Information über Erkrankungen und Therapien

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

**für die Entwicklung und Zulassung neuer Therapien sind neben dem medizinischen Fachwissen insbesondere die Erfahrungen von Betroffenen zu Therapien von Bedeutung. Dies wird in der gegenwärtigen Rechtsprechung anerkannt. Sie sieht vor, dass die Meinungen der Patientinnen und Patienten in die Bewertung von Therapien einfließen.**

**Aus diesem Grund brauchen wir Ihre Erfahrungen, da Sie die Experten und Expertinnen auf diesem Gebiet sind.**

**Wir bitten Sie deshalb, sich etwas Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen auszufüllen. Sie helfen mit Ihren Erfahrungen, bessere Medikamente für betroffene Menschen zugänglich zu machen.**

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**

**Bitten senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an:**

**Dr. Jürgen Clausen**

**Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.**

**Welschnonnenstraße 7**

**53111 Bonn**

**Oder gerne auch per E-Mail oder Fax an:**

**bv.clausen@rheuma-liga.de**

**Fax: 0228 - 76 60 6- 20**

**1. Allgemeine Daten**

Um Ihre Erfahrungen besser einordnen zu können, benötigen wir einige Hintergrundinformationen zu Ihrer Person.

Die Daten werden streng vertraulich behandelt und nur für diese Befragung verwendet.

**Erkrankung:**

Welche Erkrankung haben Sie?

primäres Sjögren-Syndrom  Sicca-Syndrom

sekundäres Sjögren-Syndrom

**Seit wann haben Sie Symptome Ihrer Erkrankung?**

Bitte geben Sie das Jahr an: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wann haben Sie vom Arzt die Diagnose Ihrer Erkrankung erhalten?**

Bitte geben Sie das Jahr an: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wie alt sind Sie?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahre

**Sie sind …** weiblich  männlich.

**Liegt eine Schwerbehinderung vor?**  Ja  Nein

**Wenn „Ja“, wieviel Prozent?** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.1 Wie äußert sich Ihre Erkrankung / Welche Symptome hatten oder haben sie?

Bindehautentzündungen  Trockene Augen

Fremdkörpergefühl im Auge  Schwellung d. Speicheldrüsen

Mundtrockenheit  Schluckstörungen

trockene Nasenschleimhaut oder Atemwege  trockene Scheidenschleimhaut

Muskelschmerzen  Gelenkschmerzen

Schlafstörungen  Fieber

Lungenerkrankungen  Raynaud-Syndrom

Fatigue / Erschöpfung  Haarausfall

geschwollene ggf. schmerzende Hände und Finger

Hautausschlag oder trockene und / oder juckende Haut (abseits der Schleimhäute)

**2. Begleiterkrankungen**

Haben Sie noch andere Erkrankungen? Bitte kreuzen Sie diese an.

Thrombosen  Osteoporose

Diabetes  Fibromyalgie

Arthrose  Schilddrüsenerkrankungen

Allergien  Gicht / Pseudogicht

Chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen  Depressionen

Lymphdrüsen-Tumor (Lymphom)  Lebererkrankungen

andere Krebserkrankung  Nierenerkrankungen

Entzündung d. Bauchspeicheldrüse  Rheumaknoten

Nervenerkrankungen / Nervenschädigung  Magen-Darm-Erkrankungen

Blutgerinnungsstörungen  Hörprobleme

Herzbeschwerden (inkl. Bluthochdruck)

Lupus  rheumatoide Arthritis

Sklerodermie / systemische Sklerose  Vaskulitis

Mischkollagenose  Multiple Sklerose

Schuppenflechte

Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Erfahrungen der Patienten mit der Erkrankung**

3.1 Wie schätzen Sie momentan die Beeinträchtigung Ihres täglichen Lebens durch Ihre Erkrankung ein?

Große Beeinträchtigung

Mittlere Beeinträchtigung

Kaum Beeinträchtigung

3.2 Beeinträchtigungen durch die Erkrankung

Beeinträchtigt Ihre Erkrankung **direkt** (damit sind **nicht** eventuelle Nebenwirkungen Ihrer Medikamente gemeint) folgende Bereiche Ihres Lebens? Bitte kreuzen Sie diese an.

Schule  Ausbildung  Studium

Berufstätigkeit  Familienleben  Partnerschaft / Sexualleben

Freundschaften  Sportliche Aktivitäten  Tätigkeiten des Alltags

Hobbies / Freizeitaktivitäten allgemein  Haushalt

Kinderwunsch

In welchem dieser Bereiche sind für Sie persönlich die Beeinträchtigungen am größten?

3.3 Berufstätigkeit

Mussten Sie Ihre Berufstätigkeit aufgrund Ihrer Erkrankung aufgeben oder verändern?

Ja, Teilzeitarbeit  Ja, Umschulung / Umorientierung

Ja, Berufsunfähigkeit  Ja, Arbeitslosigkeit

Nein

Nein, bei Beginn der Erkrankung habe ich nicht (mehr) gearbeitet

3.4 Zeiteinteilung des Tages

Ist Ihre Zeitplanung durch Ihre Erkrankung beeinträchtigt? Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.

Nein  Ja, alles dauert länger

Ja, ich bin vielfach auf Hilfe angewiesen und muss dementsprechend warten

Ja, Verabredungen sind schwierig zu planen

Teilnahme am Vereinsleben\* ist erschwert

Ja, abends zu erschöpft, um etwas zu unternehmen.

Ja, deutlich früheres Aufstehen wegen Morgensteifigkeit

Ja, viele Pausen sind nötig

Ja, viele Krankenhausaufenthalte sind notwendig

\* Damit sind nicht nur Sportvereine gemeint

3.5 Weitere Beeinträchtigungen

Gibt es weitere Beeinträchtigungen im Alltag und Ihrer Lebensqualität? Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.

Ja, die Urlaubsplanung ist schwierig (wegen Schüben / Rückfällen)

Ja, die Urlaubsplanung ist schwierig (wegen Lagerung der Medikamente)

Dienstreisen sind schwierig (wegen Schüben / Rückfällen)

Dienstreisen sind schwierig (wegen Lagerung der Medikamente)

Ja, das ungute Gefühl, für andere eine Belastung zu sein

Ja, die Erkrankung löst Zukunftsangst und Sorgen aus

Ja, eine erhöhte finanzielle Belastung, da Hilfsgeräte, Hilfsmittel Behandlungen und

Medikamente zum Teil selbst bezahlt werden müssen.

3.6 Benötigte Hilfsmittel, um eine ausreichende **Mobilität** zu gewährleisten

Benötigen Sie im Alltag eines der folgenden Hilfsmittel?

e-Rollstuhl  Rollstuhl  Rollator

Gehhilfen  persönliche Assistenz

Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

keine

3.7a Zu behandelnde Symptome / Folgen – Teil 1

Was ist Ihnen bei der Behandlung Ihrer Erkrankung besonders wichtig?

Bitte bewerten Sie in Schulnoten (1 = sehr wichtig, 3 = mittel wichtig, 6 = unwichtig / nicht zutreffend).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Note** | | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | |
| Augentrockenheit |  |  |  |  |  |  | |
| Bindehautentzündungen |  |  |  |  |  |  | |
| Fremdkörpergefühl im Auge |  |  |  |  |  |  | |
| Mundgeruch |  |  |  |  |  |  | |
| Schluckstörungen |  |  |  |  |  |  | |
| Infektionen und Entzündungen im Mund / Karies / Parodontose |  |  |  |  |  |  | |
| Speichelsteine |  |  |  |  |  |  | |
| Mundtrockenheit |  |  |  |  |  |  | |
| Geschmacks- und / oder Geruchsstörung) |  |  |  |  |  |  | |
| Heiserkeit |  |  |  |  |  |  | |
| Aphten im Mund |  |  |  |  |  |  | |
| Atemwegsinfekte |  |  |  |  |  |  | |
| Trockener Reizhusten |  |  |  |  |  |  | |
| Zungenbrennen |  |  |  |  |  |  | |
| Längere Gehstrecken ermöglichen |  |  |  |  |  |  | |
| Muskelschmerzen |  |  |  |  |  |  | |
| Gelenkschmerzen |  |  |  |  |  |  | |
| Schmerzen beim Geschlechtsverkehr |  |  |  |  |  |  | |
| Hautveränderungen (Juckreiz, Trockenheit, Ausschlag) |  |  |  |  |  |  | |
| Verbesserung der eigenen Stimmung (z.B. Stress, Gereiztheit) |  |  |  |  |  |  | |
| Depressionen |  |  |  |  |  |  | |
| Nebenwirkungen der Medikamente |  |  |  |  |  |  | |
| Verringerung der Erschöpfung (Fatigue) |  |  |  |  |  |  | |
| Funktionsfähigkeit der Hände |  |  |  |  |  |  | |

**1 2 3 4 5 6**

3.7b Zu behandelnde Symptome / Folgen- Teil 2

Was ist Ihnen bei der Behandlung Ihrer Erkrankung besonders wichtig?

Bitte bewerten Sie in Schulnoten (1 = sehr wichtig, 3 = mittel wichtig, 6 = unwichtig / nicht zutreffend).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Note** | | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | |
| Durchfall |  |  |  |  |  |  | |
| Verstopfung |  |  |  |  |  |  | |
| Sodbrennen |  |  |  |  |  |  | |
| Magenschmerzen |  |  |  |  |  |  | |
| Weniger Fieberanfälle |  |  |  |  |  |  | |
| Verbesserung / Erhaltung der Arbeitsfähigkeit |  |  |  |  |  |  | |
| Raynaud-Syndrom |  |  |  |  |  |  | |
| Verbesserung des Schlafs |  |  |  |  |  |  | |
| Haarausfall |  |  |  |  |  |  | |

**1 2 3 4 5 6**

**4. Erfahrungen der Patienten mit den derzeit verfügbaren Therapien**

4.1 Welche Medikamente haben Sie **BISHER INSGESAMT** zur Behandlung Ihrer rheumatischen Erkrankung eingenommen?

künstliche Tränen- oder Speichelflüssigkeit  Nasengel / Nasenöl

Pilocarpin  Bromhexin  Vaginalcreme

Ibuprofen  Diclofenac  Paracetamol

Acetylsalicylsäure  Naproxen  Celecoxib

Etoricoxib  Meloxicam ☐ Metamizol / Novaminsulfon

Kortison (oder andere Glukokortikoide)

Methotrexat  Mycophenolat-Mofetil  Azathioprin

Cyclophosphamid  Ciclosporin  Tacrolimus

Hydroxychloroquin  Leflunomid

Rituximab  Belimumab  IVIG (intravenöse Immunglobuline)

Abatacept  subkutane Immunoglobuline

Nifedipin  Lercanidipin

Homöopathische Arzneimittel

Pflanzenheilmittel und Naturheilkunde

Andere:

4.2 Welche Medikamente nehmen Sie **DERZEIT** zur Behandlung Ihrer rheumatischen Erkrankung ein (u.U. auch nur während eines Schubs)?

künstliche Tränen- oder Speichelflüssigkeit  Nasengel / Nasenöl

Pilocarpin  Bromhexin  Vaginalcreme

Ibuprofen  Diclofenac  Paracetamol

Acetylsalicylsäure  Naproxen  Celecoxib

Etoricoxib  Meloxicam ☐ Metamizol / Novaminsulfon

Kortison (oder andere Glukokortikoide)

Methotrexat  Mycophenolat-Mofetil  Azathioprin

Cyclophosphamid  Ciclosporin  Tacrolimus

Hydroxychloroquin  Leflunomid

Rituximab  Belimumab  IVIG (intravenöse Immunglobuline)

Abatacept  subkutane Immunoglobuline

Nifedipin  Lercanidipin

Homöopathische Arzneimittel

Pflanzenheilmittel und Naturheilkunde

Andere:

4.3 Wirksame Medikamente

Rückblickend betrachtet: Welches Medikament hat bei Ihnen den **besten Erfolg** erzielt:

künstliche Tränen- oder Speichelflüssigkeit  Nasengel / Nasenöl

Pilocarpin  Bromhexin  Vaginalcreme

Ibuprofen  Diclofenac  Paracetamol

Acetylsalicylsäure  Naproxen  Celecoxib

Etoricoxib  Meloxicam ☐ Metamizol / Novaminsulfon

Kortison (oder andere Glukokortikoide)

Methotrexat  Mycophenolat-Mofetil  Azathioprin

Cyclophosphamid  Ciclosporin  Tacrolimus

Hydroxychloroquin  Leflunomid

Rituximab  Belimumab  IVIG (intravenöse Immunglobuline)

Abatacept  subkutane Immunoglobuline

Nifedipin  Lercanidipin

Homöopathische Arzneimittel

Pflanzenheilmittel und Naturheilkunde

Andere:

4.4 Effektivität der medikamentösen Behandlung

Bitte schätzen Sie ab, um wieviel Prozent sich Ihre Erkrankung durch die **gegenwärtige medikamentöse Behandlung** verbessert hat:

Trotz Therapie hat sich meine Erkrankung verschlechtert

oder

Verbesserung um

0 – 20% - kaum verbessert  21 – 40% - leichte Verbesserung

41 – 60% - mittlere Verbesserung  61 – 80% - deutliche Verbesserung

81 – 90% - sehr starke Verbesserung

91 – 100% - ich merke meine Erkrankung kaum noch

4.5 Nicht-medikamentöse Therapien

Neben einer medikamentösen Therapie, gibt es auch andere Möglichkeiten, Schmerzen der Erkrankung zu vermindern oder Funktionseinschränkungen entgegenzutreten. Bitte kreuzen Sie an, **wenn Sie die unten genannten Aktivitäten ausführen bzw. entsprechende Anwendungen erhalten**. Bitte schätzen Sie grob die Wirksamkeit ein.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Hilft gut** | **Hilft etwas** | **Nutzen ungewiss** |
| Krankengymnastik |  |  |  |
| Ergotherapie |  |  |  |
| Bewegung (Walking, Spazieren gehen) |  |  |  |
| Funktionstraining / Spezielles Training |  |  |  |
| Schwimmen |  |  |  |
| Wassergymnastik / Aquafitness |  |  |  |
| Massagen |  |  |  |
| Psychotherapie |  |  |  |
| Sport im Verein\* |  |  |  |

\* inklusive Yoga, Tai Chi etc.

**5. Nebenwirkungen der Medikamente**

5.1 Haben Sie schon einmal Nebenwirkungen von einem Medikament gehabt?

Nein  Ja, leichte Nebenwirkungen

Ja, schwere Nebenwirkungen

5.2 Mussten Sie schon einmal ein Medikament absetzen?

Nein

Ja, wegen Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen

Ja, wegen Unwirksamkeit von Anfang an

Ja, das Medikament wurde nach einiger Zeit unwirksam

5.3 Handhabung der Medikamente und Tagesplanung

5.3a Beeinträchtigen Ihre Medikamente **durch Nebenwirkungen** folgende Bereiche Ihres Lebens? Bitte kreuzen Sie diese Bereiche an. Kreuzen Sie bitte auch an, in welchen Bereichen die Beeinträchtigungen für Sie am größten sind.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen** | **Besonderes große Beeinträchtigung** |
| Schule |  |  |
| Ausbildung |  |  |
| Studium |  |  |
| Berufstätigkeit |  |  |
| Familienleben |  |  |
| Freundschaften |  |  |
| Hobbies |  |  |
| Tätigkeiten des Alltags |  |  |
| Sportliche Aktivitäten |  |  |
| Verkehrstüchtigkeit |  |  |
| Partnerschaft / Sexualität |  |  |

5.3b Beeinträchtigen Ihre Medikamente durch die **Art der Einnahme** (z.B. Infusion, Spritzen) oder Lagerung (z.B. Kühlung) folgende Bereiche Ihres Lebens? Bitte kreuzen Sie diese Bereiche an. Kreuzen Sie bitte auch an, in welchen Bereichen die Beeinträchtigungen für Sie am größten sind.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Beeinträchtigung durch die Art der Einnahme der Medikamente** | **Besonderes große Beeinträchtigung** |
| Schule | ☐ | ☐ |
| Ausbildung | ☐ | ☐ |
| Studium | ☐ | ☐ |
| Berufstätigkeit | ☐ | ☐ |
| Familienleben | ☐ | ☐ |
| Freundschaften | ☐ | ☐ |
| Hobbies | ☐ | ☐ |
| Tätigkeiten des Alltags | ☐ | ☐ |
| Sportliche Aktivitäten | ☐ | ☐ |

6.1 Bevorzugte Darreichungsformen

Was ist Ihre **bevorzugte** Darreichungsform für Medikamente bei der Behandlung?

|  |  |
| --- | --- |
| **Einnahme über den Mund (oral)** | **Verabreichung als Spritze (Selbstanwendung)** |
| Tablette / Kapsel | Normale Spritze mit aufsteckbarer   Kanüle |
| Saft / Tropfen | Fertigspritze |
|  | Fertigpen / Autoinjektor |
| **Andere:** |  |
| Zäpfchen |  |
| Infusion beim Arzt |  |
| Spritze vom Arzt |  |
| Wirkstoff-Pflaster |  |
|  |  |
| Die Darreichungsform ist mir egal |  |

6.2 Ungewünschte Darreichungsformen

Welche Darreichungsform kommt für Sie **gar nicht** in Frage?

|  |  |
| --- | --- |
| **Einnahme über den Mund (oral)** | **Verabreichung als Spritze (Selbstanwendung)** |
| Tablette / Kapsel | Normale Spritze mit Kanüle |
| Saft / Tropfen | Fertigspritze |
|  | Fertigpen / Autoinjektor |
| **Andere:** |  |
| Zäpfchen |  |
| Infusion beim Arzt |  |
| Spritze vom Arzt |  |
| Wirkstoff-Pflaster |  |
|  |  |
| Die Darreichungsform ist mir egal |  |

6.3 Häufigkeit der Medikamenteneinnahme

Welche Abstände bei der Einnahme von Medikamenten sind für Sie am günstigsten?

Täglich  Alle 2-3 Tage

1 Mal pro Woche  1 Mal alle zwei Wochen

1 Mal pro Monat  1 Mal alle 2 Monate

Größere Abstände als alle 2 Monate

6.4 Selbstständige Anwendung

Sind Sie in der Lage, sich selbstständig eine Spritze zu verabreichen?

Ja, alle Arten von Spritzen

Ja, aber nur Fertigspritzen und Fertigpen (Autoinjektoren)

Ja, aber nur den Fertigpen (Autoinjektor)

Nein, ich kann keine Spritzen bedienen aufgrund von Funktionseinschränkungen

der Hände

Nein, ich habe Angst vor Spritzen

**7. Weitere Erwartungen im Rahmen der Gesamtbehandlung**

7.1 Wie empfinden Sie insgesamt die Betreuung durch Ihren behandelnden Rheumatologen? Bitte bewerten Sie in Schulnoten von 1 – 6; 1 = Sehr gut, 6 = sehr schlecht)

Ich bin nicht bei einem internistischen Rheumatologen in Behandlung

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |

7.2 Dauer der Behandlung

Ist im Allgemeinen die Zeit, die Sie für das Gespräch mit Ihrem internistischen Rheumatologen haben, ausreichend?

Ich bin nicht bei einem internistischen Rheumatologen in Behandlung

Nein, ich wünsche mir eine intensivere Betreuung und mehr Zeit für das Gespräch

Ja, im Allgemeinen ist die Zeit ausreichend

7.3 Anzahl an Rheumatologen

Würden Sie sagen, dass es aus Ihrer Sicht einen Mangel an internistischen Rheumatologen gibt?

Ja  Nein  Weiß ich nicht

7.4 Gespräch mit dem internistischen Rheumatologen

Worüber wünschten Sie sich im Gespräch mit Ihrem internistischen Rheumatologen mehr Informationen? Was sollte sich in der Behandlung ändern?

Ich bin nicht bei einem internistischen Rheumatologen in Behandlung

Allgemeine Beratung über Ihre Erkrankung

Welche Auswahlmöglichkeiten bestehen bei der Wahl der Medikamente

Ist ein Absetzen der Medikamente irgendwann möglich?

Informationen zu Selbsthilfeorganisationen und Patientenorganisationen

Informationen über Naturheilkunde und Komplementärmedizin

Mögliche Nebenwirkungen der vorgeschlagenen Therapie

Hinweis auf Kontrolluntersuchen anderer Fachärzte

Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten

Eigenes Verhalten bei auftretenden Nebenwirkungen – was kann man tun, wie soll

man reagieren? Wie kann man Nebenwirkungen behandeln?

Bezug von Heilmitteln (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Fußpflege)

Bezug von Hilfsmittel (z.B. Bandagen, Einlagen, Gehhilfen)

Bezug von Psychotherapie

Verhalten bei einem Rheuma-Schub / Rezidiv (Rückfall)

Selbstständiger Einsatz von Schmerzmedikamenten (wie oft, welche?)

Einsatz von „Kortison“ (Glukokortikoiden) bei stärkeren Beschwerden?

Erhaltung der Arbeitskraft (z.B. Reha-Maßnahmen)

Fragen zur Berentung

Antragstellung zur Feststellung einer Schwerbehinderung

Schnellere Therapiewechsel bei unwirksamer Behandlung oder Nebenwirkungen

Erreichbarkeit des Arztes bei schweren, akuten Problemem (Notfallnummer)

7.5 Zusammenarbeit mit dem Hausarzt

Wie bewerten Sie den Austausch zwischen Hausarzt und internistischen Rheumatologen? Bitte bewerten Sie in Schulnoten von 1 – 6; 1 = Sehr gut, 6 = sehr schlecht)

Trifft nicht zu, da nicht bei einem internistischen Rheumatologen in Behandlung

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |

7.6 Wartezeiten

Wie lange müssen Sie im Allgemeinen warten, um einen Termin bei Ihrem internistischen Rheumatologen zur Abklärung akuter Beschwerden zu bekommen? Hiermit sind nicht regelmäßige Kontrollen gemeint, die terminlich lange im Voraus festgelegt worden sind.

Ich bin nicht bei einem internistischen Rheumatologen in Behandlung

Weniger als 1 Woche  1 Woche  2 Wochen

3 – 4 Wochen  Mehr als 4 Wochen  Mehr als 8 Wochen

7.7 Ärztenetzwerk

Welche Ärzte sind in die **Behandlung ihrer rheumatischen Erkrankung** eingebunden?

Rheumatologe  Hausarzt  Hautarzt

Orthopäde  Lungenfacharzt  Gynäkologe

Nierenfacharzt  Onkologe  Knochenfacharzt (Osteologe)

Infektiologe  Zahnarzt  HNO-Arzt

Kardiologe  Hämatologe  Gastroenterologe

Hepatologe

Andere:

**Bitten senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an:**

**Dr. Jürgen Clausen**

**Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.**

**Welschnonnenstraße 7**

**53111 Bonn**

**Oder gerne auch per E-Mail oder Fax an:**

**bv.clausen@rheuma-liga.de**

**Fax: 0228 - 76 60 6- 20**