

Rheumakongress 2008:» Früher erkennen, besser leben!«

Deutsche Rheuma-Liga Berlin e.V.

Berliner Rheumatage – Forschung und Selbsthilfe

im Rahmen des 36. Kongresses
der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie
im Hotel Maritim, Stauffenbergstraße 26, 10785 Berlin

26./27. September 2008

KONGRESSPROGRAMM

Freitag, 26. September 2008, 16.15 - 19.30 Uhr
Spitzenforschung und Versorgungsnotstand?
Raum „Riga“ (16/17), 1. OG

Samstag, 27. September 2008, 10.00 - 16.00 Uhr
Früher erkennen, besser leben!
Saal „Berlin“ (Sektion C), Erdgeschoß

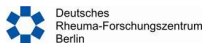
rheuma-tage-
berlin ● de



Wir danken folgenden Partnern und Sponsoren für die Unterstützung:



Mit freundlicher Unterstützung von:



Für Sachspenden danken wir:

Bar jeder Vernunft
Estrel Hotel Berlin
Grün Berlin Park und Garten GmbH
Dr. Susanne Oschmann
Renaissance-Theater
TIPI Zelt am Kanzleramt
Zeiss-Großplanetarium Berlin

Einleitung	4
Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle, Wissenschaftliche Leitung und Moderation	
„Spitzenforschung und Versorgungsnotstand?“	5
Programm Freitag, 26. September 2008	
„Früher erkennen—besser leben!“	6
Programm Sonnabend, 27. September 2008	
Hintergründe: Statements der Referenten in alphabetischer Reihenfolge:	
<i>Prof. Dr. Gerd-Rüdiger Burmester</i> , Direktor Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie, Charité	7
<i>Dr. Ulrich Eggens</i> , Sozialmedizinischer Dienst, Abteilungsleitung, Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg	9
<i>Ursula Faubel</i> , Geschäftsführerin Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.	10
<i>Peter Pfeiffer</i> , Hauptabteilungsleiter Sicherstellung, Kassenärztliche Vereinigung Berlin	11
<i>Prof. Dr. Andreas Radbruch</i> , Präsident Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, Direktor Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin	14
<i>Dr. Helmut Sörensen</i> , Präsident Deutsche Rheuma-Liga Berlin e.V.	16
<i>Dr. Wolfgang Wodarg</i> , MdB, Präsident Deutsche Rheuma-Liga Schleswig-Holstein	19
<i>Prof. Dr. Angela Zink</i> , Leiterin Epidemiologie, Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin	21
„Wunschkarte“	22
Aktion und Ziehung der Gewinner durch Schirmherrin Monika Diepgen	
Kulturprogramm am Sonnabend, 14.00-16.00 Uhr	23
Moderation: Sabine Kaack, Botschafterin	
Künstler:	
Ute Schönherr, Sängerin und Botschafterin der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V.	
Yeungchie Won & Jonathan Kühnl, Jungstudierende des Julius-Stern-Instituts der Universität der Künste Berlin	

Rheumaforschung für Rheumakranke

Einleitung von Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle



Es ist eine gute Tradition, dass im Rahmen der Jahreskongresse der wissenschaftlichen Gesellschaft der Rheumatologen, der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V., auch ein offener Patientenkongress stattfindet, denn die Rheumaforschung ist für die Patienten da.

Die Interessen der rheumakranken Menschen werden dabei von der Deutschen Rheuma-Liga als eine der größten Selbsthilfeorganisationen im Gesundheitsbereich vertreten. Seit ihrer Gründung im Jahre 1970 erhöhte sich die Zahl der Mitglieder nahezu auf eine Viertelmillion. Angebote der Hilfe und Selbsthilfe für die Betroffenen, die Aufklärung der Öffentlichkeit und die Vertretung der Interessen Rheumakranker gegenüber Politik, Gesundheitswesen und Öffentlichkeit sowie die Förderung von Forschung sind die vorrangigen Aufgaben dieser Organisation.

Diesen Zielen verpflichtet, gestaltet der Landesverband Berlin der Deutschen Rheuma-Liga den diesjährigen Patientenkongress unter dem Motto „Spitzenforschung und Versorgungsnotstand?“. Er wird damit einem wesentlichen Anliegen der Selbsthilfe gerecht, dafür einzutreten, dass die Patientenperspektive bei Entscheidungen im Gesundheitswesen stärker berücksichtigt wird.

Der Landesverband Berlin unterstützt mit einer eigenen Stiftung, der Stiftung Wolfgang Schulze, rheumatologische Forschungsarbeiten und wird damit in besonderem Maße der Forschungsförderung gerecht.

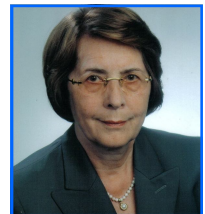
Der informierte Patient kann besser mit seiner Erkrankung umgehen als der uninformierte, deshalb ist es ein weiteres Ziel der Selbsthilfeorganisation, den Patienten zum Experten seiner Erkrankung zu machen. Also muss er an den neuesten Forschungsergebnissen, die seine Erkrankung betreffen, interessiert werden.

Das wichtigste ist dabei, dass die Forschungsergebnisse so umgesetzt werden, dass sie dem Patienten auch zu Gute kommen.

In diesem Sinne dient der offene Rheumakongress der Begegnung zwischen Betroffenen und Interessierten mit Wissenschaftlern, Ärzten, Gesundheitspolitikern, Vertretern der Krankenkassen, der Pharmaindustrie und den Aktivisten der Rheuma-Liga des Landesverbandes Berlin.

Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle, Wissenschaftliche Leitung und Moderation bei den „Berliner Rheumatagen“

ausgewählte berufliche Stationen, aktuelle Funktionen und Auszeichnungen:
1988 - 2005 Chefarztin der Rheumaklinik Berlin-Buch
2005 – 2008 Führung einer RHEUMAPRAXIS in Berlin-Pankow
Wissenschaftliche Leiterin der Rheumatologischen Fortbildungsakademie
Vorstandsmitglied des Regionalen Rheumazentrums Berlin
Vorstandsmitglied der Deutschen Rheumaliga - Landesverband Berlin
Vorstandsmitglied der Lupus-Stiftung Deutschland
Schirmherrin der Regionalgruppe Berlin-Buch der Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e.V.
2005 Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland
2006 Goldene Ehrennadel der Rheuma-Liga
2007 Goldene Ehrennadel der Lupus erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e.V.
2007 Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie



„Spitzenforschung und Versorgungsnotstand?“

Programm Freitag, 26. September 2008
16.15-19.30 Uhr, Saal „Riga“ (16/17) im 1. OG

Berliner Rheumatage – Forschung und Selbsthilfe vom 26. bis zum 27.9.2008 im Hotel Maritim

Im Rahmen des 36. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie DGRh

Veranstalter: Deutsche Rheuma-Liga Berlin e.V. in Kooperation mit der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V., der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, der Rheumaakademie und dem Regionalen Rheumazentrum Berlin

Fachpolitisches Forum für Patienten und Interessierte mit Vertretern der Politik, der Rentenversicherung, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Rheumaforschung und der Selbsthilfe mit einem Eingangsvortrag „Was gibt's Neues in der Rheumatologie?“ und Informationen zum Kongress.

16.15 Grußworte

Prof. Dr. Andreas Radbruch

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie,
Direktor des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums

Dr. Helmut Sörensen

Präsident der Deutschen Rheuma-Liga Berlin e.V.

Staatssekretär Winfrid Alber

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg

16.30 Kurzvorträge

Dr. Wolfgang Wodarg, MdB

Präsident der Deutschen Rheuma-Liga
Schleswig-Holstein

„**Neue Versorgungsmodelle auf der Bundesebene**“

Ursula Faubel

Geschäftsführerin der Deutschen Rheuma-Liga
Bundesverband e.V.

„**Die aktuelle und künftige Versorgungssituation
rheumakranker Menschen aus Sicht der
Rheuma-Liga**“

Prof. Dr. Angela Zink

Deutsches Rheuma-Forschungszentrum

„**Daten zur Versorgungssituation rheumakranker
Menschen**“

Peter Pfeiffer

Hauptabteilungsleiter Sicherstellung
Kassenärztliche Vereinigung Berlin

„**Ergebnisse und Aufgaben zur weiteren Verbesserung
der ambulanten Versorgung rheumakranker
Menschen in Berlin**“

Dr. Ulrich Eggens

Sozialmedizinischer Dienst, Abteilungsleitung,
Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

„**Die Auswirkungen neuer Therapiestrategien auf
die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben**“

17.45 Pause

18.00-19.30 Diskussion

Moderation: **Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle**; mit den Referenten und weiteren Gästen: Dr. Kirsten Karberg, Rheumatologische Schwerpunktpraxis in Berlin; Dr. Rieke Alten, Chefärztin Schloßpark-Klinik Berlin; Henning Thole, Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V., Geschäftsbereich Gesundheitsökonomie

„Früher erkennen—besser leben!“

Programm Sonnabend, 27. September 2008

10.00-16.00 Uhr, Saal „Berlin“ (C) im EG

Berliner Rheumatage – Forschung und Selbsthilfe vom 26. bis zum 27.9.2008 im Hotel Maritim

Im Rahmen des 36. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie DGRh

Veranstalter: Deutsche Rheuma-Liga Berlin e.V. in Kooperation mit der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V., der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, der Rheumaakademie und dem Regionalen Rheumazentrum Berlin

Ein Tag von und mit Ärzten und Patienten für Betroffene rund um die Fragen der Alltags- und Krankheitsbewältigung mit Rheuma – mit medizinischen Vorträgen zur aktuellen Forschung und Therapie, Diskussionen, Informationen und Beratung.

10.00 Einleitung und Moderation

Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle

„Rheuma ist mehr als eine Gelenkerkrankung“

10.15 Vorträge

Prof. Dr. Andreas Radbruch

„Wo geht die Rheumaforschung hin?“

Prof. Dr. Gerd-Rüdiger Burmester

„Warum bekomme ich Rheuma und ist es behandelbar?“

10.50 Podiumsdiskussion mit:

Prof. Dr. Josef Zacher, Orthopädie

Dr. Leonard Bruch, Kardiologie

Prof. Dr. Uwe Pleyer, Augenheilkunde

Dr. Jutta Semler, Osteologie

Dr. Zenker, Nephrologie

Dr. Kirsten Minden, Kinderrheumatologie

Dipl.-Psych. Christine Rosinsky-Stöckmann, Dt. Rheuma-Liga, Alltags- und Krankheitsbewältigung

Kerstin Rolf, Patientin Lupus erythematodes

12.30 Pause (Imbißgelegenheiten)

13.00-14.15 Parallelprogramm

Offene Arztprechstunde im Foyer (Anmeldung erforderlich am Stand vor Raum E) mit:

Prof. Dr. Zacher, Dr. Bruch, Prof. Dr. Pleyer, Dr. Semler, Dr. Minden, PD Dr. Riemekasten, Prof. Dr. Sparmann, Dr. Stange, Dr. Sörensen, Dr. Schmidt, Dr. Zänker, Dr. Rudwaleit u.a.

Informationen an Ständen

Soziale Beratung – Hilfe zur Krankheitsbewältigung

14.00 Uhr Kulturprogramm

Sabine Kaack, Schauspielerin, Botschafterin der Deutschen Rheuma Liga Berlin e.V. mit: Ute Schönherr, Sängerin, Botschafterin der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Solisten des Julius-Stern-Instituts; Ziehung der Gewinner der Wunschkartenaktion durch Monika Dieppen, Schirmherrin der Deutschen Rheuma-Liga Berlin e.V.; anschließend: Autogrammstunde Ute Schönherr

16.00 Ende der „Berliner Rheumatage“

Warum bekomme ich Rheuma und ist es behandelbar?

Vortrag von Prof. Dr. Gerd-Rüdiger Burmester



„Rheuma“ ist von der Weltgesundheitsorganisation definiert als Erkrankungen des Bindegewebes, besonders der Gelenke und verwandter Strukturen, die durch entzündliche, degenerative (verschleißbedingte) oder metabolische (stoffwechselbedingte) Störungen charakterisiert sind. S

omit umfasst diese Definition eine Vielzahl von Krankheiten mit ganz unterschiedlichen Ursachen. Gemeinsam ist vielen Störungen eine erbliche Empfänglichkeit, die jedoch nicht notwendigerweise zur Erkrankung führt, sondern erst durch weitere Faktoren wie Infektionen, Rauchen und andere zum Ausbruch des „Rheumas“ führt. Besonders auf dem Gebiet der entzündlichen Veränderungen hat sich geradezu ein dramatischer Erkenntniszuwachs gezeigt, verbunden mit deutlich verbesserten Therapiemöglichkeiten.

Ein besonderes Beispiel stellt hier die rheumatoide Arthritis dar, ein früher bedrohliches Krankheitsbild, das vor noch nicht allzu langer Zeit häufig zu frühzeitiger Berentung und einer vermehrten Sterblichkeit führte.

Frühere Behandlungsstrategien beruhten auf der so genannten Therapiepyramide, wobei zunächst NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika), dann zunehmend potentere Basistherapeutika eingesetzt wurden. Dies führte dazu, dass man dem Krankheitsbild „hinterher lief“ und mehr reagierte als agierte.

Diese therapeutischen Ansatzpunkte beruhten nicht nur auf einer eher konservativen Grundeinstellung in der Rheumatologie, sondern auch auf einer begrenzten Verfügbarkeit von basistherapeutisch wirksamen Medikamenten und schließlich einer mangelnden Kenntnis des Langzeitverlaufes und der Nebenwirkungen der eingesetzten Medikamente.

Diese Verhältnisse haben sich nunmehr dramatisch verändert. Bereits durch den konsequenten Einsatz verfügbarer Basistherapeutika in klinische Studien, die mit der Neueinführung von Medikamenten verbunden waren, deren therapeutisches Ziel genau bekannt ist, veränderte sich die Grundeinstellung in Richtung einer frühzeitigen und konsequenten Behandlung.

Fortsetzung >>

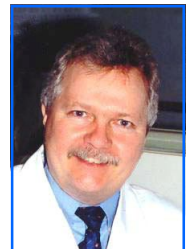
Prof. Dr. Gerd-Rüdiger Burmester

Direktor der Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie,
Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, Charité

Seit 1993 ist die Medizinische Klinik mit dem Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie tätig und engagiert sich bei der

- Betreuung von Patienten
- Durchführung von klinischen Studien
- klinisch angewandten und grundlagenorientierten Forschung
- Lehre, Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Erarbeitung neuer Therapiekonzepte
- Erbringung hochspezialisierte Laborleistungen.

entsprechend dem zentralen Leitbildes der Universitätsmedizin Berlin „Forschen, Lehren, Heilen, Helfen“.



Warum bekomme ich Rheuma und ist es behandelbar?

Vortrag von Prof. Dr. Gerd-Rüdiger Burmester



>> Fortsetzung

Eine neue therapeutische Dimension ist dann durch die Entwicklung der Biologika, insbesondere der TNF-Blocker, entstanden. Erstmals konnte hier gezeigt werden, dass in Kombination mit Methotrexat ein völliger Stillstand der im Röntgenbild erkennbaren Gelenkerstörungen zu erreichen war.

Patienten, bei denen die therapeutischen Möglichkeiten als „ausgereizt“ galten, erzielten häufig hervorragende Besserungen. Die verfügbaren Sicherheitsdaten auch über lang andauernde TNF-Blocker-Therapie zeigen eine insgesamt sehr gute Verträglichkeit.

Ergänzt wird dieses Repertoire jetzt durch zellgerichtete Therapien (gegen T- bzw. B-Lymphozyten) und in Kürze durch ein Biologikum, das einen weiteren wichtigen Botenstoff, das Interleukin-6, unschädlich macht.

Zusammenfassend legen die grundlegend neuen Erkenntnisse über therapeutische Möglichkeiten insbesondere bei den entzündlichen rheumatischen Erkrankungen nahe, dass in Zukunft therapeutische Entscheidungen weniger von der Effektivität der eingesetzten Medikamente, als vielmehr von wirtschaftlichen und letztlich ethischen Fragestellungen dominiert wird.

Die Aufgabe der Rheumatologen muss es dabei sein, sich für die Interessen der ihnen anvertrauten Patienten einzusetzen, so dass ihnen eine bestmögliche Therapie zuteil werden kann.



Die Auswirkungen neuer Therapiestrategien auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben

Kurzvortrag von Dr. Ulrich Eggens



Stichpunkte zum Thema:

- Aus der Sicht des internistisch-rheumatologischen Gutachters sind neue Therapiestrategien – früher Therapiebeginn, Kombinationstherapie, Immunmodulatoren - bei den im Erwerbsleben stehenden Versicherten der Deutschen Rentenversicherung inzwischen gut etabliert.
- Dank neuer Therapiestrategien scheint sich der Funktionsstatus bei Versicherten mit entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen im letzten Jahrzehnt verbessert zu haben.
- Allerdings dürften sich mit Arbeitsverdichtung und höherer Mobilitätserwartung auch die Belastungen im Arbeitsleben erhöht haben.
- Ungünstige Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt – hohe Arbeitslosigkeit, verschlossener Teilzeitarbeitsmarkt – benachteiligen chronisch Kranke in besonderem Maße.

Dr. med. Ulrich Eggens

Arzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Sozialmedizin
Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Berufliche Stationen:

Wissenschaftlicher Assistent am Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin
(jetzt Campus Benjamin Franklin, Charité – Universitätsmedizin Berlin) 1985 -1992
Koordinator des Regionalen Rheumazentrums Berlin e.V. 1992 – 1997
Gutachter und Prüfarzt bei der Landesversicherungsanstalt Brandenburg 1997 - 2002
Leiter der Ärztlichen Abteilung der Landesversicherungsanstalt Brandenburg, später Deutsche Rentenversicherung Brandenburg 2002 - 2006
Seit 2008 Leiter der Abteilung Sozialmedizinischer Dienst der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg



Die aktuelle und künftige Versorgungssituation rheumakranker Menschen aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga

Kurzvortrag von Ursula Faubel



Die Behandlungsmöglichkeiten bei den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen haben sich in den letzten Jahrzehnten wesentlich verbessert. In der Beratung stellen wir aber häufig fest, dass diese Verbesserungen nicht bei allen Erkrankten ankommen. Dies liegt vor allem daran, dass die Patienten gar nicht oder nicht rechtzeitig zum Rheumatologen oder zur Rheumatologin gelangen. Es gibt zu wenige Fachärzte und die Wartezeiten sind sehr lang.

Versorgungsdefizite sehen wir auch bei Arthrose und Osteoporose. Hier werden die Möglichkeiten nicht ausgeschöpft, die Erkrankungen zu verhindern oder zumindest einen leichteren Verlauf zu erreichen.

Probleme bereiten neben dem fehlenden Facharztzugang in der Praxis die Richtgrößen bei Arznei- und Heilmitteln. Einen deutlichen Mangel sehen wir auch in der fehlenden Finanzierung der ambulanten Patientenschulung. In Hinblick auf das Funktionstraining wurde durch das Bundessozialgericht unsere Auffassung bestätigt, dass die Notwendigkeit des Funktionstrainings im Einzelfall geprüft werden muss. Angebote der Rehabilitation werden zu selten genutzt oder auch von den Krankenkassen verweigert.

Diese Unter- und Fehlversorgung hat schwere Folgen für die Kranken und für die Gesellschaft. Denn die Gemeinschaft muss letztlich hohe Folgekosten tragen, die vielfach vermeidbar wären. Wer nicht optimal behandelt wird, fällt öfter im Arbeitsprozess aus, erlebt einen nicht selten schlimmeren Krankheitsverlauf und wird früher in die Erwerbsminderungsrente gehen.

Als Deutsche Rheuma-Liga setzen wir uns mit dem Aktionsplan Rheuma dafür ein, dass Rheumatologen zusätzlich dort zugelassen werden, wo Internisten laut Bedarfsplanung die Versorgung leisten und wir fordern mehr Ausbildungsmöglichkeiten in Rheumatologie an den Hochschulen.

Mit Erfolg haben wir uns in diesem Jahr für Spezialambulanzen eingesetzt, die zukünftig Menschen mit seltenen Erkrankungen und Kindern schnellere Diagnosen und vernetzte Therapie ermöglichen werden.

Was der Gesundheitsfonds 2009 bringen wird, bleibt abzuwarten. Auf jeden Fall wird der Wettbewerb unter den Kassen verschärft, was nicht unbedingt der Qualität der Versorgung zugute kommt. Zu befürchten ist, dass die Versicherten letztlich mehr zur Kasse gebeten werden. Allerdings werden die Krankenkassen zukünftig durch den Risikostrukturausgleich einen finanziellen Ausgleich erhalten, wenn sie besonders viele Mitglieder haben, die an entzündlich-rheumatischen Erkrankungen oder an Arthrosen der großen Gelenke und Osteoporose leiden. Dafür haben wir uns auf Bundesebene mit Erfolg eingesetzt und wir hoffen, dass die Krankenkassen sich infolge mehr für diese Erkrankten engagieren werden.

Ursula Faubel

Magister Artium (Philosophie, Anglistik, Vergleichende Religionswissenschaft)
Weiterbildungsstudium: Fortbildungsstudium an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der FernUniversität Hagen, Fernstudium Sozialmanagement

Berufliche und ehrenamtliche Tätigkeiten:

Ehrenamtliche Tätigkeiten in verschiedenen Projekten, Vereinen und der ÖTV
Nebenberuflich tätig gewesen in der Erwachsenenbildung
1993-1999 Deutsches Studentenwerk, Beratungsstelle für behinderte Studienbewerber und Studenten
Juli 1999 bis Dezember 2001 Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband, Referentin für den Arbeitsbereich Gesundheits- und Sozialpolitik, ab Juni 2001 kommissarische Geschäftsführerin
seit Januar 2002 Geschäftsführerin der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband

Arbeitsschwerpunkte: Leitung der Geschäftsstelle, Politische Interessenvertretung, Zusammenarbeit Kooperationspartnern der Deutschen Rheuma-Liga, Internationale Zusammenarbeit



Ergebnisse und Aufgaben zur weiteren Verbesserung der ambulanten Versorgung rheumakranker Menschen in Berlin

Kurzvortrag von Peter Pfeiffer



Die Ausgangslage in Berlin ist dadurch gekennzeichnet, dass der Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen Zulassungsbeschränkungen für die Arztgruppe der Hausärzte, fachärztlich tätigen Internisten und Orthopäden angeordnet hat. Insbesondere im Bereich der fachärztlich tätigen Internisten differenziert die Bedarfplanung nicht nach den einzelnen Schwerpunkten. Die vom Landesausschuss festgestellte Überversorgung bei den Facharztinternisten mit einem Versorgungsgrad in Höhe von 154% spiegelt nicht die Versorgungssituation im Bereich der Rheumatologie wider. Hinzu kommt, dass auch witterungsbedingte Einflüsse auf rheumatologische Erkrankungen zu einer verstärkten Inanspruchnahme der Ärzte führen können.

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin hat einen besonderen Versorgungsbedarf in der Rheumatologie schon seit längerer Zeit anerkannt und Sonderbedarfszulassungen von Rheumatologen unterstützt. Wegen der hohen Anforderungen, die das Bundessozialgericht an einer ausnahmsweise Zulassung von Ärzten trotz bestehender Zulassungsbeschränkungen stellt, ist das Verfahren von Sonderbedarfszulassungen überaus langwierig. In einem Grundsatzurteil hat das Bundessozialgericht festgelegt, dass u. a. die anderen Fachärzte zu ihrem Auslastungsgrad und ihren freien Kapazitäten zu befragen sind. Zum Teil wird in diesen Stellungnahmen auch ausgeführt, dass Rheumatologen über freie Kapazitäten verfügen. Gleichwohl ist von der Mehrzahl der niedergelassenen Rheumatologen bekannt, dass sie ihre Kapazitätsgrenze erreicht haben.

Die notwendige Folge sind Wartezeiten für Patienten, die wegen der schmerzhaften, entzündlichen Prozesse von diesen als besondere Belastung wahrgenommen werden. Im Weiteren ist die Ausgangslage dadurch gekennzeichnet, dass die neue Gebührenordnung für Vertragsärzte zu einer verstärkten Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung geführt hat und Hausarztinternisten mit einem rheumatologischen Praxisschwerpunkt die Versorgung der rheumakranken Patienten erschwert.

Fortsetzung >>

Peter Pfeiffer

Jurastudium in Berlin
1995 Zweites Staatsexamen
1995-1997 Vorstandsreferent, Kassenärztliche Vereinigung Berlin
1997-2000 Rechtsabteilung, Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Seit 2000 Hauptabteilungsleiter Sicherstellung, Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Arbeitsschwerpunkte:
Zulassungsrecht
Qualitätssicherung
Plausibilitätsprüfung
Disziplinarwesen



>> *Fortsetzung*

Unter den gegenwärtigen gesetzlichen Rahmenbedingungen hat eine Kassenärztliche Vereinigung nur wenig Einflussmöglichkeiten. Dies gilt auch für die Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Am Beispiel eines Strukturvertrages, den die Kassenärztliche Vereinigung Berlin mit der AOK Berlin zum 01.10.2006 zur Förderung der ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Rheumatologie abgeschlossen hat, lassen sich gleichwohl Gestaltungsräume darstellen, die zumindest dann gegeben sind, wenn auch die Krankenkassen ein Interesse an der verbesserten Versorgung ihrer Versicherten haben. Die Kernpunkte der Rheumavereinbarung zwischen der KV Berlin und der AOK Berlin sind Fortbildung, Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten und die Qualitätssicherung.

Die Vereinbarung hat die Qualifikationsanforderungen für die Arztgruppen unterschiedlich definiert. Für die rheumatologisch verantwortlichen Ärzte nach § 3 der Rheuma-Vereinbarung gilt, dass sie Kenntnis von den interdisziplinären Leitlinien der Gesellschaft für Rheumatologie haben müssen und die Pflicht besteht, sich an diese Leitlinien zu halten. Ferner ist eine rheumatologisch-spezifische Fortbildung mindestens einmal pro Jahr vorgeschrieben. Demgegenüber bestehen bei den Schwerpunkt-Rheumatologen nach § 4 der Vereinbarung weitreichendere Anforderungen. Zunächst müssen sie die Berechtigung besitzen, die Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie zu führen. Ferner müssen sie ab dem 2. Jahr der Teilnahme an der Vereinbarung je Quartal mindestens 75 GKV-Patienten in einer der in der EBM-Nr. 13700 genannten Indikationen behandeln, bei denen eine sog. Basistherapie durchgeführt wird. Darüber hinaus ist die Teilnahme an einem Qualitätszirkel pro Halbjahr verpflichtend. Alle 3 Jahre soll auch die Teilnahme an einem Qualitätszirkel zur wirtschaftlichen Verordnung besucht werden. Schließlich ist auch die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen für rheumatologisch verantwortliche Ärzte einmal je Jahr erforderlich und im Rahmen der regelmäßigen Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V sind mindestens 20 Fortbildungspunkte mit einem Bezug zur Rheumatologie nachzuweisen.

Einen besonderen Stellenwert hat die Zusammenarbeit zwischen den rheumatologisch verantwortlichen Ärzten und den Schwerpunkt-Rheumatologen. Entscheidend für eine verbesserte rheumatologische Versorgung der Patienten ist, dass eine rheumatologische Erkrankung möglichst frühzeitig festgestellt wird. Aus diesem Grund ist in dem Vertrag festgelegt, dass die Zusammenarbeit zwischen den rheumatologisch verantwortlichen Ärzten und den Schwerpunkt-Rheumatologen, insbesondere bei der Frühdiagnostik und der Auswahl bzw. der Änderung der Basistherapie erfolgt. Nur so kann erreicht werden, dass möglichst viele Patienten auf hohem Niveau möglichst frühzeitig die erforderliche Therapie erhalten. Auch für den Fall, dass eine stationäre Behandlung erforderlich sein sollte, ist in dem Vertrag vorgesehen, dass sich rheumatologisch verantwortlicher Arzt und Schwerpunkt-Rheumatologe über die Einweisung in eine Fachklinik abstimmen.

Die Qualitätssicherung setzt neben den Eingangsqualifikationen und der Fortbildungsverpflichtung weitere Maßstäbe. In der Rheuma-Vereinbarung ist festgelegt, dass eine Qualitätsprüfung im Einzelfall durch Stichproben eingeführt wird. Ein Konzept für eine solche Stichprobenprüfung ist von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin schon erarbeitet worden.

>> Fortsetzung

Nach Einführung dieser Stichprobenprüfung wird eine Überprüfung der Patientendokumentationen Aufschluss darüber geben, ob die Anforderungen an eine verbesserte Versorgung erfüllt worden sind.

Handlungsspielräume der Kassenärztlichen Vereinigungen bestehen insbesondere im Abschluss von Strukturverträgen. Die setzen jedoch voraus, dass auch die Krankenkassen an einer verbesserten rheumatologischen Versorgung ihrer rheumaerkrankten Versicherten interessiert sind. Am Beispiel der Rheuma-Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der AOK Berlin lässt sich anhand von Zahlen belegen, dass dieses Ziel durchaus erreicht werden kann. Zum Stichtag 31.12.2007 haben 46 Ärzte als Schwerpunkt-Rheumatologen an der Vereinbarung teilgenommen, 9 dieser Ärzte waren zur hausärztlichen Versorgung zugelassen. Mit ihrer Teilnahme an der Vereinbarung haben sie trotz ihrer Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung der AOK-Versicherten im Rahmen einer schwerpunktrheumatologischen Versorgung leisten können.

Weiter haben zum Stichtag 31.12.2007 128 Ärztinnen und Ärzte als rheumatologisch verantwortliche Ärzte an der Vereinbarung teilgenommen. Alle diese Ärzte haben sich verpflichtet, die Leitlinien der Gesellschaft für Rheumatologie zur Kenntnis zu nehmen und ihrer Behandlung zu Grunde zu legen. Sie haben sich ferner verpflichtet, Fortbildungen zu besuchen, die die Behandlung rheumatischer Erkrankungen zum Gegenstand haben. Damit ist ein wesentliches Ziel der Vereinbarung erreicht worden. Mehr Ärzte bieten eine qualitätsgesicherte rheumatologische Versorgung in Berlin an.

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin wird sich weiter dafür einsetzen, dass diese Vereinbarung fortbesteht, weiterentwickelt wird und nach Möglichkeit auch mit anderen Krankenkassen ähnliche Vereinbarungen abgeschlossen werden.

Quo vadis — Rheumaforschung?

Vortrag von Prof. Dr. rer.nat. Andreas Radbruch



Große Fortschritte wurden in den letzten Jahren bei der Diagnose und Therapie rheumatischer Erkrankungen erzielt. Doch um sie den Patienten auch im vollen Umfang zugute kommen zu lassen, fehlt es an qualifizierten Rheumatologen.* Nicht nur die Ausbildung angehender junger Ärztinnen und Ärzte, sondern auch die Förderung der Forschung ist in der Rheumatologie dringend nötig, denn bei allem Fortschritt sind wir heute nicht in der Lage, die meisten rheumatischen Erkrankungen zu heilen. Vor diesem Hintergrund ist es ein Signal des Wissenschaftsrates und der gemeinsamen Bund-Länder Kommission, durch die Aufnahme des Deutschen Rheumaforschungszentrums Berlin in die Leibniz-Gemeinschaft zum 1. Januar 2009 die Rheuma-Forschung als wichtige Aufgabe von Bund und Ländern anzuerkennen.

Die Schwerpunkte des 36. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, den sie gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der Rheumaorthopäden und der Gesellschaft für Kinderrheumatologie veranstaltet, sind die Themen „Biomarker“, „Zelltherapien“ und „Gene und Umwelt“. Sie stehen für aktuelle Ansätze der Rheumaforschung und bauen auf dem erfolgreichen Einsatz der neuen biologischen Medikamente (Biologika) bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen auf. Der Einsatz von Biologika wirft aber zwei Probleme auf: die Notwendigkeit der teuren und dauerhaften Behandlung und das Versagen der Therapie. Sogenannte Biomarker, leicht nachzuweisende körpereigene Substanzen oder Zellen, die bereits früh die Effizienz von Therapien und Therapieversager vorhersagen, sind deshalb von großem Interesse. Bestimmte Biomarker können voraussichtlich auch für die frühzeitige prognostische Klassifizierung von rheumatischen Erkrankungen eingesetzt werden. Und Biomarker sind wahrscheinlich ursächlich mit dem Krankheitsgeschehen verbunden, wir lernen also über sie die Krankheiten besser kennen.

Mit den modernen Therapiemöglichkeiten, wie der Biologika-Therapie oder neuen Immunsuppressiva, konnten bei der Behandlung rheumatischer Erkrankungen deutliche Fortschritte erzielt werden. Allerdings ist eine Heilung derzeit in der Regel nicht möglich.

Fortsetzung >>

* Zur Entwicklung der Rheumatologie in Deutschland hat die Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie im Juni 2008 ein Memorandum veröffentlicht (<http://www.dgrh.de/memorandum.html>).

Prof. Dr. rer. nat. Andreas Radbruch

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Wissenschaftlicher Direktor des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums

Von Hause aus Biologe, erforscht er seit 1976 das Immunsystem.
Seine Schwerpunkte sind die Pathogenese rheumatischer Erkrankungen, zellbasierte Therapie und Biomarker.

Prof. Dr. Radbruch ist als Kongresspräsident zuständig für die wissenschaftliche Leitung und Organisation des Rheumatologenkongresses 2008.



Quo vadis—Rheumaforschung?

Vortrag von Prof. Dr. rer.nat. Andreas Radbruch



>> Fortsetzung

Es deutet vieles darauf hin, dass langlebige „Gedächtnis-Zellen“ dem Immunsystem der Patienten ein Gedächtnis für die Entzündung verleihen, das auf diese Therapien nicht anspricht.

Mit einer Zelltherapie, bei der das Immunsystem ausgeschaltet und aus Stammzellen wieder neu aufgebaut wird, konnte in Pilotstudien bei Patienten mit einer schweren Lupus-Erkrankung das Gedächtnis für die Krankheit tatsächlich gelöscht werden. Es stellt sich die Frage: Können wir Rheuma so heilen? Und wenn ja, können wir Zelltherapien entwickeln, die weniger aggressiv sind als die Stammzelltherapie, und bei denen das vor Infektionen schützende Gedächtnis des Immunsystems erhalten bleibt?

Die grundsätzliche Frage, warum und wie rheumatische Erkrankungen entstehen, ist bisher ungeklärt. Es zeigt sich immer deutlicher, dass Risikogene und Umweltfaktoren eine große Rolle spielen, auch wenn noch unklar ist, wie es zur eigentlichen Erkrankung kommt. Mit einem immer besseren, das heißt molekularen Verständnis der genetischen und umweltbedingten Risikofaktoren lernen wir jedoch ständig die Krankheiten besser kennen und finden neue Ansatzpunkte für Therapien.

Und wir lernen auch, wie man als Patient den Verlauf seiner Krankheit selbst beeinflussen kann, zum Beispiel indem man auf das Rauchen verzichtet und sich gesund ernährt, wozu gelegentlich auch ein Glas Wein gehören kann.



Der Versorgungsnotstand rheumakranker Menschen

Dr. Helmut Sörensen



Diagnose „Rheuma“

Über 4 Millionen deutsche Bürger leiden an einer von über 100 verschiedenen Erkrankungen, ca. 150.000 allein in Berlin, davon ca. ein Drittel an schweren entzündlich-chronischen Erkrankungsformen. Die Betreuung erfolgt in mehr als 50 Prozent der Fälle über den Hausarzt oder Orthopäden, da schon die jetzige Zahl von zehn niedergelassenen Rheumatologen nicht bedarfsdeckend ist. Die richtige Diagnose ist für viele rheumakranke Menschen eine Frage der Zeit: durchschnittlich 1,1 Jahre vergehen immer noch, bis der rheumakranke Mensch in fachrheumatologische Behandlung gelangt. Dann sind oft schon Hand- und Fingergelenke zerstört, der Arbeitsplatz ist verloren und der Schmerz der ständige Begleiter. In einige Fällen erleiden die Betroffenen den Verlust von lebenserhaltenden Organfunktionen. Bei fast allen Betroffenen beeinträchtigen die psychosozialen Folgen dieser Fehl- und Unterversorgung entscheidend ihre Lebensqualität.

Therapien in der Rheumatologie

Trotz kontinuierlicher Aus-, Fort- und Weiterbildung verschreiben Nicht-Rheumatologen nur zu einem geringen Teil ihren rheumakranken Patienten gelenkerhaltende Medikamente. Heute verfügen wir über mehrere innovative Präparate, die den Zerstörungsprozess aufhalten bzw. verhindern können. Dabei müssen spezielle Kenntnisse über die neuen Therapieverfahren und das Immunsystem vorliegen, um Therapieversagen bzw. toxische Nebenwirkungen zu erkennen und ggf. einen Therapiewechsel vorzunehmen. Klinikaufenthalte sind hierfür in schweren Fällen notwendig, jedoch unter Kosten- und Qualitätsgesichtspunkten nur in Rheumakliniken mit geschulten Teams. Ansonsten sind stationäre Maßnahmen und Endoprothesen, Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung bei medizinisch gutversorgten Patienten nachweislich geringer als bei unterversorgten Patienten.

Problematik: Mangelnde Thematisierung

Trotz der über 30jährigen Bemühungen der Rheuma-Liga verharmlost die Gesellschaft „Rheuma“ nach wie vor als natürlichen Abnutzungsprozess im Alter. Die Rheuma-Liga fordert daher seit Jahrzehnten einen Landesrheumaplan, nicht zuletzt 1999 im Zuge der Streichung von Rheumabetten.

Fortsetzung >>

Dr. Helmut Sörensen

seit 1985 immer wiedergewählter Präsident der Deutschen Rheuma-Liga Berlin und Vorsitzender der im Jahre 2001 errichteten Stiftung Wolfgang Schulze zur Förderung der Rheumaforschung.

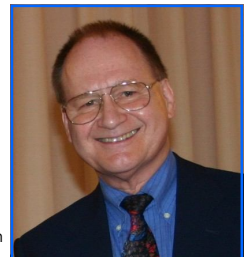
Von 1980 bis 2002 zunächst als Oberarzt, dann als Chefarzt in der Rheumaklinik Berlin-Wannsee des Immanuel-Krankenhauses tätig.

Als Mitbegründer der Gesellschaft zur Erforschung rheumatischer Erkrankungen 1988 an der Errichtung des Deutschen Rheumaforschungszentrums Berlin beteiligt.

Bereits 1972 etablierte er seine bekannte „Rheumasprechstunde Dr. Sörensen“, zuerst in der Medizinischen Poliklinik Westend, dann im Immanuel-Krankenhaus.

1996 erhielt er auf Vorschlag seiner Patienten das Bundesverdienstkreuz.

Seit Mai 2002 ist er Leiter des „Ambulanten Rheumazentrums Dr. Sörensen“ in Kooperation mit dem Krankenhaus Waldfriede in Berlin-Zehlendorf.



>> Fortsetzung

Ersatzweise wurden die Probleme rheumakranker Menschen aber nicht einmal im Jugendbericht, im Altenbericht, im Sozial- oder Gesundheitsbericht, weder in der Krankenhaus- und der Geriatrieplanung noch im Bereich der Pflegeplanung behandelt. Die **Berliner Gesundheitskonferenz** ist seit 1999 auf eine Veranstaltung zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen reduziert worden - aber auch dieses Gremium hat es trotz intensiver Bemühungen der Rheuma-Liga, des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin und der Landesvereinigung Selbsthilfe nicht geschafft, die Probleme chronisch rheumakranker Menschen, geschweige denn die der Rheumakinder, zu thematisieren. Daher dürften auch die Ursachen des Versorgungsnotstandes nicht bekannt sein.

Versorgungsnotstand: Ursachen und Prognose

Im Gegensatz zu den anderen Fachinternisten benötigt der Rheumatologe im Rahmen der sogenannten sprechenden Medizin (keine Apparatedizin!) einen weitaus **höheren Zeitaufwand**: Zum Beispiel muss zur Bestimmung der Diagnose mit dem Rheumatologen ein 15-seitiger Patientenfragebogen durchgearbeitet werden. **Dieser Aufwand für chronische Schmerzpatienten wird nicht vergütet**. Im Gegensatz zum Hausarzt wird dieselbe Untersuchungsmethode dem internistischen Rheumatologen nur knapp halb so hoch vergütet. Aufgrund dieser Honorarregelung wird sich ein internistischer Rheumatologe nicht niederlassen bzw. andere Krankheitsbilder behandeln. Nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie wird ein Rheumatologe für 50.000 Einwohner benötigt, um die Versorgung für an Rheuma Erkrankten zu sichern. Das wären für Berlin ca. 64 internistische Rheumatologen. Zurzeit haben wir lediglich 21 rheumatologische Anlaufstellen einschließlich der Ambulanzen in den Krankenhäusern.

Die Folgen der Krise: Unzureichende rheumatologische Kompetenz, höhere Schwerbehinderten-, Pflegefall- und Mortalitätsrate bei den unter- und fehlversorgten rheumakranken Menschen, Expansion der Kosten unseres Gesundheits- und danach unseres Sozialsystems.

Reaktionen der beteiligten Selbstverwaltung

Bislang fruchteten alle Bemühungen der Rheumatologen und der Rheuma-Liga nicht. Eine Honorarumverteilung scheiterte an den Mehrheitsverhältnissen des Honorarverteilungsausschusses beziehungsweise der Mitgliederversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)*. Dank der Gespräche des Staatssekretärs Dr. Schulte-Sasse im Jahr 2004 wurde mit allen an der Versorgung Beteiligten eine **integrierte Versorgungsstruktur der Versorgung rheumakranker Menschen** entwickelt. Im Jahr 2006 hat die AOK Berlin gemeinsam mit der KV Berlin unter Beteiligung der Rheuma-Liga und des Berufsverbandes der Rheumatologen einen **Strukturvertrag** vereinbart. Leider ist es seitdem nicht gelungen, andere Kassen zur Übernahme dieses erfolgreichen Vertrages zur Verbesserung der Früherkennung zu überzeugen.

Die Rheuma-Liga kritisiert, dass nach Abschluss der AOK-Rheumvereinbarung keine weiteren Schritte der Selbstverwaltungsorgane erfolgten, um die rheumatologische Versorgung sicherzustellen und die Kosten der evidenten Unter- und Fehlversorgung rheumakranker Menschen bei einer gleichzeitig geringen Anzahl an Leistungserbringern im Verhältnis zur Patientenzahl zu dämpfen.

Fortsetzung >>

Der Versorgungsnotstand rheumakranker Menschen

Dr. Helmut Sörensen



>> Fortsetzung

Forderungen der Deutschen Rheuma-Liga Berlin e.V.:

Landesrheumaplanung: Implementierung unter Berücksichtigung der Erfahrungen und gegebenenfalls Einbeziehung der Rheuma-Liga Brandenburg e.V. mit ihrem Landesrheumaplan. Dies könnte beispielsweise auf der Grundlage der Konzeption des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes „Gesundheitsversorgung für chronisch Kranke in Berlin“, beziehungsweise des Konzeptes zur Integrierten Versorgung aus dem Jahr 2004 beziehungsweise der AOK-Rheumvereinbarung erfolgen.

Praxistaugliches integriertes Versorgungsmodell: Die vorhandenen Rahmenbedingungen für ein Disease-Management-Programm beziehungsweise für ein integriertes Versorgungsmodell für rheumakranke Menschen sind schnellstmöglichst praxistauglich umzusetzen. Am Beginn müßte eine gemeinsame Erörterung mit den Selbstverwaltungsorganen stehen. Gleichzeitig ist eine bundespolitische Einflussnahme des Landes Berlin dahingehend geltend zu machen, die Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises im Risikostrukturausgleich zu verankern.

Gesonderte Verträge für Kinder: Insbesondere die komplexen Folgen der Erkrankungsformen rheumakranker Kinder sollten im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes beziehungsweise im Rahmen einer gesonderten vertraglichen Vereinbarung behandelt werden.



Neue Versorgungsformen auf Bundesebene

Dr. Wolfgang Wodarg, MdB



Mit den zwei zurückliegenden Gesundheitsreformen – dem „Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GMG) im Jahr 2003 und dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WVG) im Jahr 2007 – hat der Gesetzgeber diverser neue Versorgungsformen eingeführt bzw. deren Voraussetzungen und Abläufe verändert. Zudem wurde auch durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 für Pflegebedürftige die ambulante Versorgung in Pflegeheimen ermöglicht. Diese Neuerungen sollten eigentlich die Versorgungsqualität verbessern, Unter-, Über- und Fehlversorgung der Patienten eindämmen und langfristig zu Kostenersparnissen beitragen. Hierzu zählen u.a. Disease-Management-Programme (DMP), ambulante Behandlungen im Krankenhaus bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf, bei Unterversorgung, in Einrichtungen der Behindertenhilfe und in stationären Pflegeeinrichtungen sowie Modellvorhaben und Strukturverträge ermöglichen u.a. die Bildung von Praxisnetzwerken, Hausarztzentrierte Versorgung und integrierte Versorgungsformen.

Diese Auflistung zeigt, wie komplex und auseinanderdividiert die neuen Versorgungsformen sind. Sie führen zu einem RegelungsDickicht, der weder für den Patienten noch für die Leistungserbringer leicht zu durchschauen ist. Aufgrund mangelnder Stringenz und weit auseinander liegender Vorstellungen der Koalitionspartner ist ein fast chaotisch zu nennender Kompromiss entstanden. Es ist uns nicht gelungen, wesentliche Verbesserungen für die Versorgung der gesetzlich Versicherten zu erreichen und die Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland zu beenden. Durch die neuen Versorgungsformen ist die Aufhebung der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nicht erreicht worden, sondern wird mit diversen Regelungshürden und administrativen Vorgaben nur in wenigen Bereichen ermöglicht.

Die Antragshoheit der Krankenkassen im Bereich der DMP, die beim Bundesversicherungsamt (BVA) die Auflage dieser Programme beantragen müssen, führt dazu, dass bisher nur wenige standardisierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranken vorhanden sind (nämlich Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Asthma und Chronisch obstruktive Lungenerkrankung).

Fortsetzung >>

Dr. Wolfgang Wodarg, MdB

Studium (Berlin, Hamburg).
1973 Approbation als Arzt.
Ab 1983 Amtsarzt, Flensburg.

MdB seit 1994 (Wahlkreis Flensburg-Schleswig). Mitglied im Ausschuss für Gesundheit sowie für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.
Stellv. Mitglied im Europa-Ausschuss.
2002 bis 2005 Sprecher der SPD-Fraktion in der Enquête-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin", stellv. Leiter der deutschen Delegation beim Europarat, dort auch Vorsitzender des Gesundheitsausschusses und stellv. Vorsitzender des Kultur-Ausschusses.

Präsident der Deutschen Rheuma-Liga Schleswig Holstein e.V.



>> Fortsetzung

Ich erwarte, dass trotz der positiven Ergebnisse für die Patienten, auch in Zukunft nicht für alle chronischen Erkrankungen DMP aufgelegt werden. Auch der neu eingeführte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) – das Bundesversicherungsamt hat die Liste der voraussichtlich 80 chronischen Erkrankten die Morbi-RSA Berücksichtigung finden sollen mittlerweile veröffentlicht; diese beinhaltet auch die rheumatische Erkrankung – wird hieran nichts ändern, da eine Verpflichtung zur Auflage von DMP hiermit nicht verbunden ist.

Gerade bei Rheuma ist die Früherkennung, sofortige Einleitung von spezialisierten Behandlungsmaßnahmen und die Compliance des Patienten notwendig um die Erkrankung langfristig eindämmen zu können. Im ersten Jahr nach Ausbruch der Erkrankung entscheidet sich der Schweregrad und weitere Verlauf der Erkrankung, so dass die Auflage eines DMP für die rheumatischen Erkrankungen sinnvoll ist.

Meiner Meinung nach sind aber die finanziellen Anreize, die durch das GKV-WSG geschaffen wurden nicht ausreichend um die Krankenkassen für die Auflage neuer DMP – insbesondere auch für die rheumatischen Erkrankungen – im großen Maßstab zu bewegen. Mit der Reform und der Einführung des Gesundheitsfonds sowie des neuen Morbi-RSV wird zwar ab 01.01.2009 auch die Finanzierung der DMP Änderungen erfahren. Die Krankenkassen erhalten dann zur Versorgung ihrer Versicherten aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale sowie Zuschläge zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs. Der bisherige Ausgleich der erhöhten Leistungsausgaben der Krankenkassen für DMP-Versicherte im Risikostrukturausgleich entfällt ab diesem Zeitpunkt. Zur Förderung der DMP erhalten die Krankenkassen stattdessen eine sogenannte Programmkostenpauschale aus dem Gesundheitsfonds für jeden eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen. Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes hat am 08.09.2008 die nach der Risikostrukturausgleichsverordnung zu bestimmende Pauschale festgelegt. Für das Jahr 2009 beträgt sie 180 Euro je Versichertenjahr und eingeschriebenem Versicherten. Die Attraktivität der DMP für die Krankenkassen wird daher nicht zu letzt davon abhängen, ob dieser Betrag von den einzelnen Kassen als ausreichend angesehen wird und davon wie sie sich in den nächsten Jahren entwickeln wird. Daher wäre eine Verpflichtung der Krankenkassen zur Auflage bestimmter DMP meines Erachtens ein effektiveres Mittel zur Steigerung der Qualität der Versorgung von chronisch Kranken gewesen.

Sollte sich durch die neuen Regelungen herausstellen, dass eine qualifizierte Versorgung, die alle Aspekte der Prävention, Diagnostik, Prävention, Therapie und Rehabilitation beinhaltet, von den Kassen nicht flächendeckend für Rheumakranke sichergestellt wird, so muss der Gesetzgeber nachbessern und dafür sorgen, dass dieses geschieht. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sind aufgerufen entsprechende Verfahren, Leitlinien bzw. DMP vorzuschlagen und die Krankenkassen deren Auflage beim BVA zu beantragen.

Die Versorgungssituation rheumakranker Menschen

Prof. Dr. Angela Zink



1,5 Millionen Erwachsene und 15.000 Kinder leiden in Deutschland an einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung. Dank der besseren Vernetzung von Rheumatologen und Hausärzten im Rahmen der regionalen kooperativen Rheumazentren kommen viele Erkrankte heute früher in eine fachgerechte Versorgung. So erreichen Kranke mit einer rheumatoiden Arthritis heute den Rheumatologen im Mittel nach 1,1 Jahren im Vergleich mit 2,0 Jahren noch 1994. Dennoch sind wir von einer optimalen Versorgung weit entfernt: Die besten Chancen auf Ausheilung haben Patienten, die innerhalb des ersten halben Jahres, besser noch: bereits sechs Wochen nach Symptombeginn fachgerecht versorgt werden. Dies entspricht auch der Forderung der interdisziplinären Leitlinie „frühe rheumatoide Arthritis“.

Dass nicht alle Kranken frühzeitig genug beim Rheumatologen gesehen werden, liegt nicht nur an Informationsdefiziten im ambulanten Bereich. Vielmehr sind die Kapazitäten der Rheumatologen für neue Patienten in vielen Regionen erschöpft, eine rasche Zuweisung ist oftmals gar nicht möglich.

Die deutsche Gesellschaft für Rheumatologie hat in ihrem soeben erschienenen Memorandum einen Bedarf von einem internistischen Rheumatologen auf 50.000 erwachsene Einwohner errechnet. Danach werden mehr als doppelt so viele Rheumatologen (1.350) gebraucht, wie es derzeit im niedergelassenen und ermächtigten Bereich (579) gibt. Dringend notwendig sind eine bedarfsgerechte Zulassung für internistische Rheumatologen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Erhalt der Weiterbildungsmöglichkeiten.

Dass Patienten von den heute vorhandenen Möglichkeiten der Rheumatologie profitieren, zeigen die Daten der bundesweiten rheumatologischen Kerndokumentation. So ist die mittlere Krankheitsaktivität rheumatologisch betreuter RA-Kranker heute signifikant niedriger als noch vor sechs Jahren. Für eine bessere Situation der RA-Kranken spricht auch der deutliche Rückgang der Häufigkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten und Arbeitsunfähigkeit. So wird ein Teil der höheren Therapiekosten durch Einsparungen bei den Folgekosten aufgewogen. Die größere Lebensqualität der Betroffenen ist hier noch gar nicht eingerechnet.

Prof. Dr. Angela Zink

1972-1977 Studium der Soziologie, Psychologie und Volkswirtschaft in Berlin
1984 Promotion in medizinischer Soziologie an der Freien Universität Berlin
1998 Habilitation für Epidemiologie an der Humboldt-Universität zu Berlin
1977-1985 Forschung und Lehre in Epidemiologie und Medizinsoziologie am Bundesgesundheitsamt und der Freien Universität Berlin
1985-1991 Leiterin des Fachbereichs Epidemiologie der GSD Gesellschaft für Systemforschung im Gesundheitswesen, Berlin
seit 1991 Leiterin des Forschungsbereichs Epidemiologie des Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ)
seit 1996 stellvertretende Institutsdirektorin des DRFZ
2003 Berufung auf die Professur für Rheuma-Epidemiologie an der Charité - Universitätsmedizin Berlin

Forschungsschwerpunkte

Versorgungsforschung in der Rheumatologie, Prognosestudien, Langzeitbeobachtung innovativer Therapien, kontrollierte klinische Studien



Ich wünsche mir...



... von der Politik:

... von der Gesundheitswirtschaft (Pharmaindustrie, Apotheken, Hilfsmittelversorgung u.a.):

... von den Ärzten:

... von der Deutschen Rheuma-Liga Berlin e.V.:

... von Sonstigen:

Wunschkartenaktion der Deutschen Rheuma-Liga Berlin e.V.

Es müssen nicht alle Optionen ausgefüllt werden. Sie können auch an der Aktion teilnehmen und uns Ihre Wunschkarte einschicken, wenn Sie nicht am Kongress teilnehmen können.

Mit einer Wunschkarte hat die Deutsche Rheuma-Liga Berlin e.V. in den Wochen vor dem Kongress „Berliner Rheumatage —Forschung und Selbsthilfe“ eine Aktion gestartet: Per Post und im Internet hat sie ihren Mitgliedern, Patienten, Gästen der Veranstaltung sowie Interessierten aus der Bevölkerung die Möglichkeit gegeben, sich zum Thema Patientenversorgung zu äußern: mit Wünschen und Meinungen, Kritik und Lob. An: Politiker, Ärzte, Vertreter aus der Pharmaindustrie, von Apotheken und Hilfsmittelversorgung, die Deutsche Rheuma-Liga...

Auslosung unter allen Teilnehmern der Aktion: Im Rahmen des Kulturprogramms zieht **Monika Diepgen**, Schirmherrin der Deutschen Rheuma-Liga Berlin e.V., die glücklichen Gewinner von tollen Sachpreisen!



...und viele haben sich daran beteiligt und ihre Wünsche geschickt: Allen, die bei der Aktion mitgemacht haben, an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön!

Die **Wunschkartenaktion** endet am 27. September 2008 auf dem Kongress und findet ihren Höhepunkt in der Ziehung der Gewinner. Mit den Wünschen selbst, die während der Kongresstage an einem Wunschbaum „zum Greifen nahe“ präsentiert werden, hat die Rheuma-Liga Berlin über den Tag hinaus noch viel vor: Eine Zusammenstellung der Wunschkarten wird Verantwortlichen für Politik und Gesundheit nach dem Kongress übergeben.

Und: Der Wunschbaum wird auch künftige Veranstaltungen der Deutschen Rheuma-Liga Berlin e.V. optisch und inhaltlich begleiten...



Sabine Kaack ist Schauspielerin und engagiert sich als Botschafterin der Deutschen Rheuma-Liga Berlin e.V. für rheumakranke Menschen. Insbesondere ist ihr die Therapie für Rheuma erkrankte Kinder und Jugendliche ein Anliegen, das sie u.a. mit Benefizkonzerten zugunsten der Deutschen Rheuma-Liga Berlin unterstützt.

Foto: www.sabinekaack.de



Ute Schönherr, Popsängerin mit Klassikausbildung, ist seit 2007 Botschafterin des Bundesverbands der Deutschen Rheuma-Liga. Die junge Künstlerin ist seit ihrer Kindheit an Rheuma erkrankt und auf den Rollstuhl angewiesen. Mit ihrer positiven Lebenseinstellung hat sie ihren Gesang jahrelang geschult und in Amerika äußerst erfolgreich mit namhaften Produzenten zusammengearbeitet. Auch Dieter Bohlen war auf die Ausnahmekünstlerin aufmerksam geworden und hat eine Ballade eigens für sie komponiert und mit ihr produziert. Das Liebeslied „Sad, Sad Love“ war wochenlang in den Downloadcharts platziert.

Foto: www.uteute.de



Yeongchie Won wurde 1992 in Berlin geboren. Ihren ersten Violinunterricht bekam sie im Alter von fünf Jahren. Von Oktober 2000 bis zum Herbst 2004 war sie Jungstudentin am Julius-Stern-Institut in der Klasse von Prof. Schickedanz. 2005 folgte ein Umzug nach Seoul/Korea und die Fortsetzung des Violinstudiums an der Music Academy for Yeong people in Seoul bei Rami Yu. Seit April 2007 ist sie wieder am Julius-Stern-Institut in der Klasse von Prof. Hartog. 2007 gewann sie den 3. Preis beim Bundeswettbewerb „Jugend musiziert“. Sie belegte Meisterkurse bei Prof. Schickedanz und Dong Hyun Kim. Seit 2008 ist sie Stipendiatin der Yehudi Menuhin Live music now - Stiftung und nimmt zahlreiche Konzertauftritte innerhalb und außerhalb der UdK wahr. Sie ist Mitglied des Kammerorchesters des Julius-Stern-Instituts.

Jonathan Kühnl, geboren 1991 in Berlin, erhielt seinen ersten Gitarrenunterricht im Alter von vier Jahren bei Uwe Rüske. 2002 erhielt er den 1. Preis beim Wettbewerb „Jugend musiziert“. Seit 2005 nimmt er Jazzgitarrenunterricht bei Holger Brüchert. Seit dem Wintersemester 2007/08 ist er Jungstudent am Julius-Stern-Institut in der Klasse von Anita Renner. 2008 wurde er Stipendiat der Yehudi Menuhin Live music now - Stiftung.

Foto Violine: www.julius-stern-institut.de

KULTURPROGRAMM

am **Sonnabend, 27. September 2008**
14.00 bis 16.00 Uhr im Saal Berlin C

Hotel Maritim, Stauffenbergstraße 26, 10785 Berlin

Moderation: Sabine Kaack

Ute Schönherr, Sängerin

Begleitung am E-Piano: Mihai Theodoru

Auszüge aus dem Programm:
„Rosary Times—Rosige Zeiten“

Yeungchi Won, Violine

Jonathan Kühnl, Gitarre

Klassische Musik im Duo
mit Jungstudierenden des Julius-Stern-Instituts

Außerdem: Schirmherrin Monika Diepgen
zieht die Gewinner der „Wunschkarten“-Aktion

Anschließend: Autogrammstunde mit Ute Schönherr



rheuma-tage-
berlin ● de

*Haben Sie Fragen an uns? Wollen Sie uns mit einer Spende unterstützen?
Möchten Sie Mitglied werden? Interessieren Sie sich für unsere Veranstaltungen?*

Wir stehen Ihnen gerne als Ansprechpartner zur Verfügung!

Deutsche Rheuma-Liga Berlin e.V.

ZIRP-Plan-und-Leitstelle

Schützenstraße 52

12165 Berlin

Tel. 030 32 290 290

Fax: 030 32 290 29 39

E-Mail: zirp@rheuma-liga-berlin.de

www.rheuma-liga-berlin.de



Deutsche Rheuma-Liga | **Berlin e.V.**