



Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle,
Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga

8. Bonner Patiententag Rheumatologie der **Med. Klinik u. Poliklinik I der Universität Bonn** und des **Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Aachen-Köln-Bonn**

SCHWERPUNKT:
**8. Bonner
Patiententag
Rheumatologie**

> S. 1-3

Terminspiegel IV/2010

Datum	Thema	Ort
02.11.10	Bosch BKK HZV-Zahlen	Berlin
07.12.10	Nat. Ver- tragsbörse	Berlin

Von „versorgungsmanagement kompakt“ (vm-k) empfohlene Termine.

Status der medizinischen Versorgung rheumakranker Menschen in Deutschland

Ein Viertel der Bevölkerung leidet in Deutschland an Funktionseinschränkungen durch muskuloskelettale Erkrankungen. Zehn Millionen sind dabei von klinisch manifesten, behandlungsbedürftigen chronischen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates betroffen. Chronische Rückenschmerzen und Knie- sowie Hüftarthrosen stehen bezüglich der Häufigkeit an der Spitze. Die prinzipiell lebensbedrohlichen entzündlich-rheumatischen Krankheitsbilder betreffen 1,5 Millionen, das sind zwei Prozent der Erwachsenenbevölkerung. Hinzu kommen etwa 15.000 rheumakranke Kinder. Die muskuloskelettalen Erkrankungen verursachen die meisten Arbeitsunfähigkeitstage. Sie sind der häufigste Grund für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und die zweithäufigste Ursache vorzeitiger Berentung.

>> Die Rheumatologie hat in den letzten 20 Jahren eine stürmische Entwicklung genommen. Während zum Beispiel bei der Rheumatoiden Arthritis (RA) das Behandlungsziel noch vor wenigen Jahren die Verlangsamung der Gelenkzerstörung war, ist es heute realistisch, bei einem Teil der Kranken eine Remission oder zumindest eine niedrige Krankheitsaktivität zu erreichen. Die Erfolge der modernen rheumatologischen Pharmakotherapie der letzten Jahre in Deutschland zeigt die Auswertung der Kern-

dokumentation der Regionalen Kooperativen Rheumazentren. Der Krankheitsaktivitätsindex („Disease Activity Score“/DAS28) bei RA, ein zusammengesetzter Summenscore von 1 bis 10, in den definierte Gelenke (n = 28) bezüglich Schmerz und Schwellung, die Gesamtbeurteilung durch den Patienten und Entzündungsparameter eingehen, ist im Zeitraum von 1997 bis 2007 von 4,5 auf 3,4 zurückgegangen. Besonders der Anteil der Patienten mit niedriger Krankheitsaktivität (DAS28 < 3,2) stieg in diesem Zeitraum

signifikant von 23 % auf 49 % an (Ziegler et al. 2010). Entsprechend verbesserte sich der Krankenstand bei den RA-Patienten. Betrug 1997 die mittlere Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei den erwerbstätigen RA-Patienten noch 71 Tage, so fiel diese bis 2007 auf 33 Tage ab. 1997 waren nur 47 % der Männer und 37 % der Frauen mit der Diagnose RA erwerbsfähig, 2007 betrug ihr Anteil 57 % bzw. 46 % (Ziegler et al. 2010).

Unstrittig ist dabei, dass eine rechtzeitige Diagnosestellung und Therapieeinleitung mit einer

DMARD („disease modifying antirheumatic drugs“)-Therapie die Gelenkzerstörung bei RA günstig beeinflusst und damit das weitere Schicksal der Betroffenen bestimmt. Die S3-Leitlinie „Management der frühen rheumatoiden Arthritis“ der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. empfiehlt eine Vorstellung beim Rheumatologen unter dem Verdacht auf eine RA dann, wenn Gelenkschwellungen in mehr als zwei Gelenken über sechs Wo-

Fortsetzung auf Seite 2 >>>>

**Programm
des 8. Bonner Patiententags Rheumatologie
28. August 2010**

Vorsitz: Dr. Seidel, Moderation: Dr. Striesow

- 09.00 Uhr: Begrüßung: Dr. Seidel
- 09.10 Uhr: Operative Maßnahmen bei komplizierten rheumatischen Erkrankungen: PD Dr. Pennekamp
- 09.30 Uhr: Magnetresonanztomographie (MRT) bei rheumatoider Arthritis: PD Dr. Schaub
- 09.50 Uhr: Ursachen der Uveitis (Augenentzündung): Dr. Latz
- 10.10 Uhr: Gelenkendoprothesen: Dr. Haas
- 10.30 Uhr: Kaffeepause
- 11.00 Uhr: Offene, interaktive Sprechstunde:
 - **Chronische Polyarthritis bzw. Rheumatoide Arthritis und Biologica:** PD Dr. Franck, Wolfgang-Paul-Saal, EG.
 - **Psoriasisarthritis:** Dr. Striesow / Dr. Wilmann-Theis, Schumpeter-Sitzungsraum, 1. OG.
 - **Kollagenosen** (Lupus, Sklerodermie): Dr. Elshoff, Curtius-Konferenzraum, 1. OG.
 - **Gelenkulterschalldemonstrationen** für Patienten: Dr. Amberger, Friesenhahn Tagungsraum, 2. OG.
 - **Entzündlicher Wirbelsäulerrheumatismus:** Dr. Pick, Martini-Seminarraum, 1. OG.
- 12.10 Uhr: Vorstellung der Selbsthilfegruppen
- 12:30 Uhr: Beteiligungen der Stimmlippen bei rheumatischen Erkrankungen: Prof. Dr. Schade
- 12:40 Uhr: Medizinische Versorgung von Rheumapatienten in Deutschland: Prof. Dr. Gromnica-Ihle (siehe Text)
- 13:00 Uhr: Ernährungsempfehlungen bei rheumatischen Erkrankungen: Dr. Amberger
- 13:20 Uhr: Patientenschulungen: Dr. Oleszowsky
- 13:40 Uhr: Diskussion: Dr. Seidel / Dr. Striesow
- 14.00 Uhr: Musikalischer Abschluss

Unterstützung durch:

- Abbott GmbH & Co. KG**
- Actelion**
- Bristol-Myers Squibb**
- Chugai Pharma GmbH**
- Esaote Biomedica GmbH**
- Essex Pharma GmbH**
- Ergotherapiepraxis Schwanitz**
- GlaxoSmithKline GmbH**
- Roche Pharma AG**
- Medac**
- Merck Pharma GmbH**
- Novartis Pharma GmbH**
- Pfizer Pharma GmbH**
- RehaKlinikum Bad Säckingen**
- Sanofi-Aventis GmbH**
- UCB**
- Wyeth Pharma GmbH**



Deutsche Rheuma-Liga

Die Deutsche Rheuma-Liga ist eine der größten Selbsthilfeorganisationen im Gesundheitsbereich. Seit der Gründung im Jahr 1970 erhöhte sich die Zahl der Mitglieder auf 260 000. 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 vorrangige Aufgaben der Organisation. Bundesweit engagieren sich rheumakranke Menschen, Angehörige, Therapeuten, Ärzte sowie haupt- und ehrenamtliche Helfer. Mitglieder des Bundesverbandes sind die sechzehn Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga sowie die drei Verbände der Krankheitsbilder Lupus Erythemathodes, Morbus Bechterew und Sklerodermie, die den engen Kontakt zu den Betroffenen garantieren und die Selbsthilfearbeit bundesweit und zugleich ortsnah organisieren.

>>>> Fortsetzung von Seite 1

chen bestehen (Schneider et al. 2007).

**Möglichkeiten
der Therapie und
Versorgungsrealität**

In den Gruppen der Rheuma-Liga berichten die Betroffenen von langen Wartezeiten auf einen Termin beim Rheumatologen oder sogar über die telefonische Auskunft „Zur Zeit können keine neuen Patienten angenommen werden“. Auch die vielerorts etablierten „Frühsprechstunden“ entschärfen das Problem nicht grundsätzlich. Wenngleich ein echter Fortschritt in der Verkürzung des Zeitraums vom Beginn der Symptome bis zur Vorstellung beim Rheumatologen in den letzten Jahren erreicht wurde, kommt noch ein zu großer Teil der Kranken zu spät zum Facharzt und die DMARD-Therapie wird nicht rechtzeitig eingeleitet. Von den 2008 in der Kerndokumentation, einem Dokumentationssystem der Kooperativen Deutschen Rheumazentren unter Leitung der Abteilung Epidemiologie des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums

Berlin, erfassten Patienten mit RA haben 51 % innerhalb der ersten drei Monate nach Beschwerdebeginn einen Rheumatologen aufgesucht. Von den Kranken mit gesicherter RA oder RA-Verdacht, die 2008 erstmals vom Rheumatologen gesehen wurden, hatten zwei Drittel nicht mehr als drei Monate Beschwerden. 1994 hatte noch mehr als ein Drittel der erstmalig vom Rheumatologen gesehenen Patienten eine Krankheitsdauer von mehr als einem Jahr (Zink et al. 2010).

Diese positive Situation, die durch die Rheumazentren widerspiegelt wird, betrifft jedoch nicht die allgemeine Situation in der Bevölkerung. Diese Daten geben ein zu günstiges Bild ab. Der Realität der medizinischen Versorgung aller Rheumatiker kommt eine Untersuchung, die - ebenfalls 2008 - von 198 ambulant tätigen Rheumatologen durchgeführt wurde, näher. Die Rheumatologen dokumentierten drei Monate lang bei allen erstmalig gesehenen Patienten Diagnose und Dauer der Beschwerden bis zur Vorstellung bei ihnen. Nur 21 % der Kranken mit RA erreichten hier den Rheumatologen innerhalb von drei Monaten nach Beginn ihrer Krankheitssymptome (Westhoff

et al. 2009). Hierbei bestand eine klare Korrelation zwischen der Wartezeit auf einen Termin beim Rheumatologen und dem Zeitpunkt der Erstvorstellung.

Wenngleich in Deutschland die meisten Patienten mit RA irgendwann einmal bei einem Rheumatologen vorstellig werden, so sind es nach den Erhebungen von Westhoff et al. (2009) in einer Bevölkerungsstichprobe nur 58 % der Patienten mit gesicherter RA, die im ersten Jahr ihrer Erkrankung vorstellig werden.

Die in der Leitlinie „Management der frühen rheumatoiden Arthritis“ geforderte Vorstellung beim Rheumatologen bei einer über sechs Wochen andauernden Schwellung von zwei und mehr Gelenken, ist in Deutschland derzeit nicht flächendeckend umgesetzt.

Die erwähnte Leitlinie empfiehlt unter Berücksichtigung einer gesicherten Studienlage (Smolen et al. 2010) die Einleitung einer DMARD-Therapie bei RA innerhalb von zwölf Wochen nach Krankheitsbeginn. In Deutschland wird auch bereits durch die Vorbehandler, meist

die Hausärzte der Patienten, eine DMARD-Therapie eingeleitet. Zink et al. (2010) geben an, dass 34 % der Patienten, die 2008 bei Rheumatologen vorstellig wurden, bereits mit DMARDs oder Kortikosteroiden behandelt worden sind. Rheumatologen erreichen jedoch einen Versorgungsgrad mit DMARDs von 90 %. Es liegt somit eine klare Unterversorgung der Patienten mit RA in Deutschland vor. Dieses wird auch im German RA-Population Survey (GRAPS) von Westhoff et al. (2009) sichtbar. 17 % der RA-Patienten mit positivem Rheumafaktor erhielten noch niemals eine DMARD-Therapie. Bei den rheumafaktor-negativen Patienten waren es sogar 33 %. Somit kann geschlossen werden, dass mindestens ein Drittel aller Patienten mit RA nicht rechtzeitig leitliniengerecht therapiert wird.

Es bestehen auch erhebliche Defizite bei den nicht-medikamentösen Therapien. In der Leitlinie wird für die RA eine koordinierte, problemorientierte, multidisziplinäre Behandlung einschließlich einer Patientenschulung gefordert. Nur 1,5 %

der RA-Kranken erhielten eine ambulante Patientenschulung. Eine Ergotherapie wurde nur bei 2,5 % der Betroffenen verordnet. Nach Angaben der Rheumatologen, die sich an der Kerndokumentation beteiligten, wurden nur 16 % der RA-Betroffenen mit Krankengymnastik versorgt (Zink et al. 2010).

Auch für Patienten mit Morbus Bechterew haben sich die Möglichkeiten der Beeinflussung der Krankheitsaktivität deutlich verbessert. Eine Studie, die von der Patientenorganisation „Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew“ initiiert wurde, ergab jedoch, dass es im Durchschnitt zehn Jahre dauert, bis diese Patienten überhaupt diagnostiziert werden (Zeidler, 2009). Dabei stehen heute sehr gute Therapieoptionen für Patienten mit M. Bechterew zur Verfügung.

Warum besteht in Deutschland ein Rheumatologenmangel?

Die Gründe für die zu geringe Anzahl in der Praxis tätiger Rheumatologen sind vielfäl-

tig. Fehlende rheumatologische Lehrstühle an den Universitäten sind eine Ursache. Somit sehen an einigen Universitäten die Medizinstudenten keinen oder viel zu wenig Kranke mit entzündlich-rheumatischen Krankheiten. Interesse am Fachgebiet Rheumatologie kann so nur schwer geweckt werden. Die Rheuma-Liga stellt den Universitäten jetzt geschulte Patienten als „Patient Partners“ zur Verfügung. Ein diesbezüglicher Versuch an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, bei dem die „Patient Partner“ als „Lehrende“ in das Ausbildungsprogramm Rheumatologie integriert wurden, verläuft gegenwärtig sehr erfolgreich.

Hinsichtlich fehlender rheumatologischer Lehrstühle lautet die Forderung der Rheuma-Liga im Aktionsplan: „Die Landesregierungen und Universitäten müssen dafür sorgen, dass die Rheumatologie an allen medizinischen Fakultäten in obligatorischen Blockpraktika und Vorlesungen in angemessenem Umfang gelehrt wird. An jeder medizinischen Fakultät muss die Rheumatologie zusätzlich

Literatur

- Bräuer, W. / Mau, W. (2000). Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen im Langzeitverlauf der frühen chronischen Polyarthrit. DRV Schrift 20: 74-76.
- Hess, R. (2010) Sicherstellung neu aufstellen. Standpunkt Nr.2 Juni 2010: 12-14.
- Jäckel, W. / Beyer, W.F. / Droste, U. / et al. (1996). Memorandum zur Lage und Entwicklung der Rehabilitation bei Rheumakranken. Z. Rheumatol. 55: 410-422.
- Schneider, M. / Lelgemann, M. / Abholz, H.H. / et al. (2007). DGRh-Leitlinie. Management der frühen rheumatoiden Arthritis. 2. Auflage. Steinkopff Darmstadt.
- Smolen, J.S. / Landewé, R. / Breedveld, F.C. / et al. (2010). EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. Ann Rheum Dis; 69: 964-975.
- Westhoff, G. / Edelmann, E. / Zink, A. / et al. (2009). Das Zuweiser-Projekt. Symptombdauer bis zur Erstvorstellung beim internistischen Rheumatologen. Rheuma-Management 1(2): 13-15.
- Westhoff, G. / Schneider, M. / Raspe, H. / et al. (2009). Advance and unmet need of health care for patients with rheumatoid arthritis in the German population - results from the German Rheumatoid Arthritis Population Survey (GRAPS). Rheumatology; 48: 650-657.
- Zeidler, A. (2009). Dissertation.
- Wollenhaupt, J.: Pressekonferenz der DGRh am 9.9.2010 in Hamburg.
- Zink, A. / Huscher, D. / Schneider, M. (2010). Wie leitliniengerecht ist die rheumatologische Versorgung? Z. Rheumatol.; 69: 318-326.
- Ziegler, S. / Huscher, D. / Karberg, K / et al. (2010). Trends in treatment and outcomes of rheumatoid arthritis in Germany 1997-2007: results from the National Database of the German Collaborative Arthritis Centers. Ann Rheum Dis; 2010 May 6. [Epub. ahead of print].
- Aktionsplan Rheuma. Deutsche Rheuma-Liga. Aktualisierte Auflage 2009. www.rheuma-liga.de/Aktionsplan.
- Memorandum: Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, Berlin, <http://www.dgrh.de>.

als Wahlfach angeboten werden. Dabei müssen alle Bereiche der Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises gelehrt werden. Die rheumatologische Ausbildung muss Rheumatologen obliegen“.

Gravierende Mängel bestehen auch in der Weiterbildung zum Rheumatologen durch fehlende Ausbilder. Nach einer internen Erhebung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie sind in Deutschland 253 Ärzte zur Weiterbildung des rheumatologischen Nachwuchses befugt. Von diesen kann aber ein Drittel derzeit keine neuen Fachärzte ausbilden, weil Arztstellen in den Kliniken abgebaut oder offene Stellen nicht besetzt werden können (Wollenhaupt 2010).

Eingeschränkt wird die Zahl der niedergelassenen Rheumatologen auch noch durch die Zulassungsbeschränkung. Die Bedarfsplanung erfolgt nach der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese schreibt vor, dass für die Arztgruppen Verhältniszahlen festgelegt werden, d.h. es wird ein Verhältnis von Einwohnern zu erforderlichen Ärzten festgelegt, die sogenannte arztgruppenspezifische Verhältniszahl (§ 8 Bedarfsplanungsrichtlinie). Dabei werden nach der Richtlinie alle fachärztlich tätigen Internisten in einer Gruppe geplant (§ 4 Bedarfsplanungsrichtlinie). Die Sollzahl der Ärzte wird dann mit der tatsächlichen Einwohner-Arzt-Relation abgeglichen. Wenn die Sollzahl um 10 % überschritten ist, wird in dem Planungsbezirk Überversorgung festgestellt und der Bezirk für die Zulassung weiterer Ärzte gesperrt.

Da in fast allen Planungsbezirken Deutschlands nach dieser Definition Überversorgung an Internisten herrscht, sind alle Bezirke auch für die Zulassung von Rheumatologen gesperrt. Eine Zulassung ist nur über den sogenannten Sonderbedarf (§ 24b Bedarfsplanungsrichtlinie)

möglich. Bei der Prüfung, ob ein Sonderbedarf vorliegt, werden von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen in den Zulassungsausschüssen die übrigen niedergelassenen Ärzte gefragt, ob sie einen zusätzlichen Bedarf für eine Neuzulassung sehen. Dieses Verfahren führt immer wieder dazu, dass Sonderzulassungen von Rheumatologen abgelehnt werden. Die Planung des Bedarfs an Fachärzten im Bereich der Inneren Medizin ohne Berücksichtigung der Schwerpunkte und unterschiedlichen Facharztdisziplinen spiegelt bereits seit langem nicht mehr die Versorgungsrealität wider.

Die Rheuma-Liga fordert daher, für die Rheumatologie eigene, von der Inneren Medizin unabhängige Bedarfswerte festzulegen und die Bedarfsplanungsrichtlinie entsprechend zu verändern. Im Gemeinsamen Bundesausschuss werden derzeit Überlegungen zu einer Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie angestellt, die auch die Definition der Arztgruppen betrifft (Hess, 2010).

Weiterhin ist der Status eines niedergelassenen Rheumatologen in Bezug auf die Honorarsituation wenig attraktiv, da es ein Defizit in der Vergütung der Leistungen der „sprechenden Medizin“ bei chronisch Kranken gibt.

Gravierende Mängel bei der Rehabilitation der Rheumatiker

Obwohl die Wirksamkeit der Rehabilitation für verschiedene entzündlich-rheumatische Erkrankungen gut belegt ist, Rehabilitationsindikatoren bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Krankheiten durch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie definiert sind (Jäckel et al. 1996) und ein gesetzlich verankerter Rehabilitationsanspruch besteht, liegt eine Unter-

Forderungen der Deutschen Rheuma-Liga

Die deutsche Rheuma-Liga fordert von Krankenkassen und Leistungserbringern die Gewährleistung einer komplexen Versorgung der Rheumatiker, in die alle Versorgungsbereiche (Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Selbsthilfe und andere mehr) einbezogen werden. Alle Krankenkassen müssen für ihre Mitglieder integrierte Versorgungsstrukturen aufbauen, bereits erfolgreiche Ansätze ausbauen und bundesweit anbieten. Dabei sollte die Therapie evidenzbasiert und leitliniengerecht erfolgen. Wir fordern von der Bundesregierung zur Analyse der bestehenden Versorgungsmängel in der Rheumatologie und zum Einleiten der erforderlichen Maßnahmen, um sowohl die Versorgungs- als auch die Forschungssituation zu verbessern, die Erstellung eines Nationalen Aktionsplans Rheuma.

Aktionsplan der Deutschen Rheuma-Liga

Die Deutsche Rheuma-Liga hat in ihrem 2006 zusammen mit internen und externen Experten erarbeiteten Aktionsplan, der 2008 aktualisiert wurde, die Defizite in der rheumatologischen Versorgung aufgezeigt. Ziel des Aktionsplans, der auch mit zahlreichen Gesundheitspolitikern und Leistungserbringern diskutiert wurde, ist die Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Lebenssituation rheumakrankter Menschen in Deutschland.

Im Aktionsplan wurde der Mangel an internistischen Rheumatologen als Ursache für die fehlende Versorgungsgerechtigkeit von Rheumatikern mit chronisch-entzündlichen Krankheiten angesehen. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. hat in ihrem Memorandum „Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland“ auf der Basis einer Zeitanalyse zwei Rheumatologen auf 100.000 Erwachsene gefordert. Wenn gleich die Zahl der Rheumatologen in der ambulanten Versorgung in den letzten Jahren zugenommen hat, so fehlen noch immer mehr als die Hälfte der 1.300 notwendigen Rheumatologen in der Praxis. Zwei Rheumatologen auf 100.000 Erwachsene werden in keinem Bundesland erreicht, nicht einmal in Ballungsgebieten. Besonders in den Flächenländern ist die Situation gravierend schlecht. Daraus ergeben sich auch viel zu lange Anfahrtswege für die häufig mobilitäts-eingeschränkten Rheumatiker. Die vielerorts fehlende Barrierefreiheit im öffentlichen Nahverkehr in Deutschland kommt erschwerend hinzu.

versorgung mit Rehabilitationsleistungen bei Rheumakranken vor. Zahlreiche Patienten erreichen das Rehabilitationssystem zu spät, zu selten oder gar nicht. Im Durchschnitt findet bei der RA die erste Rehabilitationsmaßnahme erst nach zweijähriger Krankheitsdauer statt (Bräuer und Mau, 2000).

Zu diesem Zeitpunkt können bereits irreparable Gelenkschäden aufgetreten sein. Mindestens ein Drittel der von einer RA schwer Betroffenen erhalten während ihrer gesamten Krankheitsdauer keine Leistungen zur Rehabilitation. Die Gründe dafür sind vielschichtig. Neuregelungen in den Rehabilitationsrichtlinien

* Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga
 ** Geschäftsführerin der Deutschen Rheuma-Liga

des Gemeinsamen Bundesausschuss haben dazu geführt, dass der Zugang zur Rehabilitation weiter erschwert worden ist. Es besteht auch eine erhöhte Ablehnungsquote bei Anträgen auf Rehabilitationsmaßnahmen vor allem durch die Krankenkassen, aber auch mangelnde Kenntnisse vieler Patienten und Ärzte über Angebote und Wirksamkeit der Rehabilitation sowie die Sorge vieler Rheumakrankter, durch längeres Wegbleiben vom Arbeitsplatz durch die Rehabilitationsmaßnahme ihren Arbeitsplatz zu verlieren.

Bezüglich der beruflichen Rehabilitation verfügen die Berater häufig nicht über ausreichendes rheumatologisches Basiswissen, um hier eine bedarfsgerechte Vermittlung zu gewährleisten.

Bei den Anschlussheilbehandlungen kann das Rehabilitationsprogramm teilweise gar nicht

optimal gestartet werden, weil die Patienten noch mit Wundheilungsstörungen und anderen Komplikationen in die Rehabilitationseinrichtung kommen.

Die Rheuma-Liga fordert daher im Aktionsplan: Gemeinsamer Bundesausschuss und die Träger der Rehabilitation müssen die Zugangswege zur Rehabilitation erleichtern. Die Rehabilitationsträger müssen das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten im Hinblick auf die Rehabilitationsmaßnahmen verbindlich berücksichtigen und konsequenter umsetzen. Patientenschulungen müssen ein obligatorischer Bestandteil jeder Rehabilitationsmaßnahme sein. <<

von: Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle* und Ursula Faubel**

Der Text wurde erstmals in MVF 05/10 veröffentlicht.

Veranstalter

Die Medizinische Klinik und Poliklinik I der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn ist eine Universitätsklinik, die ein großes Spektrum der Inneren Medizin vor dem Hintergrund einer engen Integration der ambulanten und stationären Patientenversorgung repräsentiert. Es bestehen Ambulanzen für Diabetes und Endokrinologie, Magen-Darm- und Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen, Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis und Tropenambulanz), Intensivmedizin, Rheumatologie und ZIP (Blutwäsche). In Zusammenarbeit mit den anderen Universitätskliniken und Hausärzten erfolgt eine konsequente interdisziplinäre Patientenversorgung.

Das Regionale Kooperative Rheumazentrum Aachen-Köln-Bonn ist ein gemeinnütziger Verein zur Förderung der Zusammenarbeit in der Rheumatologie. Hier arbeiten Ärzte aus Klinik und Praxis, Psychologen, Naturwissenschaftler, Physio- und Ergotherapeuten sowie Selbsthilfegruppen zusammen, um die Versorgung von Rheumakranken zu verbessern. Das Rheumazentrum will die rheumatologische Forschung intensivieren und zur Verbesserung der Qualität der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den an der Rheumaversorgung beteiligten Berufen beitragen. Das Rheumazentrum Aachen-Köln-Bonn ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie.

News & Facts

>> Die Deutsche Rheuma-Liga wehrt sich gegen die geplante Entsolidarisierung mit den Kranken und Schwachen in der Gesellschaft und startete zum diesjährigen Welt-Rheuma-Tag eine bundesweite Unterschriftenaktion.

Rheumakranke Menschen fordern Bundeskanzlerin Angela Merkel auf, die Ausrichtung ihrer Politik zu ändern. „Die Bundesregierung baut nicht nur einzelne soziale Leistungen ab, sondern greift die Grundprinzipien der sozialen Sicherung an wie die solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung oder das Sachleistungsprinzip“, begründet Präsidentin Prof. Erika Gromnica-Ihle die Protestaktion.

„Als größter Patientenverband Deutschlands können wir zu diesem gesellschaftlichen Erdbeben, der sich anbahnt, nicht schweigen.“ Die Unterschriftenaktion startete während der zentralen Jubiläumsveranstaltung am 9. Oktober in Kassel, zu der etwa 1.000 Vertreter aller Ver-

bände kamen.

Die Bundesregierung hat im Herbst eine Vielzahl von Gesetzesvorhaben auf den Weg gebracht, die zu erheblichen Mehrbelastungen chronisch kranker Menschen führen werden. Vor allem die Bezieher von staatlichen Transferleistungen und niedrigen Einkommen werden zusätzlich belastet und müssen herbe Rückschläge bei ihrer sozialen Sicherung einstecken, so die Kritik des Verbandes. Das GKV-Finanzierungsgesetz sieht nicht nur die Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge auf 15,5 % vor, sondern sorgt vor allem durch das Einfrieren des Arbeitgeberanteils dafür, dass alle zukünftigen Mehrbelastungen allein durch die Versicherten getragen werden.

Mit dem Arzneimittelneuerordnungsgesetz soll das Sachleistungsprinzip als einer der Grundpfeiler der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeweicht werden. Gromnica-Ihle: „Zusätzliche finanzielle Belastungen und

Auseinandersetzungen mit Ärzten und Krankenkassen sind eine Zumutung für chronisch kranke Menschen. Politik und Gesellschaft muss sozial verträglichere Lösungen finden.“ <<

>> Knapp zwei Drittel der Ärzte sind davon überzeugt, dass Selektivverträge intelligente Versorgungslösungen fördern und die Behandlungssituation für Patienten verbessern. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Umfrage unter sowohl klinisch tätigen als auch niedergelassenen Ärzten des Meinungsforschungsinstituts Psychonomics im Auftrag des forschenden Arzneimittelherstellers Janssen-Cilag. Dabei setzen die Leistungserbringer mehrheitlich auf regional zugeschnittene und dezentral verhandelte Verträge.

Von den im August 2010 rund 370 befragten Ärzten hat etwa die Hälfte bereits Erfahrungen mit Selektivverträgen – fast 70

Prozent davon waren regional ausgehandelt. Nach rund 62 Prozent der Befragten spielen Selektivverträge ihre Vorteile besonders dann aus, wenn sie auf regionale Besonderheiten zugeschnitten sind. Bundesweit einheitliche Regelungen befürworten nur 46 Prozent und werden von mehr als der Hälfte abgelehnt. Für zentrale Vertragsverhandlungen sprechen sich weniger als die Hälfte der befragten Ärzte aus, während 57 Prozent regionale Verhandlungen mit den relevanten Akteuren begrüßen. „Bei der aktuellen politischen Debatte hat mich die große Akzeptanz von Selektivverträgen sehr positiv überrascht“, kommentiert Franz Knieps, Politikberater und ehemaliger Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium, die Umfrageergebnisse. „Meiner Meinung nach liegt es auf der Hand, dass komplexe Selektivverträge stärker auf regionale Versorgungsprobleme fokussieren und damit auch lösen können.“ <<

2 auf 100.000

>> „Zwei Rheumatologen auf 100.000 Erwachsene fordert die Deutsche Rheumaliga.“ Was in einem Land wie Deutschland früher undenkbar war, ist nun - ach was - seit längerem Realität: Der Ärztemangel ist da.

Was bisher meist nur von Ärztelobbyisten in Endzeitszenarien wohnortnaher Versorgung verbreitet wurde, bestimmt mehr und mehr die gesundheitliche Versorgung in Deutschland - und nicht nur in ländlichen Gebieten oder im Osten. Und auch nicht nur im Fach-, sondern seit langem auch im Hausarztbereich. Was brauchen wir die doppelte Arztschicht mag nun manch einer denken, der dann schnell eines Besseren belehrt wird, wenn er die Rechnung präsentiert bekommt: Ein noch weniger als heute finanzierbares Gesundheitssystem. Was wäre zu tun? Ganz einfach und doch so schwierig: Der Arztberuf muss wieder eine interessante, weil erfüllende Alternative für junge, gute ausgebildete Menschen werden. << *Ihr*

*Peter Stegmaier
Herausgeber vm-k*



News & Facts

>> Die Deutsche Gesellschaft für bürgeroorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (DGBV) setzt ihr erfolgreich begonnenes Arbeitsgruppenprogramm mit neuen Angeboten im Herbst 2010 fort und lädt herzlich zur Teilnahme ein.

• **Arbeitsgruppe Patientencoaching** (Leitung: Dr. K. Meyer-Lutterloh, R. Pourie): Nächste Sitzung: Dienstag, 26. Oktober 2010, 10.30 – 16.30 Uhr
Thema: Erfolgsmessung von Patientencoaching (II)

Programm: Referat Dr. Thomas Zahn, Geschäftsführer DCC Risikoanalytik GmbH / Erarbeitung einer Checkliste zur Erfolgsmessung von Patientencoaching

• **Arbeitsgruppe Vertrags- und Finanzierungsmanagement** (Leitung Dr. J. N. Weatherly): Nächste Sitzung: Mittwoch, 17. November 2010 13.00 – 17.00 Uhr

Geplante Themen/Gastvorträge: Grundlagen bisheriger Vertragsgestaltung, Best-Practice-Beispiele, Ziele der Krankenkassen

• **Arbeitsgruppe Versorgungsprozesse** (Leitung: Monika Knetsch, Prof. Dr. Guntram Platzer)

Konstituierende Sitzung: Donnerstag, 25. November 2010, 10:30 – ca. 16:00 Uhr
Thema: „Gesundheit und ihre Zukunft“

Das „System“ Gesundheit wird auf den Prüfstand gestellt und es wird gemeinsam anhand von Daten, Fakten und Analysen erarbeitet, was denn Versorgung überhaupt sein soll, wer welche Funktion im

System haben, beziehungsweise übernehmen könnte, und wie wir die Effizienz erhöhen können.

• **Arbeitsgruppe Kommunikation** (Leitung Prof. Dr. Reinhold Roski):

Konstituierende Sitzung: Freitag, 26. November 2010, 10:30 – ca. 16:00 Uhr

Themen: Ziele, Arbeitsrichtungen und Themen der Arbeitsgruppe Kommunikation (Prof. Dr. Reinhold Roski, Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin) / Bessere Versorgung durch bessere Kommunikation in Apotheken (Martin Lingen, Vorstand Linda Apotheken.)

Weitere Arbeitsgruppentermine, die z.Zt. in Planung sind:

• **AG Arzneimittelversorgung** (Leitung: Prof. Dr. D. Adam, Dr. U. Krötsch)

• **AG Bürger-/Patienten-/Versichertenbelange** (Leitung: R. Seiler)

• **AG IT-affine Beratung/eHealth** (Leitung: S. Liedtke, M. Deters)

• Weitere vorgesehene Arbeitsgruppen: Qualitätssicherung und -indikatoren; MedTech, Heil- und Hilfsmittelversorgung; Versorgungsforschung.

Alle Arbeitsgruppen tagen in der NEWSTAND Management-Akademie Berlin, Genter Straße 63, D-13353 Berlin. Sowohl Mitglieder als auch interessierte Nichtmitglieder sind herzlich willkommen. <<

>> Der Georg Thieme Verlag lädt seine Kunden zu einem Diskussi-

onsforum „Market Access & Health Economics“ mit namhaften Experten ein, unter anderem Professor Dr. Jürgen Windeler, seit September Leiter des IQWiG, und Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Bei diesem Forum am 28. Oktober 2010 in Berlin können die Teilnehmer aus Industrie, Agenturen, Krankenkassen und Krankenhäuser mehr über dieses und andere Szenarien erfahren und mit namhaften Experten aus verschiedenen Perspektiven diskutieren. <<

>> Für Kranken- und Pflegeversicherungen haben die Experten der Haufe Mediengruppe ein maßgeschneidertes Fachinformationssystem entwickelt, das speziell die Kommentare, Entscheidungen, Arbeitshilfen und Fachinformationen bereithält, die Sachbearbeiter bei Kranken- und Pflegekassen brauchen.

Das „Haufe Kranken- und Pflegeversicherungs Office“ bietet ein umfangreiches Sozialversicherungs-Lexikon mit über 1.200 Stichwörtern. Zentraler Bestandteil für Kassen sind die Kommentare zum SGB V (Hrsg. Dr. Thomas Sommer, Vors. Richter am LSG NRW) und SGB XI (Hrsg. Dr. Thomas Kolmetz, Richter am SG Dortmund).

Natürlich sind die relevanten Bestimmungen angrenzender Sozialgesetzbücher (SGB I, III, IV, VI, VII, IX und X) ebenfalls kommentiert, teilweise auch in Auszügen. <<

Impressum versorgungsmanagement kompakt - Entscheiderinformationen für Leistungsträger

<p>versorgungsmanagement kompakt Entscheiderinformationen für Leistungsträger 2. Jahrgang</p> <p>Herausgeber Peter Stegmaier, Bonn stegmaier@vm-k.de</p> <p>Chefredaktion Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.) Kölstr. 119, 53111 Bonn Tel +49-(0)228-76368-0 Fax +49-(0)228-76368-01 stegmaier@vm-k.de</p>	<p>Redaktion Olga Gnedina gnedina@vm-k.de</p> <p>Verlag eRelation AG - Content in Health Vorstand: Peter Stegmaier Kölstr. 119, 53111 Bonn www.erelation.org mail@erelation.org</p> <p>Verlagsleitung Peter Stegmaier</p> <p>Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil) Kölstr. 119, 53111 Bonn Tel +49-(0)228-76368-0</p>	<p>Fax +49-(0)228-76368-01 heiser@vm-k.de</p> <p>Marketing Boris Herfurth herfurth@vm-k.de</p> <p>Abonnement „versorgungsmanagement kompakt“ erscheint unterschiedlich oft pro Jahr. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 60 EUR. Jahresvorzugspreis für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 45 EUR. Die genannten Preise verstehen sich zzgl. Versandkosten: Inland 9,21 EUR; Ausland 36 EUR.</p>	<p>Preisänderungen vorbehalten. Die Abonnementdauer beträgt ein Jahr. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird.</p> <p>Layout eRelation AG, Bonn</p> <p>Druck Kössinger AG Fruehaufstraße 21 84069 Schierling info@koessinger.de Tel +49-(0)9451-499124 Fax +49-(0)9451-499101</p>	<p>Printed in Germany</p> <p>Urheber- und Verlagsrecht Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten</p>	<p>Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.</p> <p>Auflage mehr als 1.000 Exemplare</p> <p>Leserzielgruppe Entscheider in Krankenkassen</p> <p>Portal www.vm-k.de</p>
---	--	--	---	--	--