der bDMARDs und tsDMARDs. Bei diesen modernen zielgerichteten Therapien handelt es sich um Biologika (biologische DMARDs; bDMARDs) oder mittlerweile auch zielgerichtete („targeted“) synthetische Substanzen (tsDMARDs), die selektiv in die Entzündungskaskade eingreifen können. Der Durchbruch erfolgte um die Jahrtausendwende, als mit dem ersten TNF- α -Inhibitor erstmals ein bDMARD in einer rheumatologischen Indikation, der rheumatoiden Arthritis, zur Verfügung stand. Seither ging es Schlag auf Schlag. Es folgte die Einführung weiterer TNF- α -Inhibitoren sowie bDMARDs mit anderen spezifischen Wirkmechanismen (z. B. Interleukin-Inhibitoren) und vor einigen Jahren auch die Zulassung zielgerichteter synthetischer Substanzen (tsDMARDs), wie beispielsweise der JAK-Inhibitoren, so dass heute bei vielen entzündlich rheumatischen Gelenkerkrankungen, zunehmend aber auch bei schweren Systemerkrankungen, die Möglichkeiten der Therapie eindrucksvoll erweitert sind.

Erstattung

Bei neuen innovativen Therapien handelt es sich meist um hochpreisige Medikamente, die nicht zuletzt auch aus Kostengründen einen verantwortungsbewussten Einsatz erfordern.

Das österreichische System der Evaluierung und Erstattung ermöglicht es, dass neue innovative Therapien in Österreich im internationalen Vergleich sehr rasch nach der Zulassung verfügbar sind und die Kosten von der Sozialversicherung übernommen werden. So können Medikamente, die nach einer positiven Kosten-Nutzen-Bewertung durch den Dachverband der Sozialversicherungen (DVSV) und nach positiver Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK) in den Erstattungskodex (EKO)¹ aufgenommen wurden, – unter Einhaltung der von der HEK für den zweckmäßigen Einsatz des jeweiligen Wirkstoffes empfohlenen Kriterien – verordnet werden.

Aktuelle Verschreibungszahlen

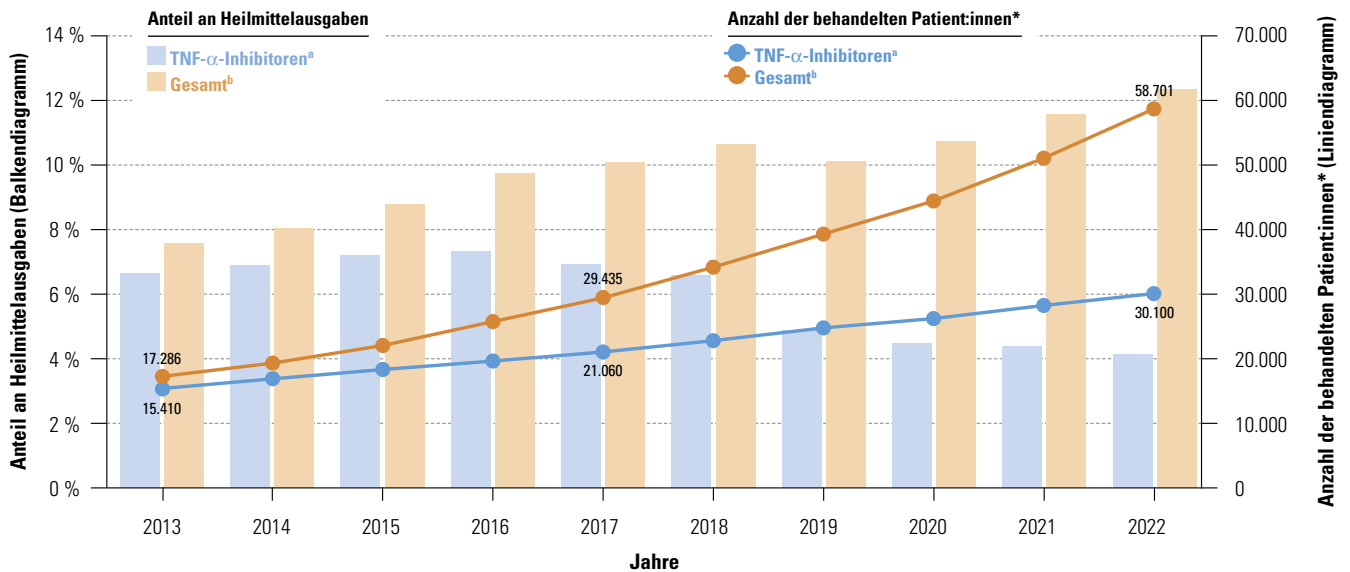
In **Abbildung 1** sind die Gesamtanzahlen an Patient:innen, die in Österreich mit biologischen oder zielgerichteten synthetischen DMARDs pro Jahr auf Kosten der Sozialversicherungen behandelt werden, dargestellt. Wie die aktuellen Daten² aus der maschinellen Heilmittelabrechnung des DVSV zeigen, wurden im Jahr 2022 in Österreich in Summe 58.701 Patient:innen mit biologischen oder zielgerichteten synthetischen Antirheumatika behandelt, ihre Zahl hat sich damit gegenüber dem Jahr 2017 verdoppelt!

Zum Großteil sind das rheumatologische Patient:innen. Zu beachten ist jedoch, dass Medikamente dieser Gruppe auch bei anderen Autoimmunerkrankungen – etwa der Haut (z. B. Psoriasis), des Darmes (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) und der Augen (Uveitis) – eingesetzt werden. In den Daten der maschinellen Heilmittelabrechnung² ist die Gesamtzahl aller behandelten Patient:innen, nicht jedoch die des Einsatzgebietes erfasst.

Kostenstruktur

Die zielgerichteten rheumatologischen Therapien (bDMARDs und tsDMARDs) nehmen einen immer größeren Anteil an den gesamten Heilmittelausgaben ein (Balkendiagramm

Abb. 1: bDMARDs und tsDMARDs zur Therapie von Autoimmunerkrankungen



* Anzahl der Patient:innen: mindestens eine abgerechnete Packung der Wirkstoffklasse im jeweiligen Jahr (Mehrfachzählungen möglich); es wurden nur Produkte des Grünen und Gelben Bereiches des EKO betrachtet.

^a TNF- α -Inhibitoren (Adalimumab, Infliximab, Golimumab, Certolizumab Pegol, Etanercept), ab 2017 inklusive Biosimilars

^b Gesamt: TNF- α -Inhibitoren oder anderer Wirkmechanismus (Interleukin-Inhibitoren [Guselkumab, Tildrakizumab, Risankizumab, Bimekizumab, Brodalumab, Ixekizumab, Ustekinumab, Tocilizumab, Secukinumab], Abatacept, Vedolizumab, JAK-Inhibitoren [Filgotinib, Baricitinib, Upadacitinib, Tofacitinib], Apremilast)

Quelle: Maschinelle Heilmittelabrechnung²

in Abb. 1).² Lag ihr Anteil an den gesamten Heilmittelausgaben (auf Basis der Listenpreise) im Jahr 2013 bei 7,6 %, so betrug er im Jahr 2017 bereits 10,1 %. Im Jahr 2022 lag er bei 12,3 %. Ein genauer Blick ins Detail zeigt, dass diese Entwicklung hauptsächlich auf die stark gestiegene Anzahl an versorgten Patient:innen zurückzuführen ist. So wurden 2022 doppelt so viele Patient:innen behandelt wie 2017!

Auffällig ist auch, dass ab dem Jahr 2017, als die ersten Biosimilars* für TNF- α -Inhibitoren in den Erstattungskodex aufgenommen wurden³ und es daraus resultierend zu einem Preisrückgang kam, auch ein stetiger Rückgang der Kostenanteile für TNF- α -Inhibitoren zu verzeichnen war – und das sogar trotz einer weiter gestiegenen Anzahl an TNF- α -Inhibitor-behandelten Patient:innen.²

Behandlung österreichischer rheumatologischer Patient:innen

Da über die automatisierte Heilmittelabrechnung keine indikationsspezifischen Verschreibungszahlen verfügbar sind, kann die Frage, womit die Rheuma-Patient:innen behandelt werden, nicht in absoluten Zahlen erhoben werden.

Einen Überblick über den Anteil der Behandlungsstrategien können jedoch die BioReg-Daten liefern. BioReg⁴ ist ein Register für Biologika und tsDMARDs, die bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen eingesetzt werden. Es wird von Ärzt:innen gefüllt, die exemplarisch die Bandbreite an verschreibenden Institutionen in Österreich widerspiegeln (mehrere niedergelassene Rheumatolog:innen, 2 ÖGK-Einrichtungen, 2 große rheumatologische Abteilungen und seit kurzem auch 1 Universitätsklinik).

Die in **Abbildung 2** dargestellten rezenten Auswertungen aus BioReg erlauben einen Einblick in die aktuelle Verschreibungspraxis: Im Jahr 2022 wurden von den am Register teilnehmenden Institutionen 1.487 Patient:innen erfasst, die eine Therapie mit einem bDMARD oder einem tsDMARD erhielten. In Summe wurden 1.737 Medikamentenstränge erfasst (davon wurden 795 wegen rheumatoider Arthritis, 431 wegen Spondylarthritis und 511 wegen Psoriasisarthritis verschrieben). Diese Therapien betreffen zu 58,38 % TNF- α -Inhibitoren, zu 13,47 % JAK-Inhibitoren und zu 28,15 % andere b- und tsDMARDs (OMA, Other Mode of Action).

Resümee

Zusammenfassend hat die Entwicklung von zielgerichteten Therapien zu einer Revolution der Behandlungsmöglichkeiten entzündlich rheumatischer Erkrankungen

* Biosimilars sind biotechnologisch hergestellte Nachfolgeprodukte von Biologika nach deren Patentablauf. Sie sind bioäquivalent zu den Originalpräparaten, in der Regel aber kostengünstiger.

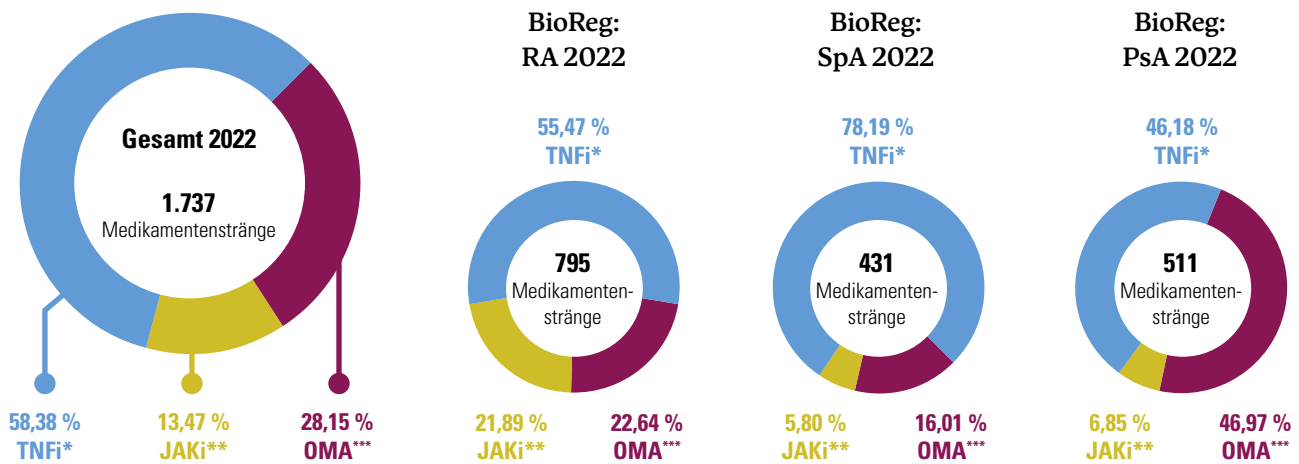
geführt. Als komplexe Erkrankungen mit potenziellen Organ-Komplikationen erfordern sie eine zeitnahe, adäquate fachspezifische Behandlung. Zu beachten ist, dass nicht nur die Erkrankungen per se komplex sind, sondern bei der Therapie mit DMARDs auch komplexe Eingriffe in das Immunsystem erfolgen. Die Evaluation des Erkrankungsverlaufes, des Therapieerfolges, aber auch der ersten Anzeichen für Komplikationen müssen daher durch Fachärzt:innen für Rheumatologie erfolgen.³

Patient:innen in Österreich können, wie erwähnt, sehr früh von innovativen Medikamenten profitieren, weil

deren Kosten von der Sozialversicherung übernommen werden. Die mit dem verantwortungsvollen Einsatz komplexer Medikamente erforderliche fachspezifische Betreuung ist ebenfalls aufwendig, anspruchsvoll sowie zeitintensiv. ●

- 1 Erstattungskodex (EKO) www.erstattungskodex.at
- 2 Daten maschinelle Heilmittelabrechnung des DSVS (Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen), MMag.^a Jutta Lichtenecker, Juli 2023
- 3 Nell-Duxneuner V, Lichtenecker J, Fakten der Rheumatologie, Ausgabe 3/22: 40–42; September 2022
- 4 BioReg – Biologica-Register für entzündliche Erkrankungen e. V., <https://www.bioreg.at/>

Abb. 2: BioReg 2022



Im Beobachtungsjahr wurden in BioReg **1.487** Patient:innen mit rheumatoider Arthritis (RA), Spondyloarthritis (SpA) oder Psoriasisarthritis (PsA) erfasst, die eine Therapie mit bDMARDs oder tsDMARDs erhielten.

In Summe waren es **1.737** Medikamentenstränge.

	2022 erfasste Medikamentenstränge			Summe	Anteil
	RA	SpA	PsA		
Gesamtzahl	795	431	511	1.737	
TNFi	441	337	236	1.014	58,38 %
JAKi	174	25	35	234	13,47 %
OMA	180	69	240	489	28,15 %

Kollektiv: Patient:innen mit einer Visite zwischen 1. 1. 2022 und 31. 12. 2022
 * **TNF- α -Inhibitoren** (Adalimumab, Infliximab, Golimumab, Certolizumab Pegol, Etanercept)
 ** **JAK-Inhibitoren** (Baricitinib, Filgotinib, Tofacitinib, Upadacitinib)
 *** **OMA = Other Mode of Action** (Interleukin-Inhibitoren [Tocilizumab, Sarilumab; Secukinumab, Ixekizumab, Brodalumab, Ustekinumab, Guselkumab, Risankizumab, Canakinumab], Rituximab, Abatacept, Apremilast)

Quelle: nach Daten aus BioReg⁴

Rheumatologische Versorgung

Die internistisch-rheumatologische Versorgung umfasst die Prävention, Diagnose, nichtoperative Therapie und Rehabilitation sämtlicher rheumatischer Gelenk- und Systemerkrankungen.

Rheumatologie ist ein Sonderfach der Inneren Medizin. Die rheumatologische Versorgung wird durch Fachärzt:innen für Innere Medizin mit dem Additivfach „Rheumatologie“ bzw. Fachärzt:innen des Sonderfaches „Innere Medizin und Rheumatologie“ gewährleistet (siehe Seite 10). Im Folgenden werden beide Gruppen unter dem Begriff „internistische Rheumatolog:innen“ zusammengefasst.

Veränderungen im Behandlungsetting und Arbeitsaufwand

Moderne zielgerichtete Therapien, das Wissen um die Bedeutung einer frühen Diagnose und eines frühen Therapiebeginns sowie die Etablierung konsequenter Therapiekonzepte („Treat to Target“) haben die Behandlungsmöglichkeiten revolutioniert und die Prognose für Patient:innen mit entzündlichen Gelenkerkrankungen, aber zunehmend auch mit komplexen Systemerkrankungen signifikant verbessert. Hand in Hand mit den Entwicklungen der letzten 20 Jahre gehen auch eine sukzessive Veränderung der Anforderungen und des Rollenbildes der Rheumatolog:innen und eine sprunghafte Erweiterung ihrer Aufgaben. Diagnose, Therapieeinstellung und Therapiebegleitung erfordern ein engmaschiges Monitoring von Wirkung und Nebenwirkung ebenso wie eine adäquate Aufklärung der Patient:innen und die Koordination anderer Fachrichtungen.

Um diesem Versorgungsauftrag gerecht werden und die notwendige fachspezialisierte Betreuung gewährleisten zu können, ist daher eine ausreichend große Zahl an Rheumatolog:innen notwendig.

Setting der Versorgung

Versorgung im niedergelassenen Bereich. Rheumatologische Patient:innen sind chronisch kranke Menschen, die einer kontinuierlichen fachspezialisierten Betreuung bedürfen. Die rheumatologische Versorgung kann heute zu einem Großteil im ambulanten Setting stattfinden.

Leider sind im österreichischen Gesundheitssystem keine exakten Daten verfügbar, wie viele Patient:innen in Spitalsambulanzen und wie viele im niedergelassenen Bereich betreut werden. Tatsächlich gibt es österreichweit nur sehr wenige Rheumatolog:innen mit Kassenvertrag (Details siehe unten). Spitalsambulanzen sind daher in großem Ausmaß versorgungsrelevant.

Bundesländerweise zeigen sich große Unterschiede in der Versorgungsstruktur, so ist z. B. in Oberösterreich der niedergelassene Bereich besser ausgebaut, während die Versorgung in Wien hauptsächlich in Spitalsambulanzen stattfindet.

Ambulante Rheuma-Versorgung erfolgt derzeit **in Spitalsambulanzen**, weil Kassenärzt:innen fehlen

Spitalsambulante Versorgung. In vielen, vor allem kleineren, Spitälern in den Bundesländern wird eine rheumatologische Basisversorgung in der Regel an allgemein-internistischen Abteilungen, oft unter Zuziehung rheumatologischer Konsiliarärzt:innen, mit nur tagweisem Rheumaambulanzbetrieb gewährleistet.

Einige wenige hochspezialisierte Abteilungen haben einen ausgewiesenen rheumatologischen Schwerpunkt und verfügen über ein größeres Team an Rheumatolog:innen. Neben einem täglichen Rheumaambulanzbetrieb werden von diesen auch eine Reihe von Spezialambulanzen angeboten.

Akutstationäre Ressourcen. Wie die Entlassungsstatistiken (siehe Seite 20) zeigen, ist die Zahl stationärer Aufenthalte, die wegen rheumatologischer Erkrankungen notwendig waren, konstant zurückgegangen, obwohl mit den modernen Therapien auch komplexe medizinische Fragestellungen bis zu Komplikationen verbunden sein können.



Rheumatologische Gesundheitsberufe²

Dazu zählen unter anderem:

- Physiotherapeut:innen
- Ergotherapeut:innen
- Gesundheits- und Krankenpfleger:innen
- Logopäd:innen
- Diätolog:innen
- Psycholog:innen
- Sozialarbeiter:innen
- Ordinationsassistent:innen

Diese Erfolge dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass für komplexe Fragestellungen und insbesondere die Schubbehandlung von Systemerkrankungen eine rheumatologische Akutversorgung (24/7) und eine fachspezialisierte rheumatologische stationäre Versorgung verfügbar sein müssen und auch sind.

Rehabilitation

Gezielte Rehabilitation und eine Reihe nichtmedikamentöser Therapien und Maßnahmen können bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen die medikamentöse Therapie wirksam ergänzen und zum Funktionserhalt der Gelenke sowie zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

Im Österreichischen Rehabilitationskompass¹ sind sämtliche stationären Rehabilitationseinrichtungen in Österreich mit den jeweiligen Indikationen gelistet. Diese sind entweder Einrichtungen der Sozialversicherungsträger selbst oder Vertragspartnereinrichtungen mit einem Vertragsverhältnis mit zumindest einem Sozialversicherungsträger.

Neben den Möglichkeiten der stationären Rehabilitation wird Rehabilitation zunehmend auch im ambulanten Setting angeboten.

Rheumatologische Gesundheitsberufe

Als Expert:innen für nichtmedikamentöse Interventionen beschäftigen sich verschiedene rheumatologische Gesundheitsberufe (**Kasten**) mit den vielen Facetten von rheumatischen Erkrankungen und deren Auswirkungen auf das tägliche Leben.² Ziel ist es, Betroffene bestmöglich in der Bewältigung der Krankheit, der Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag und der Partizipation in sämtlichen Lebensbereichen zu unterstützen. Zu den Interventionen zählen beispielsweise alle Arten von Physiotherapie, krankheitsspezifische Bewegungstherapie und Funktionstraining für mehr Selbständigkeit im Alltag, ergotherapeutische Maßnahmen, Schmerz- und Fatigue-Management, das Vermitteln gelenkschonender Verhaltensweisen, aber auch die Hilfsmittel- und Schienenversorgung, die ergonomische Arbeitsplatzberatung und -anpassung, die psychologische Unterstützung und vieles mehr.

Rheuma-Fachassistenz. Nichtärztliche Gesundheitsberufe sind in der rheumatologischen Versorgung fest etabliert und leisten einen wesentlichen Beitrag in der interdisziplinären Betreuung Betroffener.

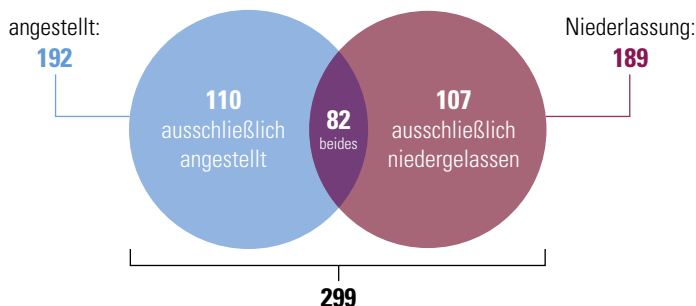
Ein Ziel der ÖGR ist die Verankerung einer spezifischen rheumatologischen Ausbildung für Gesundheitsberufe und damit die Qualifizierung zur sogenannten „Rheuma-Fachassistenz“, die einen wesentlichen Beitrag in der Versorgung, insbesondere in der Beratung und Führung von Rheuma-Patient:innen, leisten könnte.

In den letzten Jahren wurden einige wenige berufs begleitende „Rheuma-Kurse“ für Angehörige der Gesundheitsberufe angeboten und in Summe von etwa 60 Personen absolviert, der Bedarf ist jedoch wesentlich größer. Herausforderungen liegen derzeit in der Verankerung entsprechender Curricula ebenso wie in der Frage der Finanzierung.

Status quo: Fachärzt:innen für internistische Rheumatologie

In der Statistik der Österreichischen Ärztekammer³ waren mit Stand März 2023 in Österreich in Summe 299 Ärzt:innen als internistische Rheumatolog:innen (davon der Großteil mit Additivfachausbildung) erfasst. **Tabelle 1** und **Abbildung 1** zeigen die Aufteilung nach Bundesländern und stellen eine Gliederung nach Art der Tätigkeit dar. Zu beachten ist, dass diese Zahlen lediglich die formale „Personen-Zahl“ der in Rheumatologie ausgebildeten Ärzt:innen wiedergeben, *nicht* jedoch, ob und wenn ja in welchem Ausmaß diese tatsächlich in der Rheuma-

Abb. 1: Gesamtzahl: Internistische Rheumatolog:innen



Achtung: KEINE Vollzeitäquivalente, sondern Kopfzahlen der in Rheumatologie ausgebildeten Ärzt:innen, unabhängig davon, ob diese tatsächlich in der Rheumatologie tätig sind!

Tab. 1: Internistische Rheumatolog:innen, nach Bundesländern und Tätigkeit, Stand März 2023

nach der Tätigkeit	Ö	B	K	N	O	S	ST	T	V	W
nur Niederlassung	107	3	8	27	19	6	8	6	5	25
nur Anstellung	110	2	5	15	12	9	16	9	–	42
Anstellung + Niederlassung	82	–	7	11	10	4	7	3	2	38
Gesamt	299	5	20	53	41	19	31	18	7	105

Dazu kommen noch 5 Wohnsitzärzt:innen*, in Summe damit **304 Personen**.

* Wohnsitzärzt:innen: Ärzt:innen, die weder in einem Anstellungsverhältnis tätig sind noch eine eigene Ordination betreiben.
Mögliche Tätigkeiten: Praxisvertretung, betriebsärztliche, notärztliche Tätigkeiten etc.

Quelle: nach Angaben der Österr. Ärztekammer³

tologie tätig sind (viele haben mehrere Additivfächer, Details siehe unten).

Kassenärzt:innen. Auffällig ist die geringe Zahl an Kassenärzt:innen. Mit Stand Juni 2023⁴ haben von allen erfassten internistischen Rheumatolog:innen in ganz Österreich nur 26 einen Kassenvertrag für alle Kassen (ÖGK, BVAEB, SVS), dazu kommen noch 8 Ärzt:innen mit Verträgen für kleine Kassen/KFA. (Tab. 2). Diese als Rheumatolog:innen erfassten Kassenärzt:innen wiederum behandeln zum Großteil jedoch auch internistische Patient:innen mit anderen Krankheiten und **nur zu einem Viertel ihrer Kapazitäten** rheumatische Erkrankungen, nicht zuletzt aus wirtschaftlichen Gründen, weil die Kassen-Honorierung für aufwendige rheumatologische Tätigkeiten so gering ist (siehe unten).

Das bedeutet mit anderen Worten, dass von allen erfassten **niedergelassenen Rheumatolog:innen der Großteil als Wahlärzt:innen** tätig ist. Es ist daher bei einer derart niedrigen Dichte an Kassenärzt:innen davon auszugehen, dass neben den Spitalsambulanzen, an denen ein großer Teil der rheumatologischen Versorgung stattfindet, auch die Wahlärzt:innen bis zu einem gewissen Grad versorgungsrelevant sind.

Wartezeiten

Bei einer derart geringen Kassenärztedichte sind lange Wartezeiten nicht verwunderlich. Wie die Ergebnisse einer rezenten Online-Erhebung unter internistischen Rheumatolog:innen zeigen⁵, geben 40 % der Befragten (quer über die Behandlungssettings) an, dass in der eigenen Institution oder Ordination die Wartezeiten auf eine rheumatologische Erstbegutachtung mehr als 8 Wochen betragen. Auffällig sind hier insbesondere die Unterschiede zwischen kassenärztlichem und wahlärztlichem Bereich. Während die Wartezeiten bei 75 % der Wahlärzt:innen unter 8 Wochen, bei knapp der Hälfte sogar unter 4 Wochen liegen, warten Patient:innen bei 50 % der Kassenärzt:innen (nach deren eigenen anonymen Angaben) sogar 3–6 Monate auf den Ersttermin.

Bedarfsplanung

Wie viele Rheumatolog:innen bezogen auf die Einwohnerzahl erforderlich sind, wird in Europa abhängig von den jeweiligen nationalen Settings sehr unterschiedlich kalkuliert. Die Zahlen sind daher europaweit kaum vergleichbar. In Österreich sind Rheumatolog:innen primär auch Fachärzt:innen für Innere Medizin, die in der Regel weiters Patient:innen mit anderen internistischen Erkrankungen betreuen. Das wird auch durch eine 2020 publizierte österreichische Untersuchung deutlich (Puchner et al.⁷). Diese beruht auf der Befragung von Rheumatolog:innen in Krankenanstalten und Ordinationen in Österreich (n = 140) und zeigt, dass Rheumatolog:innen fast ein Drittel ihrer Zeit für Personen mit nichtrheumatologischen Erkrankungen aufwenden.

Basierend auf diesem Verteilungsschlüssel sowie den österreichischen Prävalenzdaten und dem in dieser Befragung erhobenen Zeitbedarf pro Patient:in, wurde von den Autor:innen ein Bedarf von 4,29 Rheumatolog:innen pro 100.000 erwachsene Einwohner:innen errechnet.⁷ Hochgerechnet mit österreichischen Bevölkerungszahlen bedeutet das aktuell einen Bedarf von **320 Vollzeitäquivalenten**.

Tatsächlich ist man davon in Österreich sehr, sehr weit entfernt, wie in den folgenden Absätzen dargestellt wird.

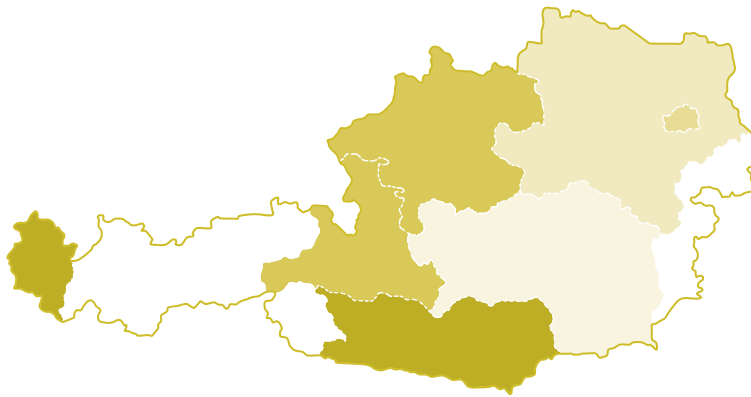
**Österreichweit:
nur 26 Rheumatolog:innen
mit Kassenvertrag**

Besondere Herausforderungen

Demografische Details. Ein Blick auf die demografischen Daten zeigt, dass in der Gesamtzahl aller Rheumatolog:innen 37 Personen erfasst sind, die bereits 65 Jahre oder älter sind.³

Tab. 2 mit Abb. 2: Internistische Rheumatolog:innen mit Kassenvertrag

	B	K	N	O	S	ST	T	V	W	Österreich
Anzahl Kassenärzt:innen	0	5	3	7	2	2	0	3	4	26
Kassenärzt:innen pro 100.000 EW	0	0,89	0,18	0,47	0,36	0,16	0	0,75	0,21	0,29
EW pro Kassenärzt:in	–	113.000	566.000	215.000	281.000	626.000	–	134.000	482.000	345.000



EW pro Kassenärzt:in

< 200.000
200–300.000
300–400.000
400–500.000
500–600.000
> 600.000
Kein:e Kassenärzt:in

Quelle: nach Angaben der Österr. Ärztekammer, Stand Juni 2023⁴. Verifiziert durch ÖGR.⁶

Betrachtet man die Altersverteilung im Detail (Abb. 3), so fällt auf, dass von den verbleibenden **267** weitere 106 Rheumatolog:innen älter als 55 Jahre alt sind und somit in den nächsten 10 Jahren in Pension gehen werden – das sind 40 % (!) aller Rheumatolog:innen im erwerbsfähigen Alter. Das mittlere Alter aller Rheumatolog:innen, die noch nicht das Pensionsalter erreicht haben, liegt somit bereits bei 54 Jahren (Median).

40 % aller Rheumatolog:innen gehen in den nächsten 10 Jahren in Pension

Mehrere Additivfächer. Viele Ärzt:innen haben in mehreren Additivfächern eine Spezialisierung, das trifft auch auf viele Rheumatolog:innen zu. Eine Datenabfrage der Ärztekammer zeigt⁸, dass 74 aller erfassten Rheumatolog:innen neben der Rheumatologie auch andere Additivfächer (oft auch mehrere) und 13 noch andere Sonderfächer haben (Abb. 4). Es ist daher unklar, inwieweit und in welchem Ausmaß diese 87 Personen (29 %), die mehrere Spezialisierungen haben, sowie jene, die auch Allgemeinmediziner:innen sind, letztlich tatsächlich rheumatologisch tätig sind.

Wie die Ergebnisse einer rezenten Online-Erhebung unter internistischen Rheumatolog:innen zeigen⁵, behandelt der Großteil der Rheumatolog:innen auch Patient:innen mit anderen Erkrankungen. Am ehesten sind es daher noch die Wahlärzt:innen, die ausschließlich rheumatolo-

gisch tätig sind – ein Faktum, das auch mit der schlechten Kassen-Honorierung der aufwendigen rheumatologischen Tätigkeiten erklärt werden kann. Das heißt, allein aus ökonomischen Gründen müssen Rheumatolog:innen auch andere Patient:innen betreuen.

Die ÖGR hat dazu konkret die kassenärztlich tätigen Rheumatolog:innen kontaktiert⁶ und nach dem Anteil rheumatologischer Patient:innen an ihrem Gesamtkollektiv befragt. Die Angaben umfassen eine große Bandbreite: von ca. 60 % Rheuma-Patient:innen bei einigen wenigen Ärzt:innen bis zu max. 10 % beim Großteil der Befragten. Im Durchschnitt behandeln rheumatologische Kassenärzt:innen nur zu 27 % Rheuma-Patient:innen.

Abb. 3: Internistische Rheumatolog:innen Altersverteilung

Alter	Anzahl
< 40 J.	21
40–44 J.	36
45–49 J.	59
50–54 J.	45
55–59 J.	45
60–64 J.	61
≥ 65 J.	37

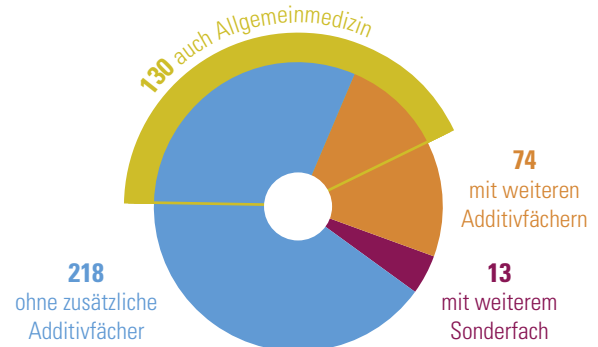


Achtung: KEINE Vollzeitäquivalente, sondern Kopffzahlen der in Rheumatologie ausgebildeten Ärzt:innen!

Quelle: nach³

Abb. 4: Internistische Rheumatolog:innen* mit zusätzlichen anderen Additivfächern

Internistische Rheumatolog:innen* ohne weitere Sonderfächer oder Add.-Fächer		218
Mit zusätzlichem Sonderfach **		13
Mit zusätzlichen Additivfächern***		74
Mit 1 zusätzlichen Additivfach	62	
Mit 2 zusätzlichen Additivfächern	8	
Mit 3, 4 oder 5 zusätzlichen Additivfächern	4	



* Nicht gesondert berücksichtigt und dargestellt wurden in dieser Auflistung: Allgemeinmedizin sowie das Additivfach Geriatrie. Ein Teil der Internistischen Rheumatolog:innen sind auch Allgemeinmediziner:innen (130) bzw. hat die Additivfachausbildung Geriatrie (40).

** mit einem weiteren Sonderfach: Klinische Immunologie (4), Labormedizin (4) Pathophysiologie (1), Radiologie (1), Physikalische Med. (2).

mit 2 weiteren Sonderfächern: Labormed. + Klin. Immunologie (1)

*** Additivfächer zusätzlich zu Rheumatologie (und ggf. Geriatrie)

Mit einem zusätzlichen Additivfach: Gastroenterologie (22), Endokrinologie (21), Nephrologie (10), Kardiologie (3), Hämatonkologie (3), Internist. Sportheilkunde (2) Sportorthopädie (1)

Mit 2 zusätzlichen Additivfächern: Nephrologie + Gastroenterologie (1), Intensivmedizin + Gastroenterologie/Endokrinologie/Kardiologie (1/2/1), Kardiologie + Angiologie (1),

Hämatonkologie + Humangenetik/Infektiologie (1/1)

Plus 3 weitere (Nephrologie + Gastroenterologie + Endokrinologie) (2), plus 4 weitere (1), plus 5 weitere (1)

Quelle: nach Angaben der Österr. Ärztekammer, Stand Mai 2023⁸

Fehlende Honorarpositionen. Die Behandlung von Patient:innen mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen ist naturgemäß für die betreuenden Ärzt:innen viel komplexer und aufwendiger geworden. Es sind derzeit mehr als 30 biologische und „targeted“ synthetische DMARDs (z. B. JAK-Inhibitoren) für die Behandlung entzündlich rheumatischer Erkrankungen zugelassen; weitere werden folgen. Wesentlich ist eine umfassende Aufklärung über die Krankheit und die verordneten Medikamente sowie eine Sensibilität auch für seltene, aber schwerwiegende Nebenwirkungen nicht nur zu Beginn, sondern auch nach mehrmonatiger und jahrelanger Verordnung. Eine regelmäßige Überwachung der Patient:innen in zumindest dreimonatigen Intervallen ist während der gesamten Behandlung unumgänglich. Nur in Oberösterreich und Kärnten konnten diesbezüglich in den letzten Jahren Honorarpositionen für rheumatologische Therapieeinstellung und Überwachung sowie für rheumatologischen Ultraschall etabliert werden. Dies erklärt möglicherweise die im Bundesländervergleich höhere Anzahl von internistischen Rheumatolog:innen mit Kassenvertrag in Oberösterreich.

Trend zur Teilzeit. Wie im Absatz „Bedarfsplanung“ dargestellt, ist zu beachten, dass in Personalbedarfsberechnungen die Zahlen für den notwendigen Bedarf in Vollzeitäquivalenten angegeben werden. Diese Zahlen dürfen nicht mit der Kopffzahl an Ärzt:innen, die als Rheumatolog:innen gelistet sind, verglichen werden, da viele nur in Teilzeit tätig sind – ein Umstand, der den Mangel an Rheumatolog:innen noch weiter verschärft.

Die ÖGR hat dazu 2023 eine rezente Befragung durchgeführt⁵, an der 128 internistische Rheumatolog:innen teil-

genommen haben. Von diesen sind 36 in Teilzeit (28,1 %) und 92 (71,9 %) in Vollzeit tätig. Es zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede (15 % der teilnehmenden Ärzte, 46 % der Ärztinnen arbeiten Teilzeit) sowie ein Trend zur Teilzeittätigkeit quer über alle Settings, verstärkt jedoch im niedergelassenen Bereich (Wahlarzt-Setting). Der Anteil an Teilzeittätigkeit könnte in den nächsten Jahren noch deutlich zunehmen. So gaben auf die Frage nach den Zukunftsplänen 44 % der teilnehmenden Rheumatolog:innen an, in Zukunft Teilzeit arbeiten zu wollen. Mehrheitlich wird eine Stundenreduktion auf 20–30 Wochenstunden angestrebt, teilweise aber auch auf noch weniger. Der Mangel an Rheumatolog:innen wird sich damit noch weiter verschärfen.

Berücksichtigt man den Trend zur Teilzeit und extrapoliert die Zahlen der Umfrage, so ergibt sich allein aus dem Umstand der zunehmenden Teilzeittätigkeit, dass in Zukunft die Bedarfsberechnung mindestens um den Faktor 1,25 zu multiplizieren ist, d. h., dass der Bedarf statt bei 320 schon bei ungefähr 400 Rheumatolog:innen liegt. ●

1 Österreichischer Rehabilitationskompass; rehakompass.goeg.at

2 ÖGRG, Österreichische Gesellschaft für rheumatologische Gesundheitsberufe; <https://rheumatologie.at/gesundheitsberufe/>

3 Österr. Ärztekammer, Stand März 2023

4 Angaben der Österr. Ärztekammer, Mag. Anton Sinabell, Juni 2023

5 Internetbasierte Umfrage der ÖGR unter internistischen Rheumatolog:innen, Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christina Duftner und Dr.ⁱⁿ Eva Rath, Mai/Juni 2023

6 Telefonische Befragung der Kassenärzt:innen, ÖGR, Juli 2023

7 Puchner R, Vavrovsky A, Pieringer H et al.: The Supply of Rheumatology Specialist Care in Real Life. Results of a Nationwide Survey and Analysis of Supply and Needs; Front. Med. 2020; 7: Article 16; doi.org/10.3389/fmed.2020.00016

8 Abfrage der Österr. Ärztekammer, Mag. Anton Sinabell, Mai 2023

Stationäre Versorgung

Die rheumatologische Versorgung findet zu einem großen Teil im ambulanten Setting – d. h. in Spitalsambulanzen oder extramural im niedergelassenen Bereich – statt. Dennoch bedürfen komplexe Fälle nach wie vor der stationären Versorgung.

Stationäre Aufenthalte mit rheumatologischen Hauptdiagnosen

Im Folgenden werden einige von der GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) erfasste Daten exemplarisch dargestellt.¹ Diese beruhen auf einer Abfrage der Entlassungen mit rheumatologischen Hauptdiagnosen* nach stationären Krankenhausaufenthalten in Akutkrankenanstalten.

Tab. 1: Krankenhaushäufigkeit

Aufenthalte mit Rheumadiagnosen	Entlassungsjahr		
	2011	2019	2021
Hauptgruppen (gruppiert)^a pro 100.000 EW			
Entzündliche Gelenkerkrankungen	127,52	66,77	47,77
Arthrosen	116,81	75,08	54,34
Osteopathien	57,77	24,25	18,39
Systemerkrankungen	207,18	133,35	107,54
Alle Rheumadiagnosen (pro 100.000 EW)	509,28	299,44	228,04
Anteil [%] (indexiert mit 2011)	100 %	58,8 %	44,8 %

Krankenhaushäufigkeit der österr. Wohnbevölkerung gesamt (sämtliche Aufenthalte wegen konservativen Diagnosen)			
Anzahl der Aufenthalte	1.532.632	1.254.119	1.046.379
Krankenhaushäufigkeit (pro 100.000 Ew.)	18.300	14.157	11.714
Anteil [%] (indexiert mit 2011)	100 %	77,4 %	64,0 %

^a Rheumadiagnosen gruppiert in 4 Hauptgruppen, abgefragt auf 3-stelliger ICD-10-Basis: entzündliche Gelenkerkrankungen (M00, [M02–03], [M05–06], [M07], [M08–09], [M10–11], [M12–14], [M45–46]); entzündlich systemische Erkrankungen ([M30–31, D69, D89, L95], [M32], [M33], [M34], [M35–36], [M60], [M79], [D70–71, D80–84], [D86], [I00–01, R50]); Arthrosen (konservativ!, ohne OP) (M15–M19); Osteopathien (M81–M85)
Quelle: GÖG, Juni 2023¹

Abgefragt wurden rheumatologische Diagnosen** nach 3-stelligen ICD-10-Diagnosecode-Gruppen***.²

Ausgewertet wurden bewusst nur konservative Fälle, die nicht in einer MEL-Gruppe (medizinische Einzelleistung) abgerechnet werden, das heißt keine (arthrosebedingten) Operationen. Alle Auswertungen beziehen sich auf Patient:innen mit Wohnsitz in Österreich (d. h. ohne Gastpatient:innen), um eine sinnvolle Berechnung von Raten (pro 100.000 Einwohner:innen) zu ermöglichen.

Rückgang der Krankenhaushäufigkeit

Österreichweit ist es eine große Zahl an Patient:innen, die wegen einer rheumatologischen Erkrankung einer stationären Behandlung bedürfen. Im Jahr 2011 belief sich diese auf knapp 43.000.

Ein Vergleich der Entlassungsstatistiken von 2011 bis 2021 zeigt einen kontinuierlichen Rückgang stationärer Fälle mit rheumatologischer Hauptdiagnose: von 43.000 im Jahr 2011 auf 26.800 im Jahr 2019 (Prä-Corona) und einen weiteren Knick auf nur 20.600 Fälle im Jahr 2021. Das ist in Summe, indexiert und gewichtet mit der Einwohnerzahl, quer über alle Rheumadiagnosen ein Rückgang auf 58,8 % im Jahr 2019 bzw. auf 44,8 % im Jahr 2021, bezogen auf den Ausgangswert im Jahr 2011 (Tab. 1).

Stärker als Gesamtrückgang. Um den Rückgang der Spitalshäufigkeit wegen rheumatischer Diagnosen interpretieren zu können, muss dieser im Vergleich zur allgemeinen Krankenhaushäufigkeit betrachtet werden (Tab. 1, unterer Teil): Im Beobachtungszeitraum war in Österreich insgesamt ein starker Rückgang in der Krankenhaushäufigkeit zu verzeichnen. Die Gesamtzahl aller stationären konservativen Fälle pro Jahr reduzierte sich von 1,53 Millionen Fällen im Jahr 2011 auf 1,25 Millionen im Jahr 2019 und 1,05 Millionen im Jahr 2021. Gewichtet pro 100.000 Einwohner:innen des jeweiligen Jahres und in-

* Es werden nur Hauptdiagnosen (= Entlassungsdiagnosen) ausgewertet. Rheumatische Erkrankungen stellen bei vielen Patient:innen oft Nebendiagnosen dar. Da Nebendiagnosen jedoch nur optional zu dokumentieren sind und regional unterschiedlich erfasst werden, wurde auf ihre Darstellung verzichtet. Ihre Interpretation könnte zu epidemiologischen Fehleinschätzungen führen.

** Abgefragt wurden die folgenden ICD-10-Diagnosecode-Gruppen (rheumatische Diagnosen): (M00), (M02–03), (M05–06), (M07), (M08–09), (M10–11), (M12–14), (M45–46); (M30–31, D69, D89, L95), (M32), (M33), (M34), (M35–36), (M60), (M79), (D70–71, D80–84), (D86), (I00–01, R50); (M15–M19); (M81–M85)

*** ICD-10 ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Seit 1. Jänner 1989 sind in Österreichischen Krankenanstalten die Entlassungsdiagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Patient:innen bundeseinheitlich nach der von der WHO veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der jeweils aktuellen Fassung des für Gesundheit zuständigen Bundesministeriums zu erfassen. Das systematische Verzeichnis in der aktuellen Fassung ist auf der Website des Sozialministeriums abfragbar.²

dexiert mit den Werten von 2011 bedeutet das in der Gesamt-Krankenhausthäufigkeit einen Rückgang auf 77,4 % im Jahr 2019 bzw. auf 64 % im Jahr 2021.

Der Rückgang in der Krankenhaushäufigkeit wegen Rheumadiagnosen war somit wesentlich stärker als der Gesamtrückgang, in Relation zum Ausgangswert.

Das zeigt, dass in der Rheumatologie ein wesentlich stärkerer Shift von stationärer zu ambulanter Behandlung vollzogen wurde. Es ist davon auszugehen, dass dieser starke Rückgang in der Krankenhaushäufigkeit mit der Verfügbarkeit effektiver Therapien und mit der Etablierung konsequenter Therapiekonzepte in der Rheumatologie korreliert.

Unterschiedlich bei Erkrankungsgruppen. Diese Aussage wird letztlich auch durch die in verschiedenen Erkrankungsgruppen unterschiedlich stark ausgeprägte Entwicklung der medizinischen Therapie unterstrichen (Abb.):

So war bei der Gruppe der entzündlichen Systemerkrankungen im Beobachtungszeitraum ein Rückgang der Krankenhaushäufigkeit auf 51,9 % vom Ausgangswert zu verzeichnen, bei der Gruppe der entzündlichen Gelenkerkrankungen, für die heute ja eine Vielzahl effektiver Therapiekonzepte verfügbar ist, sogar ein Rückgang auf 37,5 %.

Besonders deutlich wird das bei der rheumatoiden Arthritis (RA): Die Zahl sank von 5.367 stationären Aufenthalten im Jahr 2011 auf 1.336 im Jahr 2021, was eine Reduktion der Krankenhaushäufigkeit von 64 (2011) auf 15 (2021) pro 100.000 Einwohner:innen darstellt und damit einem Rückgang auf 23,3 % in 11 Jahren entspricht.

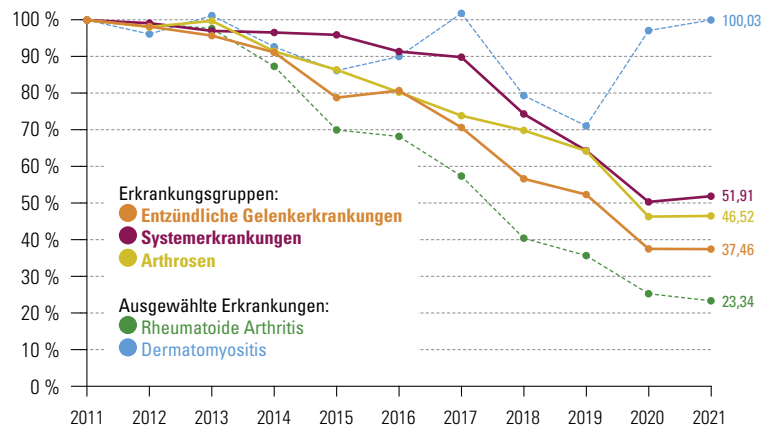
Die Abbildung gibt einen anschaulichen Überblick über den relativen Rückgang der Krankenhaushäufigkeit für ausgewählte Erkrankungen (jeweils indiziert mit den Ausgangswerten von 2011) und zeigt, dass die Krankenhaushäufigkeit krankheitsspezifisch unterschiedlich ist.

Belegstage

Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der Akutkrankenhaus-Indikatoren für die Summe aller abgefragten rheumatischen Erkrankungen. Die durchschnittliche Liegedauer hat sich quer über alle abgefragten rheumatologischen Diagnosen im Beobachtungszeitraum verlängert: von durchschnittlich 5,2 Tagen (2011) auf 6,5 Tage (2019) bzw. 6,2 Tage (2021). Daraus lässt sich ableiten, dass mit dem drastischen Shift von stationärer zu ambulanter Versorgung tendenziell nur noch schwerere Erkrankungsfälle stationär behandelt werden müssen. Umso wichtiger ist es, dass für diese komplexen Erkrankungsfälle adäquate stationäre Ressourcen/Behandlungsmöglichkeiten verfügbar sind.

Der zweite Teil der Tabelle 2 zeigt die Krankenhaus-Indikatoren für einige ausgewählte Erkrankungen.

Abb.: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit ausgewählter Erkrankungsgruppen



Entlassungen pro 100.000 EW, indiziert mit Ausgangswerten 2011 (= 100 %) **Darstellung:** indiziert nach Daten der GÖG, Juni 2023¹

Tab. 2: Ausgewählte Erkrankungen: Entwicklung der durchschnittlichen Liegedauer

		2011	2019	2021
Rheuma-Diagnosen gesamt*	Aufenthalte	42.982	26.802	20.648
	Belagstage	225.015	172.987	127.922
	dBD	5,2	6,5	6,2
Rheumatoide Arthritis M05, M06	Aufenthalte	5.367	2.026	1.336
	Belagstage	22.368	10.822	8.095
	dBD	4,2	5,3	6,1
Spondyloarthritis M45, M46	Aufenthalte	1.800	1.251	1.035
	Belagstage	17.276	20.877	16.161
	dBD	9,6	16,7	15,6
Systemische Sklerose (SSc) M34	Aufenthalte	1.174	558	354
	Belagstage	3.111	2.988	1.868
	dBD	2,6	5,4	5,3
Gicht M10, M11	Aufenthalte	1.024	1.260	932
	Belagstage	6.278	8.247	6.510
	dBD	6,1	6,5	7,0
Arthrosen M15–M19	Aufenthalte	9.783	6.651	4.854
	Belagstage	68.015	50.525	34.779
	dBD	7,0	7,6	7,2

dBD: durchschnittliche Belagsdauer
* rheumatologische Erkrankungen: Diagnose-Codes siehe Tab. 1, Erläuterung a)

Darstellung nach: Daten der GÖG, Juni 2023¹

1 Angaben der GÖG, Gesundheit Österreich GmbH, Dr. Florian Röthlin, Juni 2023
2 ICD-10 BMSGPK 2022 – Systematisches Verzeichnis, www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2023/Kataloge-2023.html -> ICD-10 BMSGPK 2022+ – SYSTEMATISCHES VERZEICHNIS (PDF), letzte Abfrage 25. 7. 2023

Forschung und Wissenschaft

Die Forschungserkenntnisse der letzten Jahrzehnte haben die Behandlungsoptionen rasant erweitert und zu spürbaren Verbesserungen für Betroffene geführt. Ein Fortschritt, der stark von der rheumatologischen Forschung in Österreich geprägt ist.

Die Rheumatologie hat in den letzten Jahrzehnten einen gewaltigen Wandel erfahren und ist heute eine der innovativsten und forschungsintensivsten Fachrichtungen.

Wissenschaft für unsere Patient:innen

Die Zeitachse (Abb.) macht am Beispiel der rheumatoiden Arthritis (RA) die rasante Entwicklung der modernen Rheumatologie deutlich: So gab es bis in die 1980er-Jahre kaum etwas außer Schmerzmitteln, Kortison und Gold – und damit hohe Raten an Gelenkzerstörung, Invalidität und Mortalität. Durch das Zusammenspiel unterschiedlicher Forschungsbereiche aus Grundlagenforschung und klinischer Forschung konnten Diagnostik, Therapie und Behandlung in der Rheumatologie revolutioniert werden. Diese wissenschaftliche Vernetzung, eine angewandte Forschung „from bench to bedside“¹, ist wichtig, um letztendlich die bestmögliche Betreuung unserer Patient:innen zu erreichen.

Heute steht eine Vielzahl an Medikamentengruppen mit unterschiedlichen Wirkmechanismen zur Verfügung, die eine individualisierte effektive Behandlung erlauben. Remission als ultimatives Behandlungsziel ist für viele RA-Patient:innen erreichbar geworden. Zunehmend geht die Forschung heute bereits in Richtung der sogenannten „pre-disease“, also Vor- und Frühstadien der Erkrankung und möglicher präventiver Interventionen.

Die exemplarisch dargestellten Entwicklungsschritte betreffen die bekannteste rheumatologische Erkrankung, die RA; bei anderen Erkrankungen wie der Psoriasisarthritis und der Spondyloarthritis hat die Forschung mittlerweile nachgezogen. In den Mittelpunkt rücken heute zunehmend auch komplexere rheumatologische Binde-

gewebskrankungen wie systemischer Lupus erythematoses, Sklerodermie, Vaskulitiden und Sjögren-Erkrankung, bei denen ein großer Bedarf an therapeutischer Verbesserung besteht.

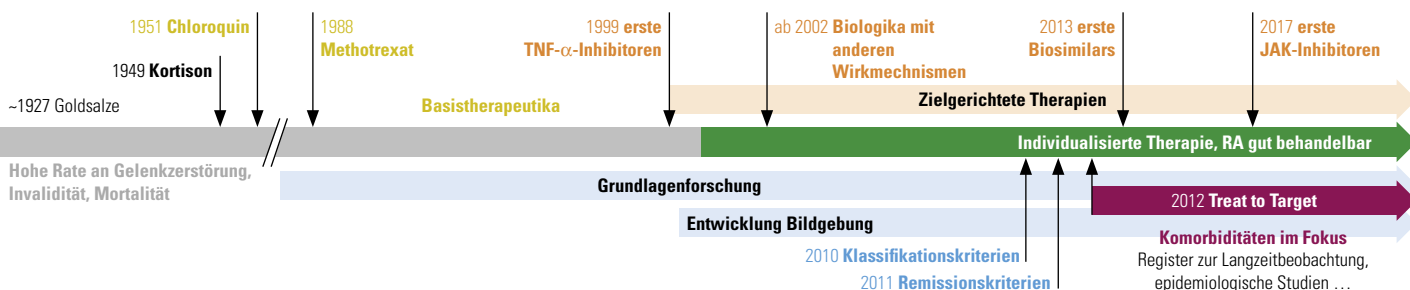
Forschung in und aus Österreich

Spricht man über die Meilensteine der Forschung, die zu maßgeschneiderten Therapiestrategien und einem Paradigmenwechsel in der Behandlung geführt haben, dann spricht man zwangsläufig auch über Österreich. Denn die Erfolgsgeschichte in der Rheumatologie ist zu einem beachtlichen Teil auch eine österreichische: An vielen Entwicklungsschritten sind österreichische Wissenschaftler:innen maßgeblich beteiligt (siehe Kasten rechts).

Internationale Bedeutung. Forschung findet heute zunehmend auch vernetzt – in nationalen und internationalen Kooperationen – statt. So bringen etwa viele österreichische Institutionen ihre Patient:innen in multizentrische klinische Studien ein. Aber auch individuelle Arbeitsgruppen kooperieren in großen Forschungsnetzwerken und teilen ihre Expertise. Behandlungsstrategien und Leitlinien werden meist von internationalen Fachgesellschaften erarbeitet, in der Rheumatologie sehr oft unter österreichischer Mitwirkung oder sogar Leitung. Die internationale Bedeutung der österreichischen rheumatologischen Forschung lässt sich unter anderem am Ausmaß der wissenschaftlichen Publikationen ermesen, aber auch am Stellenwert innerhalb der europäischen Fachgesellschaft EULAR.²

So wurden etwa von den 30 letzten Behandlungsempfehlungen, die von der EULAR in den letzten Jahren zu den

Abb.: Revolutionierung der Behandlung rheumatischer Erkrankungen am Beispiel der rheumatoiden Arthritis



Meilensteine der Forschung und Behandlung „made in Austria“

Grundlagenforschung und „from bench to bedside“

- **Erforschung der pathogenetischen Vorgänge und Entzündungsmechanismen** zur Identifizierung von spezifischen Zielstrukturen und Zytokinen war grundlegend für die nachfolgende Entwicklung von zielgerichteten Medikamenten.
- **Biomarkerforschung:** Als Biomarker bezeichnet man zelluläre und biochemische krankheitsspezifische Faktoren, die einen Hinweis auf die Diagnose, die Krankheitsaktivität oder das Therapieansprechen ermöglichen bzw. auch als prognostischer Marker für den Schweregrad einer Erkrankung genutzt werden können.
- **Aktuelle österreichische Forschungsthemen:** Autoimmunmechanismen bei RA; vorzeitige Immunalterung bei verschiedenen rheumatologischen Erkrankungen wie beispielsweise bei der Sjögren-Erkrankung; zelluläre Mechanismen der Gelenkentzündung und -zerstörung; molekulare und zelluläre Mechanismen bei Autoimmunität; Grundlagenforschung in der Arthroseforschung; Autoantikörperforschung etc.

Klinische Wissenschaft

Neue Behandlungsmöglichkeiten – Therapiestudien

Maßgebliche österreichische Beteiligung an

- Phase-II/III-Studien, die zur Zulassung wichtiger Therapeutika in der Rheumatologie führten (z. B. die ersten TNF- α -Inhibitoren, IL-6-, IL17A-, IL-12/23-Inhibitoren, JAK-Inhibitoren)
- Forschung und klinischen Studien zu neuen zielgerichteten Therapien
- klinischen Studien zu Therapiereduktion, Therapiewechsel und -absetzen, Langzeitbeobachtungsstudien.

Neue Behandlungskonzepte:

- **Scores zur Krankheitsaktivität** ermöglichen ein standardisiertes Erfassen der Aktivität und dienen der Verlaufskontrolle; viele unter Führung von österreichischen Expert:innen entwickelte Aktivitäts-Scores sind heute weltweit als Standard etabliert.
- **Klassifikationskriterien:** Die unter österreichischer Leitung entwickelten RA-Klassifikationskriterien haben das Management der Erkrankung revolutioniert. Sie ermöglichen eine standardisierte, frühzeitige Diagnose und damit den frühen Behandlungsbeginn.

- **Remissionskriterien:** für RA, PsA und PMR: ebenfalls unter österreichischer Leitung entwickelt
- **Behandlungskonzept „treat to target“ (T2T):** Definieren eines konkreten Therapiezieles (idealerweise Remission), standardisierte regelmäßige Kontrollen und Therapieanpassung bei Nichterreichen; das unter österreichischer Führung entwickelte T2T-Konzept wurde 2012 für die RA europaweit etabliert. T2T ist mittlerweile weltweit Standard und auch in anderen rheumatischen Erkrankungen implementiert (PsA, SLE, Vaskulitis, Gicht etc.).
- **Behandlungsstrategien:** österreichische Rheumatolog:innen federführend bei den meisten „treatment recommendations“ der EULAR; darüber hinaus auch bei amerikanisch-europäischen Empfehlungen (ACR/EULAR)
- **Outcome Research:** Untersuchungen zu Burden of Disease, Patient-reported Outcomes, Forschung zu Lebensqualität, Einfluss von Komorbiditäten, Beteiligung von Patient Partners etc.
- **Rheumatologische Bildgebungsforschung:** Bedeutung von Ultraschall in Diagnostik und Verlaufskontrolle verschiedener rheumatischer Erkrankungen

unterschiedlichen rheumatischen Erkrankungen publiziert wurden, mehr als zwei Drittel (21 von 30) unter aktiver Mitwirkung österreichischer Expert:innen erarbeitet.³ Seit Juni 2023 steht die EULAR – zum 2. Mal in der Geschichte (nach Josef Smolen, 2003–2005) – unter der Leitung eines österreichischen Rheumatologen: Als Präsident der EULAR ist Prof. Daniel Aletaha damit oberster Repräsentant aller nationalen rheumatologischen Fachgesellschaften Europas, der rheumatologischen Gesundheitsberufe und der Patientenorganisationen Europas. Auch das große Forschungsprojekt der EU, das im Rahmen von Horizon Europe 13 führende Institutionen vernetzt (Seite 7), steht unter seiner Leitung.

Der österreichische Rheuma-Pionier Prof. Josef Smolen, der zu den bekanntesten und am öftesten zitierten medizinischen Wissenschaftler:innen (Platz 1 in Österreich, Platz 315 weltweit)⁴ zählt, hat nicht nur selbst federführend an den entscheidenden Forschungsschritten mitgewirkt, sondern auch maßgebend ihre Etablierung im klinischen Alltag vorangetrieben und damit die Weichen zu einer verbesserten, effektiven Behandlung für die Patient:innen in Österreich und ganz Europa gestellt.

Österreichische Exzellenz. Österreich verfügt über eine Reihe exzellenter Wissenschaftler:innen und rheu-

matologischer Arbeitsgruppen, die in ihren Forschungsschwerpunkten zu den führenden Abteilungen Europas und auch weltweit zählen. Zu nennen sind hier insbesondere die Universitätskliniken mit großem rheumatologischem Schwerpunkt, aber auch einzelne nichtuniversitäre rheumatologische Zentren und Abteilungen.

Neue Behandlungsstrategien in der Rheumatologie beruhen auf Forschung aus Österreich

Im Kasten „Meilensteine der Forschung und Behandlung, made in Austria“ sind einige Forschungsbereiche österreichischer Arbeitsgruppen in ihrer direkten Bedeutung für die Behandlung der Patient:innen erläutert. ●

- 1 „From bench to bedside“ (sinngemäß: von der Laborbank bis zum Krankenbett) wird als Synonym für translationale Forschung verwendet: Ziel ist es, biomedizinische Erkenntnisse möglichst rasch vom Labor in die klinische Praxis überzuführen.
- 2 EULAR (The European Alliance of Associations for Rheumatology)
- 3 <https://www.eular.org/recommendations-management>; Abfrage: 29. 9. 2023
- 4 Best Scientists Ranking, <https://research.com/scientists-rankings/medicine/at>, 2022: Josef Smolen ist der am öftesten (alle Publikationen) zitierte österreichische Mediziner, Zweiter im D-Index und hat Platz 315 weltweit inne.

Resümee

Rheumatische Erkrankungen betreffen Menschen jeden Alters, oft auch junge.

Rheumatische Erkrankungen sind vielfältig und häufig, sie betreffen nicht nur Gelenke, sondern auch innere Organe. In Österreich leiden **mindestens 200.000 bis 290.000 Personen** an einer entzündlich rheumatischen Erkrankung. Noch viel häufiger sind die nichtentzündlichen degenerativen Erkrankungen. Zu den entzündlichen rheumatischen Erkrankungen zählen die entzündlichen Gelenkerkrankungen (wie rheumatoide Arthritis, Spondyloarthritis etc.) sowie schwere Systemerkrankungen wie Lupus Erythematoses, Sklerodermie und Gefäßentzündungen, die viele Organe betreffen. Viele Gelenkerkrankungen können auch Organmanifestationen haben. Die chronische Entzündung kann zu irreversiblen Schäden an Gelenken und Organen führen. Sie triggert Komorbiditäten, allen voran kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, aber auch Krebs. Personen mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen haben ein höheres Herzinfarkt- und Krebsrisiko. Das Krebsrisiko ist 2- bis 3-mal so hoch wie in der Vergleichsbevölkerung.

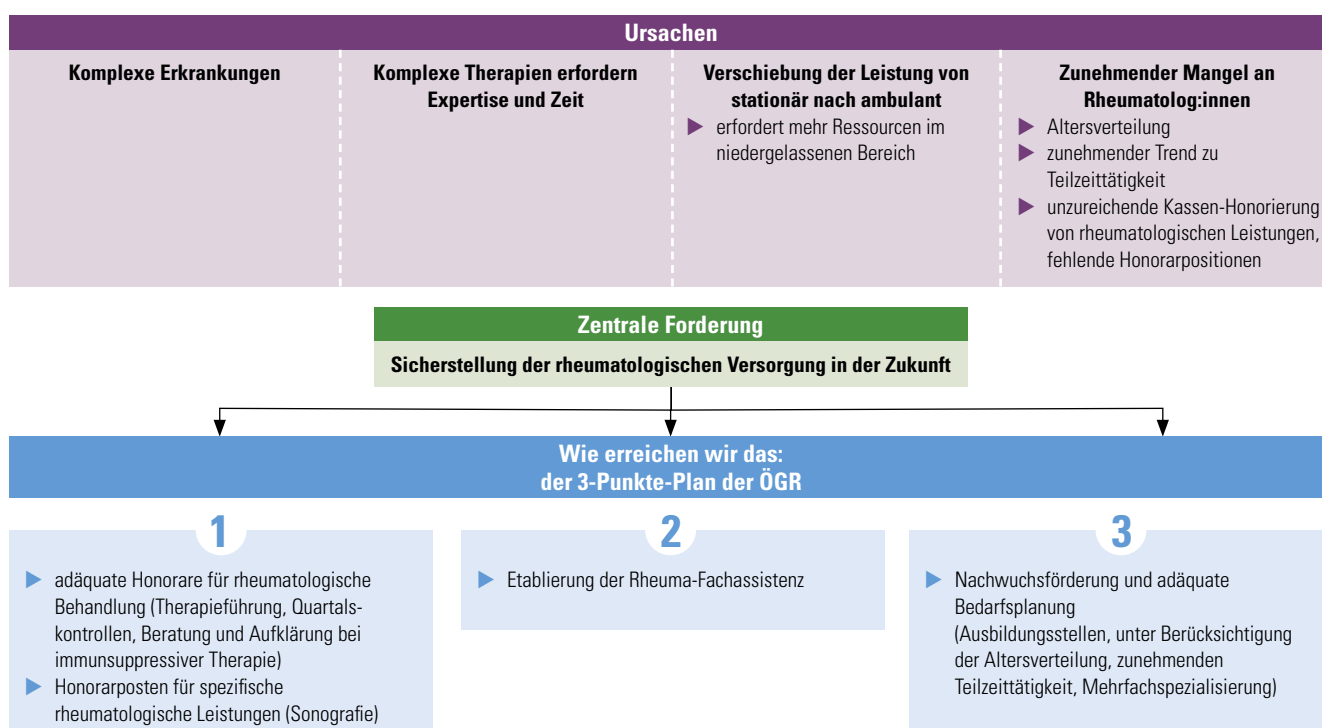
Rheumatische Erkrankungen gehen **für Betroffene mit enormen Belastungen** – Schmerzen, Einschränkungen der Lebensqualität, oft Behinderung, Arbeitsunfähigkeit

und Einkommensverlust – einher und sind mitunter lebensverkürzend. **Sie belasten auch die Volkswirtschaften** durch hohe sozioökonomische Kosten. In Summe verursachen die rheumatischen Erkrankungen die meisten Krankenstandstage und sind der zweithäufigste Grund für Frühpensionen.

In den letzten Jahren wurden **viele neue Therapien** entwickelt, die zu einer Revolution der Behandlungsoptionen entzündlich rheumatischer Erkrankungen geführt haben. Es sind derzeit mehr als 30 moderne zielgerichtete Substanzen für die Behandlung entzündlich rheumatischer Erkrankungen zugelassen; weitere werden folgen. Die Therapien sind effektiv, aber hochkomplex, da sie in das Immunsystem eingreifen. Der Erkrankungsverlauf, der Therapieerfolg und erste Anzeichen von Komplikationen müssen von Fachärzt:innen für Rheumatologie engmaschig evaluiert werden. Die rheumatologische Therapieeinstellung und regelmäßige Überwachung sowie die umfassende Aufklärung und Sensibilisierung für seltene, aber schwerwiegende Nebenwirkungen sind sehr aufwendig und erfordern Expertise und Zeit.

Patient:innen in Österreich können im internationalen Vergleich sehr früh von innovativen Medikamenten profitie-

Abb.: Zentrale Forderung: mehr Rheumatolog:innen



ren. Die Sozialversicherung **refundiert moderne Therapien vorbildlich in Europa**. Aber Medikamente allein sind nicht ausreichend.

Die Behandlung komplexer Erkrankungen mit potenziellen Organkomplikationen erfordert Rheumatolog:innen mit immunologischer Kompetenz und Expertise. Um auch in Zukunft eine gesicherte rheumatologische Versorgung gewährleisten zu können, muss eine ausreichend große Zahl an gut ausgebildeten Rheumatolog:innen garantiert sein.

Leider ist die Rheumatologie im Studium kaum verankert, Studierende haben nur marginale Kontaktmöglichkeiten zur Fachrichtung. Die ÖGR hat früh und erfolgreich reagiert und eine Reihe von Initiativen zur aktiven Nachwuchsförderung gesetzt (z. B. Rheuma Summer Schools), dennoch liegt die Herausforderung in der Rekrutierung und in ausreichenden Ausbildungsressourcen.

Die Anzahl der Ausbildungsplätze muss mit den tatsächlichen Erfordernissen der Fachrichtung in Einklang stehen und über den Bedarf an Vollzeitäquivalenten hinausgehen. Dem zunehmenden Wunsch nach Teilzeittätigkeit und dem damit verbundenen höheren Personalbedarf muss mit einer rechtzeitigen Erhöhung der Ausbildungsstellen Rechnung getragen werden.

Es steht zu befürchten, dass der derzeit evidente und eskalierende Ärztemangel in besonderem Ausmaß die rheumatologische Fachversorgung betreffen wird.

Das mittlere Alter aller internistischen Rheumatolog:innen, die noch nicht das Pensionsalter erreicht haben, liegt bei 54 Jahren. **In den nächsten 10 Jahren werden 40 % aller internistischen Rheumatolog:innen in Pension** gehen.

Der zunehmende Trend zur Teilzeittätigkeit wird den künftigen Mangel weiter verstärken. Eine aktuelle Befragung zu Zukunftsplänen zeigt, dass 44 % der Rheumatolog:innen künftig eine Teilzeittätigkeit anstreben (aktuell arbeiten 28 % Teilzeit).

Eine im Jahr 2020 publizierte Studie hat den Bedarf für Österreich mit 4,29 Vollzeit-Rheumatolog:innen pro 100.000 Einwohner:innen berechnet, was aktuell 320 Vollzeit-Äquivalenten oder unter Berücksichtigung der Teilzeittätigkeit 400 „Köpfen“ entspricht. Dem gegenüber stehen derzeit 299 ausgebildete Rheumatolog:innen („Köpfe“) in Österreich.

Darüber hinaus haben viele Rheumatolog:innen mehrere Additivfächer und daher auch andere Schwerpunkte. Das bedeutet, dass Rheumatolog:innen nur zu einem Bruchteil überhaupt für Rheuma-Patient:innen zur Verfügung stehen. Besonders eklatant ist das im kassenärztlichen Bereich: Alarmierend niedrig ist die Zahl an rheumatologischen Kassenärzt:innen. Die ambulante Versorgung von rheumatologischen Patient:innen muss in Österreich mehrheitlich in Spitalsambulanzen erfolgen. Nur in zwei Bundesländern – Kärnten und Oberösterreich – wird eine

Stationäre Kapazitäten sind ein Muss

Die in der Rheumatologie erzielten Fortschritte haben vielfach eine **Verschiebung von stationär zu ambulant** ermöglicht, dennoch bedürfen komplexe Fälle der stationären Versorgung. Dafür sind spezialisierte stationäre Kapazitäten notwendig.

Die Entlassungsstatistik zeigt für die letzten 10 Jahre einen enormen **Rückgang an stationären Aufnahmen** wegen rheumatologischer Hauptdiagnosen. Gleichzeitig hat sich die **durchschnittliche Liegedauer** bei rheumatologischen Diagnosen von 5,2 Tagen auf 6,2 Tage verlängert.

Daraus lässt sich ableiten, dass tendenziell schwerere Erkrankungsfälle stationär behandelt werden müssen. Oft sind es die modernen Therapien selbst, die mit schweren Nebenwirkungen einhergehen können und eine stationäre Aufnahme bedingen.

Es ist daher entscheidend, dass **für diese komplexen Erkrankungsfälle** adäquate spezialisierte stationäre Ressourcen zur Verfügung stehen.

Spezialisierte stationäre Strukturen sind darüber hinaus unerlässlich, um eine umfassende Facharztausbildung gewährleisten zu können.

dezentrale Versorgung zumindest teilweise über niedergelassene Vertragsärzt:innen angeboten.

In ganz Österreich gibt es **nur 26 Rheumatolog:innen mit einem Kassenvertrag** mit allen Kassen, und diese behandeln – wie eine aktuelle Umfrage zeigt – nur zu rund einem Viertel ihrer Kapazitäten rheumatologische Patient:innen. Die rheumatologische Behandlung ist für Ärzt:innen in den letzten Jahren viel komplexer und aufwendiger geworden, die Honorare sind jedoch nicht ausreichend und tragen der aufwendigen Tätigkeit nicht Rechnung. Viele rheumatologische Leistungen haben keine Honorarpositionen und können daher von den Ärzt:innen nicht verrechnet werden. Auch die Ärztekammern sind hier aufgerufen, sich ausgewogen für alle Spezialisierungen der Inneren Medizin bei den Honorarverhandlungen einzusetzen und die Tarife aus Oberösterreich in allen Bundesländern als Best Practice zu forcieren.

Um für die Zukunft eine adäquate rheumatologische Versorgung garantieren zu können, hat die ÖGR einen **Drei-Punkte-Plan** formuliert:

- 1 Honorare:** Die ÖGR fordert eine adäquate Honorierung im Kassenbereich, konkret: österreichweit höhere Honorare für Quartalskontrollen, Beratung und Aufklärung bei immunsuppressiver Therapie sowie Honorarposten für spezifische rheumatologische Leistungen (Sonografie).
- 2 Rheuma-Fachassistenz:** Weiters wird die Etablierung der Rheuma-Fachassistenz zur fachspezifischen Entlastung der Fachärzt:innen in der Versorgung der Patient:innen gefordert.
- 3 Nachwuchsförderung und adäquate Bedarfsplanung:** Die Personalbedarfsplanung (Ausbildungsstellen) muss unter Berücksichtigung der Altersverteilung und der zunehmenden Teilzeittätigkeit erfolgen. ●

Redaktionsteam



Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christina DUFTNER, PhD
 Universitätsklinik für Innere Medizin II,
 Department für Innere Medizin,
 Medizinische Universität Innsbruck/Tirol Kliniken.
 2. Vizepräsidentin der ÖGR („president elect“)



Prim.^a Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Ruth FRITSCH-STORK, PhD
 Ärztliche Leiterin, Österreichische Gesundheits-
 kasse – Mein Gesundheitszentrum Mariahilf, Wien;
 Univ.-Prof.ⁱⁿ für Rheumatologie
 (Sigmund Freud PrivatUniversität, Wien).
 Leiterin Sektion Kooperationen der ÖGR



Susanne HINGER
 Medizinjournalistin.
 Recherche, Text und Gesamtreaktion.
 susanne.hinger@gmx.at



**Assoc. Prof. Priv.-Doz.ⁱⁿ
 Dr.ⁱⁿ Helga LECHNER-RADNER**
 Klinische Abteilung für Rheumatologie, Universitätsklinik
 für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien.
 Leiterin der Sektion Wissenschaft der ÖGR



MMag.^a Jutta LICHTENECKER
 Leiterin der Abteilung Vertragspartner
 Medikamente, Dachverband der
 österreichischen Sozialversicherungen (DVSV)



Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Valerie NELL-DUXNEUNER
 Ärztliche Direktorin,
 Österreichische Gesundheitskasse –
 Mein Hanusch-Krankenhaus, Wien.
 Präsidentin der ÖGR



Priv.-Doz. Dr. Herwig PIERINGER, MBA
 Klinik Diakonissen Linz.
 Mitglied des Vorstands der ÖGR



Priv.-Doz. Dr. Rudolf PUCHNER, MSc, MBA
 Danube Private University, DPU Krems;
 bis März 2023 niedergelassener Internist und
 Rheumatologe in Wels;
 ehem. ÖGR-Präsident (2016–2018)



ÖÄ Dr.ⁱⁿ Eva RATH
 Oberärztin 1. Medizinische Abteilung,
 Österreichische Gesundheitskasse –
 Mein Hanusch-Krankenhaus, Wien.
 Mitglied des Vorstands der ÖGR



Prim.^a Dr.ⁱⁿ Judith SAUTNER
 Abteilungsvorstand der 2. Medizinischen Abteilung
 mit Schwerpunkt Rheumatologie,
 NÖ Kompetenzzentrum für Rheumatologie,
 Landesklinikum Korneuburg-Stockerau.
 1. Vizepräsidentin der ÖGR („past president“)



Dr.ⁱⁿ Jutta STIEGER
 Oberärztin, 2. Medizinische Abteilung – Zentrum
 für Diagnostik und Therapie rheumatischer
 Erkrankungen, Klinik Hietzing, Wien.
 Leiterin der Sektion Patient:innenpartnerschaft
 in der ÖGR



Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin STRADNER
 Klinische Abteilung für Rheumatologie und
 Immunologie, Universitätsklinik für
 Innere Medizin, Medizinische Universität Graz.
 Geschäftsführer der ÖGR

Impressum

Herausgeber: Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR)

Wissenschaftliche Leitung: Valerie Nell-Duxneuner und Ruth Fritsch-Stork

Redaktionsteam: Christina Duftner, Ruth Fritsch-Stork, Helga Lechner-Radner, Valerie Nell-Duxneuner, Herwig Pieringer, Rudolf Puchner, Eva Rath, Judith Sautner, Jutta Stieger, Martin Stradner, Jutta Lichtenecker

Texte und Endredaktion: Susanne Hinger

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, des Vortrages, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikrodatenverarbeitung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. **Allgemeine Hinweise:** Die Beiträge geben die persönliche und/oder wissenschaftliche Meinung des Redaktionsteams wieder. Trotz sorgfältiger Prüfung übernehmen Verlag und Herausgeber keinerlei Haftung für drucktechnische und inhaltliche Fehler.

© 2023 MedMedia Verlag und Mediaservice Ges.m.b.H.
Seidengasse 9/Top 1.1, A-1070 Wien
Tel.: +43/1/407 31 11-0, E-Mail: office@medmedia.at, www.medmedia.at

Gestaltung & Layout: Katharina Blieberger, katharina.blieberger.at, E-Mail: katharina@blieberger.at

Lektorat: www.onlinelektorat.at • Sprachdienstleistungen

Druck: Hantsch PrePress Services OG, Jochen-Rindt-Straße 9, 1230 Wien

ISBN: 978-3-9505304-1-4

Wir bedanken uns herzlich bei:

Dr. Florian Röthlin und Dr.ⁱⁿ Karin Eglau, Gesundheit Österreich GmbH

Mag.^a Jeannette Klimont, Bundesanstalt Statistik Österreich

Erika Mosor, PhD, MSc, Center for Medical Data Science (CeDAS), Institut für Outcomes Research, Medizinische Universität Wien.
Ehem. Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für rheumatologische Gesundheitsberufe (ÖGRG)

Patient Partners:

Gertraud Schaffer, Präsidentin der Österreichischen Rheumaliga (ÖRL); www.rheumaliga.at

Karin Fraunberger, Leiterin Selbsthilfe Lupus Austria, 1. Vizepräsidentin der Österreichischen Rheumaliga (ÖRL)

Michaela Schlar, Leiterin Selbsthilfe Psoriasisarthritis (PsA), 2. Vizepräsidentin der Österreichischen Rheumaliga (ÖRL)

Josef Wibner, Präsident, Österreichische Vereinigung Morbus Bechterew; www.bechterew.at



Österreichische Gesellschaft für
Rheumatologie & Rehabilitation



Boerhaavegasse 3/1/2,
1030 Wien

Sekretariat
Michaela Lederer

E-Mail
office@rheumatologie.at

Website
www.rheumatologie.at