



O. Sander · M. Schneider

Poliklinik und Funktionsbereich für Rheumatologie & Hiller Forschungszentrum Rheumatologie,
Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

Rheumatologie im Spiegel

Wie sehen wir uns, und wie werden wir gesehen?

XIII

Rede des Staatssekretärs
im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit
Prof. Dr. Wolters (Bonn) anlässlich der Eröffnung der Tagung

Meine Damen und Herren!

Die besondere sozialmedizinische Bedeutung der Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises ist einmal durch die hohe Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle, zum anderen durch die erhebliche Minderung der Lebensqualität bedingt, die Rheumakranke oft hinnehmen müssen. Obgleich umfassende medizinisch-statistische Untersuchungen über Rheumaerkrankungen, insbesondere unter differential-diagnostischen Gesichtspunkten, in der Bundesrepublik nicht vorhanden sind, kann in etwa auf der Basis des Zahlenmaterials der Kranken- und Rentenversicherungsanstalten davon ausgegangen werden, daß die rheumatischen Erkrankungen bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit an vierter Stelle stehen. Bei den Berufs- und Erwerbsunfähigkeits-Rentenzugängen sind sie sogar an zweiter Stelle hinter Herz-Kreislauf-Krankheiten zu verzeichnen. Mit über 20% aller durchgeführten Heilverfahren liegen sie bei den von den Landesversicherungsanstalten durchgeführten Maßnahmen an der Spitze.

Obgleich definitive Aussagen über die Höhe der volkswirtschaftlichen Kosten, die in Zusammenhang mit rheumatischen Erkrankungen entstehen, nicht getroffen werden können, muß aufgrund der Angaben der Kranken- und Rentenversicherung davon ausgegangen werden, daß sie zu den häufigsten und kostspieligsten Erkrankungen gehören.

Das angestrebte Ziel, durch entsprechende Behandlungsmaßnahmen die Zahl der Kranken, die schließlich erhebliche Behinderungen aufweisen, zu vermindern, wird nicht erreicht werden können, solange die Ursachen dieser Erkrankung nicht ausreichend bekannt sind. Eine Intensivierung der Grundlagen- und klinischen Forschung, verbunden mit verbesserter Koordinierung der einzelnen Forschungsvorhaben, ist zur Verbesserung der bestehenden Situation unumgänglich.

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit und der Bundesminister für Forschung und Technologie haben daher in ihrem gemeinsamen Programmwurf, der den Rahmen für zukünftige Schwerpunkte und Maßnahmen der Forschungsförderung im Gesundheitsbereich konkretisiert, der Erforschung von Ursachen und Verlauf der rheumatischen Erkrankungen einen angemessenen Rang eingeräumt:

Untersuchungen zu Ätiologie und Pathogenese rheumatischer Erkrankungen, die Entwicklung von Grob-screening-Verfahren zur Früherkennung rheumatischer Erkrankungen und die Entwicklung diagnostischer Kriterien und therapeutischer Richtlinien zur Verbesserung der Betreuung von Kranken durch die niedergelassenen Ärzte am Wohnort stehen im Vordergrund. Dadurch soll eine mehr präventiv ausgerichtete Therapie auch in der Allgemeinpraxis erreicht werden, weil sich gezeigt hat, daß eine ständige, konsequente Behandlung der zur Progredienz neigenden rheumatischen Erkrankungen am besten geeignet ist, das Fortschreiten der Erkrankung und damit den Schweregrad der Behinderung positiv zu beeinflussen und damit die Arbeitsunfähigkeits- und Berentungsziffern zu senken. Als Ergänzung dieser Maßnahmen sollen Verfahren der Zusammenführung von fachübergreifenden physikalisch-therapeutischen Behandlungsmaßnahmen entwickelt und die Möglichkeiten von kostengünstigen stationären und ambulanten Diagnose- und Behandlungsinstitutionen unter fachlicher Leitung am Wohnort untersucht werden. Ein weiterer Schwerpunkt umfaßt die Weiterentwicklung von Verfahren und technischen Hilfen für die Rehabilitation bei Krankheiten des rheumatischen Formenkreises.

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie hat gerade ihren 90. Geburtstag gefeiert – ein guter Grund auch für einen vorsichtigen Blick in den Spiegel. Ist sie so jung und dynamisch, wie sie sich fühlt, doch eher überaltert und ein historisches Relikt, das zunehmend durch Spezialisierungen und Berufsgruppen abgelöst wird, oder ein fast unsichtbares Mysterium, das man nicht erklären kann und dessen Zugang dem Außenstehenden nur durch Nachweis von Rheumafaktoren und antinukleären Antikörpern geöffnet wird.

Fortschritte in der Grundlagenforschung, Genomsequenzierungen, Zytokin- und Zellprofile werden zunehmend transparent, verständlich und sind in hohem Maß therapeutisch zu beeinflussen. Diagnostik und Dokumentation werden optimiert und standardisiert. Die forschenden Pharmaunternehmen haben den Stellenwert der Rheumatologie erkannt und unterstützen die Innovation. Antirheumatika finden sich unter den umsatzstärksten Medikamenten. Innovationen nehmen potenziell zu. Der einmal beim Rheumatologen angekommene Patient hat die Aussicht auf eine komplette Kontrolle der Beschwerden, eine normale Lebensqualität und Lebenserwartung. Insgesamt konnte die Prognose der Erkrankungen wesentlich gebessert und die für die Erkrankung typischen Gelenkveränderungen können quasi verhindert werden. Patienten mit rheumatoider Arthritis sind inzwischen ein normal am alltäglichen Privat- und Arbeitsleben teilnehmender Teil der Gesellschaft, der nach außen nicht mehr auffällt.

Der Rheumatologe hat daher das Recht, stolz zu sein und sich, durch

Abb. 1 ▲ Festansprache zum Kongress der Fachgesellschaft 1978

Durch intensive Fortbildung der Ärzteschaft sollte langfristig das Ziel erreicht werden können, eine ausreichende Behandlung der Patienten am Wohnort sicherzustellen. Eine rechtzeitige Erfassung der Erkrankungen und konsequente Dauerbehandlung ist eine Voraussetzung für volle Gesundheit, zumindest aber eine Besserung der Funktionstüchtigkeit mit Verhinderung der vorzeitigen Berentung der Patienten.

Ohne in der Rheumatologie fortgebildete Ärzte ist eine wirksame Rheumabekämpfung in der Bundesrepublik nicht denkbar. Bereits die Einführung einheitlicher Diagnosekriterien ist nur auf der Basis guter ärztlicher Fortbildung möglich. Daß aus dem bei Kranken- und Rentenversicherung vorhandenen Material so wenig differential-diagnostische Informationen zu entnehmen sind, liegt mit daran, daß unterschiedliche Klassifikationen verwendet werden. Daher ist die Einführung einer einheitlichen Klassifikation zur Verschlüsselung der Diagnose anzustreben, um eine Vergleichbarkeit der Daten herzustellen. Nur durch Intensivierung der ärztlichen Fortbildung kann der Erfolg solcher Bemühungen in der Folgezeit gewährleistet werden.

Möglichkeiten der primären Prävention sind bei den Krankheiten des rheumatischen Formenkreises nicht vorhanden, solange die Erkrankungsursachen nicht sicher bekannt sind. Möglichkeiten zur Frühdiagnostik bereits bestehender Krankheiten sind abhängig von der Entwicklung entsprechender Programme, aber auch von geeigneten Einrichtungen zur speziellen Diagnostik und Therapieeinleitung. Es ist zu überlegen, wie weit aus der Einsicht in die Notwendigkeit einer Neuorientierung der Therapie die Einrichtung von Rheumakrankenhäusern und Rheumaabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern in die Krankenhausbedarfsplanung mit einbezogen werden. Die Einrichtung von Rheumaabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern hätte neben dem Effekt einer guten Streuung von Behandlungseinrichtungen in Wohnortnähe sehr wahrscheinlich den Vorteil einer Kostenersparnis, wenn dadurch die Möglichkeit einer Steuerung der ambulanten Behandlung für die in der Umgebung wohnenden Rheumapatienten geschaffen würde. Zum einen sind die für Diagnostik und Behandlung erforderlichen technischen Einrichtungen und das notwendige interdisziplinäre Ärzteteam (Chirurgen, Internisten, Orthopäden) vorhanden, zum anderen ist es denkbar, daß für die Patienten durch leistungsfähige Dauerbetreuung Kuraufenthalte und stationäre Betreuung in geringerem Umfang notwendig werden. Voraussetzung für ein Gelingen solcher Vorstellungen ist allerdings die Sicherstellung einer guten Zusammenarbeit zwischen Rheumaabteilungen und niedergelassenen Ärzten, die die Patienten rechtzeitig in die Spezialabteilungen überweisen und anschließend die Therapie durchführen. Daß im Prinzip eine solche Zusammenarbeit durchführbar ist, zeigen die Ergebnisse der Einrichtung von Vorsorgezentren für Kinder in Baden-Württemberg, die als Anlaufstelle für solche Kinder dienen, bei denen anlässlich der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen von den niedergelassenen Ärzten unklare Befunde erhoben wurden. Nach ausführlicher Diagnostik und Einleitung von therapeutischen Maßnahmen werden sie zur weiteren Behandlung an die Hausärzte zurücküberwiesen. Kompetenzprobleme entstehen hier aus der Einsicht heraus nicht, daß ambulante Krankenhausbehandlung und Weiterbehandlung durch den Hausarzt sich im Sinne einer optimalen Patientenversorgung ergänzen.

Neben der Fortbildung ist eine intensivere Weiterbildung in der Rheumatologie anzustreben. Erfahrungsgemäß sind junge Ärzte besonders dann für eine Zusatzweiterbildung zu gewinnen, wenn damit auch eine Zusatzbezeichnung erlangt werden kann. Unter fachlichen Gesichtspunkten wird das Anliegen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, eine entsprechende Teilgebietsbezeichnung durchzusetzen, von mir unterstützt. Wenn auch eine zu starke Aufgliederung der Facharztbereiche nicht wünschenswert erscheint, ist eine Zusatzbezeichnung der Ärzte, die sich im Teilgebiet der Rheumatologie weitergebildet haben, auch aus Gründen einer Orientierungshilfe für Patienten anzustreben.

Abb. 1 ▲ (Fortsetzung)

die Erfolge bekräftigt, weiter seiner Forschung zu widmen. Warum ist daher dieses Themenheft nötig, kostet Aufmerksamkeit und verdrängt möglicherweise andere wichtige zu veröffentlichende Forschungsergebnisse? Anfragen zur Beteiligung an diesem Heft wurden von einigen potenziellen Autoren als zweitrangig abgewiesen.

» Lassen Sie sich von interessanten, unbequemen, vertrauten und auch verstörenden Sichtweisen beeinflussen

Im Kontrast zu den Leistungen der Rheumatologie hat sich die Erkenntnis zum Thema außerhalb der fachärztlichen Betreuung in den letzten 40 Jahren trotz zwischenzeitlicher Einführung der Facharztbezeichnung nicht wesentlich geändert. Wir müssen weiter eine sehr lange Zeitdauer vom ersten Symptom bis zur Diagnosestellung einer rheumatischen Erkrankung beklagen, die bereits relevante Chancen auf eine Remission verstreichen lässt. Gleichzeitig müssen wir eine nicht flächendeckende universitäre Lehre und Schwächung der Versorgung durch Schließung rheumatologischer Krankenhäuser und Praxen hinnehmen, sowie deutliche Restriktionen bei der epidemiologischen Erforschung der Erkrankungen in der Bevölkerung erfahren, z. B. durch eine nur zweitrangige Berücksichtigung bei der größten deutschen epidemiologischen Untersuchung (Nationale Kohorte).

Die 1978 in den Festansprachen zum Kongress der Fachgesellschaft von Staatssekretär Wolters [1] geäußerte Sicht auf die Rheumatologie ist daher weiter hochaktuell und kann quasi in Gänze auch weiter auf den heutigen Tag übertragen werden (▣ Abb. 1).

Wir müssen als Rheumatologie daher auch die Aspekte der Wahrnehmung von außen in unser Denken und Handeln einbeziehen, um insbesondere die Früherkennung, Selbstwahrnehmung der Patienten und Akzeptanz der Rheumatologie in der Gesellschaft auf unserem Weg mitzunehmen und von dem Fortschritt profitieren zu lassen.

Die Zuständigkeit für das Facharztwesen liegt allein bei den Ländern. In Zusammenarbeit mit den Ländern sollte eine eindeutige Meinungsbildung möglich sein, auf deren Basis mit den Ärztekammern entsprechend verhandelt werden kann.

Voraussetzung einer Behandlungseinleitung der Rheumapatienten zum frühestmöglichen Zeitpunkt ist allerdings eine Veränderung der Einstellung auch der Patienten zu diesem Krankheitsbild. Häufig werden Rheumaerkrankungen mit Altersbeschwerden gleichgesetzt, als Schicksal hingenommen und damit oft genug der günstigste Behandlungstermin versäumt. Da einmal vorhandene Schäden kaum reversibel sind, können dann Heil- und Badekuren nicht mehr den erwarteten Erfolg bringen. Hier kann wieder nur besseres Wissen um optimale Behandlungsmöglichkeiten und entsprechende gesundheitliche Aufklärung den notwendigen Erfolg bringen. Allerdings ist die Entwicklung eines Katalogs allgemeiner und spezieller Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung schwierig, solange die Forschungsbemühungen keine eindeutigen Ergebnisse gebracht haben.

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie hat sich bisher durch ein hohes Maß an Kooperation im nationalen Rahmen und durch intensive wissenschaftliche Kontakte zu anderen Fachgesellschaften in Europa ausgezeichnet. Ich bin der Überzeugung, daß sie auf diese Weise einen wesentlichen Beitrag zu gezielter Forschung und Behandlung mit international anerkanntem Niveau leistet, der langfristig zu einer spürbaren Verbesserung der Lebensbedingungen rheumatischer Erkrankter führen wird.

In diesem Sinne wünsche ich Ihrer Tagung einen erfolgreichen Verlauf.

Abb. 1 ▲ (Fortsetzung)

Hierfür gibt es keine einfachen und schnellen Lösungen, wohl aber Ideen und eine Motivation vieler, auch diese nicht EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab)-, DRG (Diagnosis Related Groups)- oder Impact-Punkt relevanten Probleme anzupacken. Lassen Sie sich von interessanten, unbequemen, vertrauten und auch verstörenden Sichtweisen beeinflussen. Das ist wichtig für die Zukunft der deutschen Rheumatologie.



Dr. O. Sander



Prof. Dr. M. Schneider

Korrespondenzadresse

Dr. O. Sander

Poliklinik und Funktionsbereich für Rheumatologie & Hiller Forschungszentrum Rheumatologie, Universitätsklinikum Düsseldorf

Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf, Deutschland
sander@med.uni-duesseldorf.de

Prof. Dr. M. Schneider

Poliklinik und Funktionsbereich für Rheumatologie & Hiller Forschungszentrum Rheumatologie, Universitätsklinikum Düsseldorf

Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf, Deutschland
schneiderm@med.uni-duesseldorf.de

Interessenkonflikt. O. Sander und M. Schneider geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- (1978) Wolters Rede des Staatssekretärs im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit anlässlich der Eröffnung der Tagung. Verh Dtsch Ges Rheumat 5:8–15

Lesetipp

Aktuelle Buchempfehlungen aus dem Springer-Verlag



GOÄ 2018 Kommentar, IGeL-Abrechnung

Hermanns, P.M.
(Hrsg.)
12. Auflage, XXVI,
910 Seiten,
79,99 Euro

ISBN 978-3-662-56493-6

- Kommentar für Praxis und Klinik
- Mit Auslegungshinweisen der BÄK, IGeL-Hinweisen und Abrechnungsbeispielen
- Amtliche Gebührenordnung, Ausschlüsse, Analoge Bewertungen, Abrechnungstipps
- Mit aktuellen Gerichtsurteilen

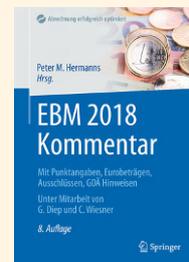


UV-GOÄ 2018 Kommentar

Hermanns, P.M.,
Schwartz, E.
(Hrsg.)
17. Auflage, XXIV,
728 Seiten,
69,99 Euro

ISBN 978-3-662-56482-0

- Zuständigkeit der UV-Träger auf einen Blick
- Alle praxisrelevanten Kommentierungen, inklusive aktuelle Gerichtsurteile
- Mit Abrechnung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- Korrekt, rechtssicher, vollständig



EBM 2018 Kommentar

Hermanns, P.M.
(Hrsg.)
8. Auflage, XXII,
902 Seiten,
79,99 Euro

ISBN 978-3-662-56487-5

- Vollständige Leistungslegenden mit Bewertungen
- Wer darf was wann im EBM abrechnen
- Praktische Abrechnungstipps und -beispiele mit Auslegungshinweisen, Beschlüssen, Richtlinien, Texten, u.a. von KBV und regionalen KVen, G-BA und Sozialgesetzbuch (SGB)