

**M**anche Revolutionen brauchen etwas Zeit. Als Gastroenterologen und Kardiologen anfangen, mit Glasfaserkabel, Stent und anderem kostspieligen Kleingerät ihren Problempatienten zu Leibe zu rücken, waren Kugelschreiber und Prednisolonspritze noch die wichtigsten „Waffen“ der Rheumatologen. Doch dies ist im 21. Jahrhundert Vergangenheit. Als Wissenschaft und klinische Disziplin muss die Rheumatologie den Vergleich mit anderen klinischen Fächern längst nicht mehr scheuen. An einigen deutschen Universitäten stehen rheumatologische Leistungszentren international in der vordersten Linie der Grundlagenforschung und Produktentwicklung. Eine Flut neuer Erkenntnisse im Bereich der Pathogenese entzündlicher Gelenkerkrankungen hat zur Entwicklung einer schwer überschaubaren Zahl moderner Therapiemöglichkeiten geführt.

Neue Biologika bieten Hoffnung auch bei Rheumatikern mit hartnäckigsten Krankheitsverläufen.

Doch das Gesundheitssystem braucht neben rheumatologischen Spitzenleistungen auch Ärzte, die rheumatologisches Grundlagenwissen beherrschen. Die Bevölkerung altert. Erkrankungen des Binde- und Stützgewebes sind nach Angaben des Bundesgesundheitsberichtes ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)) inzwischen die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit in Deutschland – mit steigender Tendenz. Dies ist eine Herausforderung, der sich die Universitäten in Deutschland stellen müssen.

Die Rheumatologie sollte Bestandteil der Lehre in Innerer Medizin und Orthopädie sein. Ist sie das wirklich? Dies fragte sich im vergangenen Jahr die Kommission für studentische Ausbildung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) und hakte per Fragebogen bei allen 37 deutschen Fakultäten nach. Das Ergebnis der Umfrage, Titel: „Rheumatologie – Integration in die studentische Ausbildung – die RISA-Studie“, löste unter den Kom-

missionsmitgliedern ähnliche Betroffenheit aus wie die PISA-Studie unter den Lehrern und Bildungspolitikern. Lediglich sieben von 37 Universitäten haben einen C-4-Lehrstuhl für internistische Rheumatologie. Was noch schwerer wiegt: An acht medizinischen Fakultäten fehlen internistische Rheumatologen völlig, an zwölf Fakultäten gibt es keinen Rheumatologen mit Lehrbefähigung. Der Umfang der Lehrtätigkeit ist häufig unzureichend. Schon 1992 hatte die Kommission Empfehlungen für den Lehrumfang im Fach Rheumatologie formuliert, der sich am europäischen Durchschnitt des rheumatologischen Lehrumfangs orientierte.

## Rheumatologische Ausbildung

# Im Abseits

Diesen Vorschlägen wird lediglich ein Drittel der Universitäten gerecht. In Zahlen: An elf Fakultäten beträgt die gesamte Vorlesungszeit für internistische Rheumatologie höchstens fünf Stunden, darunter sind sechs Fakultäten, in denen überhaupt keine Vorlesungen in diesem Fach angeboten werden. Dieses Defizit wäre weniger schwerwiegend, wenn dafür, wie in der neuen Approbationsordnung gefordert, die Ausbildung auf Praktika und Seminare konzentriert würde. Doch gerade hier weist die rheumatologische Lehre die größten Defizite auf: In zwölf Fakultäten beträgt die Praktikumszeit vier Stunden und weniger – für die gesamte Studienzeit. In fünf Einrichtungen fehlt ein rheumatologisches Praktikum völlig. Acht Häuser bieten die von der DGRh empfohlene Zahl von 16 Praktikumsstunden als fakultatives Angebot für interessierte Studenten an. Diese Defizite werden auch durch die orthopädische Rheumatologie nicht ausgeglichen. Wenn Studenten im gesamten Studium höchstens fünf Patienten mit rheumatischen Krankheitsbil-

dern zu Gesicht bekommen, ist es nicht überraschend, dass internistische Rheumatologen in der Niederlassung über eine Flut von fehlindizierten Überweisungen klagen, weil schon die Patientin mit einer harmlosen Fingergelenksarthrose so manchen Nicht-Rheumatologen vor ein unlösbares Problem stellt.

Die von UNO und WHO eröffnete Bone and Joint Decade 2000 bis 2010 soll die Aufmerksamkeit auf die weltweit wachsende gesellschaftliche Belastung durch muskuloskeletale Erkrankungen lenken. Den Aufgaben der Zukunft kann nur gerecht werden, wer schon bei der studentischen Ausbildung solide Grundlagen schafft. Aus den Ergebnissen der RISA-Studie hat die DGRh eine Reihe von Forderungen abgeleitet:

- Die akademischen Strukturen im Fach Rheumatologie müssen in den nächsten Jahren verbessert werden. Dazu gehört neben dem Erhalt und der Neuschaffung von Lehrstühlen für Rheumatologie auch der Aus- und Aufbau rheumatologischer Abteilungen und Kliniken.

- Fehlt die rheumatologische Kompetenz an einer Universitätsklinik, sollten Gastdozenten, zum Beispiel aus einer Nachbaruniversität oder aus akademischen Lehrkrankenhäusern, in die Lehre einbezogen werden. Außerdem sollten bei einer zu geringen rheumatologischen Patientenzahl am eigenen Krankenhaus Kooperationsbeziehungen zu rheumatologischen Akut- und Rehakliniken beziehungsweise zu niedergelassenen Rheumatologen mit Lehrbefugnis geknüpft werden.

- Alternative Modelle für die praktische Ausbildung sollten geprüft werden. Dazu könnte die Arbeit mit geschulten Patienten mit repräsentativen Krankheitsbildern gehören, die ehrenamtlich an Seminaren teilnehmen. Inzwischen sind auch internetgestützte Kurse und Lernprogramme auf CD-ROM verfügbar, die eine praxisorientierte Ausbildung allerdings nur ergänzen können.

Gernot Keyßer