



Deutsche Gesellschaft
für Rheumatologie e.V.

Pressekonferenz

der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)

Termin: Mittwoch, 19. April 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr
Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4
Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardstraße 55, 10117 Berlin

Thema: Rheumatologische Versorgung in Deutschland – das aktuelle Memorandum der DGRh

Themen und Referenten:

Für stärkere rheumatologische Forschung und bessere Versorgung: Forderungen an die Gesundheitspolitik

Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz, Präsident der DGRh, Oberarzt und Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum Heidelberg, medizinisch-wissenschaftlicher Leiter des Acura-Rheumazentrums in Baden-Baden

Rheuma – auch eine Gefahr für das Herz? Aktuelle Erkenntnisse aus der Rheumaforschung und was diese in Deutschland leistet

Professor Dr. med. Matthias Schneider, Generalsekretär der DGRh, Direktor der Poliklinik und des Funktionsbereichs für Rheumatologie am Universitätsklinikum Düsseldorf

Aktuelle Zahlen aus dem Memorandum: Wie sind Menschen mit Rheuma in Deutschland versorgt?

Professor Dr. rer. pol. Angela Zink, Leiterin des Programmbereichs Epidemiologie und Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie, Deutsches Rheuma-Forschungszentrum, Charité Universitätsmedizin, Berlin

Rheumatherapie im Praxis-Alltag: Wovon Patienten wirklich profitieren, was sie von uns Ärzten brauchen

Dr. med. Kirsten Karberg, Vorsitzende des Rheumazentrums Berlin, niedergelassene Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin, Rheumapraxis Steglitz, Berlin

Mein Leben mit Rheuma – Wie erreiche ich gute Lebensqualität, was bedeutet gute ärztliche Behandlung für mich?

Patient

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Sabrina Hartmann/Stephanie Priester
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-649, Fax: 0711 8931-167
hartmann@medizinkommunikation.org
priester@medizinkommunikation.org
www.dgrh.de



Deutsche Gesellschaft
für Rheumatologie e.V.

Pressekonferenz

der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)

Termin: Mittwoch, 19. April 2017, 11 bis 12 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardstraße 55, 10117 Berlin

Thema: Rheumatologische Versorgung in Deutschland – das aktuelle Memorandum der DGRh

Inhalt:

Pressemitteilungen

Redemanuskripte

Lebensläufe der Referenten

Rheuma in Zahlen

Selbstdarstellung DGRh

Bestellformular für Fotos

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter:
hartmann@medizinkommunikation.org*

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Sabrina Hartmann/Stephanie Priester
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-649, Fax: 0711 8931-167
hartmann@medizinkommunikation.org
priester@medizinkommunikation.org
www.dgrh.de

Deutschland fehlen Rheumatologen Versorgungsdefizite gefährden Therapieerfolg bei Rheumapatienten

Berlin, 19. April 2017 – Deutschland benötigt rund doppelt so viele Rheumatologen wie zurzeit tätig, um die Bevölkerung ausreichend gut zu versorgen. Das zeigt das aktuelle Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) zur Versorgung in ihrem Fachbereich. Werden Verdachtsfälle von Rheuma frühzeitig erkannt und konsequent und kontinuierlich behandelt, können die betroffenen Menschen meist ein Leben ohne wesentliche Einschränkungen in Lebensqualität und sozialer Teilhabe führen. Welche Konsequenzen der Mangel an Rheumatologen für die Patienten hat und wie eine optimale rheumatologische Versorgung aussieht, diskutieren Experten im Rahmen der heutigen Pressekonferenz der DGRh in Berlin.

Bereits im Jahr 2008 hat die DGRh in einem Memorandum den Bedarf an rheumatologischer Versorgung in Deutschland definiert. Nun legt die Fachgesellschaft eine Aktualisierung vor, die aufzeigt, dass sich die Versorgungsmöglichkeiten kaum verbessert haben. Deutschland braucht allein in der ambulanten Versorgung fast 600 zusätzliche internistische Rheumatologen.

„Das ist eine untragbare Situation für die Patienten, die ein Anrecht auf eine regelmäßige Versorgung haben“, sagt der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V., Professor Hanns-Martin Lorenz. Dem Anspruch könnten Mediziner in der Realität derzeit nur eingeschränkt gerecht werden. Und auch in der stationären und rehabilitativen Versorgung sei der Bedarf bei Weitem nicht gedeckt: In der akutstationären Versorgung fehlen bis zu 400 Rheumatologen, in der rehabilitativen Versorgung rund 80.

Die Therapie hat sich in den letzten Jahren stark verbessert: „Durch neue Optionen in der Rheumabehandlung haben Menschen mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung mittlerweile gute Chancen, ein weitgehend normales Leben zu führen – ohne wesentliche Einschränkungen in Lebensqualität und sozialer Teilhabe“, sagt Professor Lorenz, der Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum

Heidelberg und medizinisch-wissenschaftlicher Leiter des Acura-Rheumazentrums in Baden-Baden ist. Die Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass diese Erkrankungen frühzeitig erkannt und entsprechend behandelt werden. Die späte Diagnose kostet Zeit und erschwert die Therapie, weil bereits entzündlich-rheumatische Vorgänge im gesamten Körper, an Gelenken und inneren Organen Schaden verursachen können.

„Entscheidend für den Therapieerfolg ist, dass die an der Diagnose und Behandlung beteiligten Ärzte gut vernetzt und in enger Abstimmung arbeiten“, erklärt Professor Angela Zink, Leiterin des Programmbereichs Epidemiologie und Klinik mit dem Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie an der Charité Berlin, Mitverfasserin des Memorandums. So sollen Verdachtsfälle frühzeitig erkannt, Neuerkrankte innerhalb von drei Monaten fachärztlich versorgt und Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen kontinuierlich und zielorientiert behandelt werden. Eine entscheidende Rolle spielen hierbei auch Patientenschulungen. Nur so könne der Arzt gemeinsam mit dem Patienten partizipativ Entscheidungen treffen und die Therapieziele langfristig erreichen, so Zink weiter. Gerade Fächer wie die Rheumatologie bedürften der intensiven persönlichen Zuwendung zum Patienten, die derzeit nur eingeschränkt leistbar sei. Welche Folgen die Unterversorgung für den Patienten mit sich bringt, wie eine optimale Versorgung für diesen aussieht und wie man diese erreichen kann, diskutieren Experten im Rahmen der heutigen Pressekonferenz in Berlin.

Kontakt für Journalisten:

Sabrina Hartmann/Stephanie Priester
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-649/-605, Fax: 0711 8931-167
hartmann@medizinkommunikation.org
priester@medizinkommunikation.org

Rheuma-Patienten in Deutschland benötigen mehr kompetente Versorgung Jede medizinische Fakultät braucht einen Lehrstuhl für Rheumatologie

Berlin, 19. April 2017 – Mehr als 1,5 Millionen Erwachsene in Deutschland leiden an entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Doch mitunter wird Rheuma nicht erkannt und deshalb auch nicht angemessen behandelt. Die Ursache dafür sieht die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) im Medizinstudium, in dem die Rheumatologie in viel zu geringem Umfang vorkommt. Zudem gäbe es zu wenig universitäre Lehrstühle. Für Patienten heißt das: Schmerzen und Folgeschäden, für die Gesundheitskassen hohe Folgekosten. Die DGRh sieht die Lösungen darin, Forschung und Lehre zu stärken. Wie sich die politischen Rahmenbedingungen ändern müssen, um die Versorgung zu verbessern und damit auch das Wohl des Patienten, diskutieren Experten im Rahmen der heutigen Pressekonferenz in Berlin.

Neue Medikamente ermöglichen heute vielen Rheumapatienten ein Leben mit hoher Lebensqualität. Voraussetzung dafür ist aber, dass Ärzte die Erkrankung früh und sicher diagnostizieren. Dem ist nicht so, meint Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz, Präsident der DGRh: Rheumaerkrankungen zeigen zu Beginn oft nur unspezifische Symptome, die auch bei anderen Krankheitsbildern auftreten können. Bereits im Medizinstudium muss die Rheumatologie daher eine größere Rolle spielen. Mehrere Studien zur rheumatologischen Integration in die studentische Ausbildung – die RISA-Studien – zeigen, dass die internistische Rheumatologie hier nur mangelhaft verankert ist.

Studierende haben während ihres gesamten Medizinstudiums nur 14 Vorlesungsstunden in Rheumatologie, sechs rheumatologisch-praktische Übungen und sieben Stunden Übungen am Krankenbett. „Diese Schmalspur-Ausbildung bietet kaum Chancen, Interesse für das Fach zu entwickeln“, kritisiert Professor Lorenz, „zudem haben wir viel zu wenige universitäre Lehrstühle, um

Kontakt für Journalisten:

Sabrina Hartmann/Stephanie Priester
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-649/-605, Fax: 0711 8931-167
hartmann@medizinkommunikation.org; priester@medizinkommunikation.org

rheumatologische Forschung und Lehre voranzutreiben“. So gibt es derzeit nur an sieben Medizinischen Fakultäten C4-/W3-Lehrstühle für Rheumatologie mit einem internistischen Rheumatologen als Direktor. Deshalb fehle es wiederum an jungen Ärzten, die sich rheumatologisch weiterbilden. „Die Folge ist eine zu geringe Anzahl an internistischen Rheumatologen und schlimmstenfalls eine Unterversorgung der Patienten“, sagt Professor Lorenz. Das aktuelle Memorandum der DGRh zur rheumatologischen Versorgung in Deutschland zeigt zudem, dass derzeit mit rund 770 internistischen Rheumatologen nur die Hälfte des Bedarfs an Rheumatologen in Deutschland gedeckt ist.

„Angesichts der Vielfalt und Komplexität rheumatisch-entzündlicher Erkrankungen bleibt der Forschungsbedarf hoch“, sagt Professor Dr. med. Matthias Schneider, Generalsekretär der DGRh. Um der Mangelversorgung entgegenzuwirken, müsse an jedem Universitätsklinikum eine unabhängige internistisch-rheumatologische Einheit aufgebaut werden, so der Direktor der Poliklinik und des Funktionsbereichs für Rheumatologie am Universitätsklinikum Düsseldorf weiter. Die überschaubare wissenschaftliche rheumatologische Gemeinschaft hierzulande ist jedoch sehr aktiv. Aus Deutschland kommt Rheuma-Forschung von internationalem Rang. „Dieses große Potenzial muss erhalten und gestärkt werden“, sagt Professor Schneider. Die Behandlung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen bedingt zudem einen großen Anteil an Medikamentenkosten im deutschen Gesundheitssystem. „Diese Dimension verdeutlicht, dass Kenntnisse in der Rheumatologie und deren Behandlung Teil der medizinischen Ausbildung sein müssen. Nur so ist neben der bestmöglichen Behandlung im Sinne des Patienten auch der effektive Einsatz von Mitteln möglich“, erläutert Prof. Schneider.

Quelle:

<http://dgrh.de/fileadmin/media/AusOrtWeiterbildung/studAusbildung/risaIII-studie.pdf>
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/rheumatische_erkr.pdf?__blob=publicationFile

Kontakt für Journalisten:

Sabrina Hartmann/Stephanie Priester
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-649/-605, Fax: 0711 8931-167
hartmann@medizinkommunikation.org; priester@medizinkommunikation.org

Für stärkere rheumatologische Forschung und bessere Versorgung: Forderungen an die Gesundheitspolitik

Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz, Präsident der DGRh, Oberarzt und Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum Heidelberg, medizinisch-wissenschaftlicher Leiter des Acura-Rheumazentrums in Baden-Baden

1,5 bis 2 Millionen. Erwachsene mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und 20.000 bis 30.000 betroffene Kinder benötigen gut ausgebildete Ärzte, die die Erkrankung früh erkennen und die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Schritte zügig einleiten. Dies ist insbesondere notwendig, als die Erkrankungen oft mit geringen Symptomen und unspezifischen Anzeichen beginnen, jedoch bereits früh durch die chronische Entzündung Schäden an Gelenken, gelegentlich an inneren Organen oder dem Nervensystem, der Muskulatur und der Haut setzen können. Eine frühe Diagnose und eine frühe Therapie sind wichtig, um langfristige Folgeschäden zu vermeiden und damit auch langfristige Folgekosten. Die Behandlung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen bedingt einen großen Anteil an den Medikamentenkosten im Gesundheitssystem, dies hauptsächlich getrieben durch innovative Medikamente wie Biologika oder – demnächst zugelassen – spezifische Signaltransduktionsinhibitoren. Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse in der Rheumatologie und in der Behandlung von rheumatischen Erkrankungen sollten somit sowohl aus epidemiologischer wie auch aus gesundheitsökonomischer Sicht ein unverzichtbarer Bestandteil in der medizinischen Ausbildung sein. Das frühe Erkennen, die frühe Diagnosestellung, das Erkennen von Begleiterkrankungen und von Komplikationen muss den Studentinnen und Studenten und jungen Kollegen während der Ausbildung vermittelt werden. Sie sind notwendige Voraussetzungen für die Behandlung der Patienten und ermöglichen den kosteneffektiven Einsatz der nicht unbegrenzt vorhandenen Ressourcen im Gesundheitssystem.

Die deutsche Rheumatologie hat sich – historisch gesehen – vorwiegend extrauniversitär entwickelt, was die Haupterklärung für die relativ geringe Anzahl von Lehrstühlen an den Medizinischen Fakultäten ist. Die Behandlung der Patienten erfolgte damals in Ermangelung wirksamer medikamentöser Therapien in Rehabilitationseinrichtungen oder großen außeruniversitären Kliniken.

Auf dem Boden dieser historischen Entwicklung ist die Internistische Rheumatologie universitär in Deutschland mangelhaft verankert, wie die RISA-(Rheumatologie-Integration in die studentische Ausbildung) Studien 2002, 2006 und 2016 zeigen. Die Einführung spezifischer entzündungsblockierender Medikamente, wie sie mit größtem Erfolg in der Internistischen Rheumatologie angewendet werden können, öffnet eine komplett neue Perspektive für die betroffenen Patienten mit dem Ziel einer normalen Lebenserwartung und eines Lebens ohne wesentliche Einschränkung der Lebensqualität sowie der

uneingeschränkten sozialen Teilhabe. Es gibt jedoch noch Erkrankungen, die bisher wenig erforscht sind und /oder bei denen bisher keine neuen Behandlungswege entwickelt werden konnten. Es besteht somit weiterhin ein hoher Forschungsbedarf in der Rheumatologie.

Diese Forschung findet an universitären Einrichtungen statt in theoretischen Instituten sowie in Klinik-assozierten Forschungseinheiten. Die Grundlage für eine zielgerichtete und produktive Forschung ist wiederum eine selbständige internistisch-rheumatologische universitäre Einrichtung mit adäquater budgetärer Versorgung, die den Aufbau international anerkannter Forschungseinheiten auf theoretisch-wissenschaftlichem sowie klinisch-wissenschaftlichem Gebiet ermöglicht.

Leider haben diese Innovationen aus der Forschung und in der Therapie trotz der zahlreichen neuen, jedoch bei weitem nicht abgeschlossenen Entwicklungen in der Internistischen Rheumatologie und Klinischen Immunologie keinen merklichen Einfluss auf die Verankerung der Internistischen Rheumatologie an den 37 Medizinischen Fakultäten und in der studentischen Ausbildung im Fachgebiet Rheumatologie bedingt.

Die 2014 in Auftrag gegebene RISA III-Studie belegt, dass nur an sechs Medizinischen Fakultäten C4-/W3-Lehrstühle für Rheumatologie mit einem internistischen Rheumatologen als Direktor der Klinik bestehen, mittlerweile ist ein weiterer Lehrstuhl (Universitätsklinik Lübeck, Frau Professor Riemekasten) hinzugekommen. Nur neun Hochschulen verfügen über eine nicht eigenständige, an eine andere internistische Klinik angebundene, berufene W2-/W3-/C3-Professur für Internistische Rheumatologie ohne Budget- und Personalhoheit. Die Bundesländer Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen verfügen über keine eigenständige rheumatologische Abteilung. Nordrhein-Westfalen mit 1966 Studienplätzen pro Jahr betreibt sieben Medizinische Fakultäten, aber nur eine als äquivalent für einen Lehrstuhl bewertete internistisch-rheumatologische Abteilung (Düsseldorf).

Dies hat zur Folge, dass die Lehrleistung in Internistischer Rheumatologie je Student mehrheitlich mangelhaft ist: Die Anzahl der Vorlesungsstunden je Student liegt im Median bei circa. 14, die Anzahl der Stunden an praktischen Übungen bei ca. sechs, die Anzahl der Unterrichtsstunden am Krankenbett bei sieben Stunden im gesamten Studium.

Im Kontrast dazu handelt es sich bei den rheumatischen Erkrankungen um Krankheiten, die – angesichts der hohen Prävalenz an muskuloskelettalen Symptomen, die gerade eine alternde Gesellschaft mit zunehmender Häufigkeit beklagt – die Charakteristika einer Volkskrankheit erfüllen. Es ist der Expertise des Hausarztes anheimgestellt, die Patienten mit psychosomatisch, degenerativ-arthrotisch oder entzündlich bedingten muskuloskelettalen Symptomen jeweils dem psychosomatisch orientierten Kollegen, dem Orthopäden oder dem internistischen Rheumatologen zuzuweisen, um eine zielgerichtete und effektive Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Angesichts der mangelhaften Vorausbildung und der

geringen Spezifität der Symptome gelingt dies oft nicht. Die adäquate Differenzialdiagnostik ist in der Regel dem internistischen Rheumatologen anheimgestellt.

Dies bedingt sehr lange Wartezeiten für die Patienten bis zum ersten Termin beim internistischen Rheumatologen, da eine viel zu geringe Anzahl Internistischer Rheumatologen in der Krankenversorgung die Mangelversorgung der Patienten zusätzlich verschärft (siehe dazu auch Zahlen aus dem aktuellen Memorandum, Frau Professor Zink). Aufgabe der Politik ist es, die Verankerung der Internistischen Rheumatologie an jeder Medizinischen Fakultät zu fordern und anzustreben, um so die Mangelversorgung der Patienten mit rheumatischen Erkrankungen zu mindern, denn nur durch die Ausbildung und adäquate Weiterbildung der Studentinnen und der Studenten sowie der jungen Kolleginnen und Kollegen können die rheumatischen Erkrankungen frühzeitig erkannt und dem Facharzt spezifischer zugewiesen werden. Nur durch die Zurverfügungstellung ausreichender Weiterbildungsplätze kann der Mangel an internistischen Rheumatologen langfristig behoben werden.

Das Interesse an einem bestimmten Teilgebiet der Medizin beginnt im Studium und kann dann reifen, wenn die jungen Kolleginnen und Kollegen ihre erste Stelle antreten. Das Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie fordert mindestens 1.350 internistische Rheumatologen in der ambulanten Versorgung. Um dies zu erreichen, muss der Nachwuchs sichergestellt werden. Dies wird nur gelingen durch Schaffung von rheumatologischen Lehrstühlen und selbständigen Einheiten an allen Medizinischen Fakultäten, durch den Erhalt und Ausbau der Weiterbildungskapazitäten sowie einer spezifischen Förderung der Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich analog zu der bestehenden bundesweiten Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Darüber hinaus muss eine bedarfsgerechte akutstationäre Versorgung für Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen sichergestellt sein. Dazu müssen rheumatologische Akutkliniken mit nachgewiesener Struktur-, Prozess- und Outcome-Qualität erhalten werden. Eine bedarfsgerechte rheumatologische Rehabilitation muss durch Vorhaltung spezialisierter Einrichtungen gewährleistet sein.

Unsere Forderungen an die Politik sind

1. die Mangelversorgung der Patienten mit internistisch-rheumatologischen Erkrankungen anzuerkennen und die skizzierten notwendigen Schritte zur Behebung dieser Mangelversorgung einzuleiten,
2. darauf zu drängen, dass an jedem Universitätsklinikum eine unabhängige internistisch-rheumatologische Einheit aufgebaut wird mit einer budgetären Versorgung, die der Bedeutung der „Volkskrankheit Rheuma“ sowie dem hohen Forschungs- und Lehrbedarf gerecht wird,
3. sich für den Erhalt rheumatologischer Akutbetten und Rehabilitationseinrichtungen in zertifizierten und qualitativ hochwertigen Kliniken einzusetzen.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Berlin, April 2017

Rheuma – auch eine Gefahr für das Herz? Aktuelle Erkenntnisse aus der Rheumaforschung und was diese in Deutschland leistet

Professor Dr. med. Matthias Schneider, Generalsekretär der DGRh, Direktor der Poliklinik und des Funktionsbereichs für Rheumatologie am Universitätsklinikum Düsseldorf

„An Rheuma leidet man, an Rheuma stirbt man nicht“, sagt der Volksmund. Sieht man sich nackten Zahlen an, so stimmt das nicht. Die standardisierte Mortalitäts-Ratio (SMR) betrug für Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) 1,54 (95 Prozent-CI 1,41–1,67), wie prospektive Kohortenstudien zeigenⁱ. Eine Ursache sind Glukokortikoide, deren Einsatz das Mortalitätsrisiko (HR 1,97, 95 Prozent-CI 1,81–2,15) bei Patienten mit rheumatoider Arthritis erhöhtⁱⁱ. Die häufigste Ursache für ein vorzeitiges Versterben sind dann kardiale Ereignisse (1,24 (95 Prozent-CI 1,05–1,43)ⁱⁱⁱ. Eine aktuelle Metaanalyse belegt, dass RA-Patienten ein RR von 1,69 (1,5-1,9) für einen Herzinfarkt (MI) haben^{iv}. Das Risiko ist bei der RA sogar größer als Patienten mit Psoriasisarthritis und Gicht, deren Wahrscheinlichkeit, einen MI zu erleiden, ebenfalls erhöht ist. Das relative Risiko ist bei jüngeren Arthritis-Patienten erhöht, und zwar auch schon zu Beginn der Erkrankung auf deutliche Weise^v. Eine hohe Entzündlichkeit und aktive Krankheitsphasen steigern das kardiovaskuläre Risiko^{vi,vii}. Eine Angina pectoris als klinisches Warnsignal ist sogar eher seltener als in der Normalbevölkerung^{viii}.

Daten aus verschiedenen Registern belegen im Umkehrschluss, dass die Kontrolle der Krankheitsaktivität der RA ein wesentlicher Faktor zu Verminderung des Mortalitätsrisikos ist: HR_{adj} für TNF-Blocker=0,64 (95 Prozent CI 0,50 - 0,81) im deutschen Rabbit-Register^{ix} und 0,61 (95 Prozent CI 0,41 - 0,89) im britischen Register^x. Daten aus dem schwedischen Register zeigen, dass RA Patienten, die gut auf eine TNF Therapie ansprechen, kein erhöhtes akutes Koronarsyndrom mehr haben im Vergleich zur Normalbevölkerung^{xi}. Zusammenfassend zeigen die Daten, dass die Kontrolle der Entzündung bei RA und anderen rheumatischen Erkrankungen ein wesentlicher Faktor für das Überleben der Patienten ist. Aber das ist nicht alles. Weitere Analysen zeigen, dass bekannte Risikofaktoren für Arteriosklerose wie Rauchen ein vorzeitiges Versterben von RA zusätzlich begünstigen^{ix}. Eine aktuelle Studie aus den Niederlanden zeigt, dass Risikofaktoren wie eine Hypercholesterinämie und ein arterieller Hypertonus in mehr als der Hälfte der Fälle nicht oder nicht ausreichend behandelt werden^{xii}.

Deshalb empfiehlt die DGRh im Rahmen der „Klug entscheiden“-Kampagne der DGIM^{xiii}: Das kardiovaskuläre Risikoprofil von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen soll bestimmt und gegebenenfalls reduziert werden. Ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko ist durch „Lifestyle-“ und gegebenenfalls medikamentöse Intervention zu reduzieren. Die EULAR hat ihre Empfehlungen zum Risikomanagement kardiovaskulärer Erkrankungen bei

entzündlich rheumatischen Erkrankungen gerade aktualisiert und empfiehlt darin zumindest regelmäßig alle fünf Jahre eine Beurteilung durch den Rheumatologen^{xiv}. Neben diesen durch die allgemeine Entzündung und die Medikation verursachten kardiovaskulären Komorbiditäten können rheumatische Erkrankungen auch das Herz betreffen. Die Folge davon sind Herzmuskel- oder Herzbeutelentzündungen, Klappenveränderungen oder sehr selten auch Entzündungen der Koronargefäße. Das DÄB veröffentlicht dazu aktuell eine umfassende Zusammenstellung^{xv}. Diese direkten Beteiligungen des Herzes verschlechtern die Gesamtprognose der „Rheumapatienten“ noch einmal und bedürfen deshalb einer besonderen Beachtung. Zunehmend sensitivere Verfahren erlauben hier ein frühzeitiges Erkennen und eine gezielte Behandlung.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Berlin, April 2017

Die Übersichtsarbeit ist im Deutschen Ärzteblatt erschienen:

<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=187193>

ⁱ van den Hoek J, Boshuizen HC, Roorda LD et al. Mortality in patients with rheumatoid arthritis: a 15-year prospective cohort study. *Rheumatol Int* 2016 Dec 28 doi:10.1007/s00296-016-3638-5.

ⁱⁱ Movahedi M, Costello R, Lunt M et al. Oral glucocorticoid therapy and all-cause and cause-specific mortality in patients with rheumatoid arthritis. A retrospective cohort study. *Eur J Epidemiol* 2016; 31:1045-1055

ⁱⁱⁱ van den Hoek J, Roorda LD, Boshuizen HC et al. Trend in and predictors for cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis over a period of 15 years: a prospective cohort study. *Clin Exp Rheumatol*. 2016 Sep-Oct; 34(5):813-819

^{iv} Schieir O, Tosevski C, Glazier RH, Hogg-Johnson S, Badley EM. Incident myocardial infarction associated with major types of arthritis in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2017 Feb 20. pii: annrheumdis-2016-210275. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-210275. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 28219882

^v Mantel Å, Holmqvist M, Andersson DC, Lund LH, Askling J. Association Between Rheumatoid Arthritis and Risk of Ischemic and Nonischemic Heart Failure. *J Am Coll Cardiol*. 2017 Mar 14;69(10):1275-1285. doi: 10.1016/j.jacc.2016.12.033

^{vi} Meissner Y, Zink A, Kekow J et al. Impact of disease activity and treatment of comorbidities on the risk of myocardial infarction in rheumatoid arthritis. *Arthritis Research & Therapy*. 2016; 18:183

^{vii} Myasoedova E, Chandran A, Ilhan B et al. The role of rheumatoid arthritis (RA) flare and cumulative burden of RA severity in the risk of cardiovascular disease. *Ann Rheum Dis*. 2016; 75:560-565

^{viii} Pujades-Rodriguez M, Duyx B, Thomas SL, Stogiannis D, Rahman A, Smeeth L, et al. (2016) Rheumatoid Arthritis and Incidence of Twelve Initial Presentations of Cardiovascular Disease: A Population Record-Linkage Cohort Study in England. *PLoS ONE* 11(3): e0151245. doi:10.1371/journal.pone.0151245

^{ix} Listing J, Kekow J, Manger B, Burmester GR, Pattloch D, Zink A, Strangfeld A. Mortality in rheumatoid arthritis: the impact of disease activity, treatment with glucocorticoids, TNF α inhibitors and rituximab. *Ann Rheum Dis*. 2015 Feb;74(2):415-21. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204021. PubMed PMID: 24291654

^x Low AS, Symmons DP, Lunt M, Mercer LK, Gale CP, Watson KD, Dixon WG, Hyrich KL; British Society for Rheumatology Biologics Register for Rheumatoid Arthritis (BSRBR-RA) and the BSRBR Control Centre Consortium. Relationship between exposure to tumour necrosis factor inhibitor therapy and incidence and severity of myocardial infarction in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2016 Apr;76(4):654-660. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209784

^{xi} Ljung L, Rantapää-Dahlqvist S, Jacobsson LTH et al. Response to biological treatment and subsequent risk of coronary events in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2016; 75:2087-2094

^{xii} van Breukelen-van der Stoep DF, van Zeben D, Klop B et al. Marked underdiagnosis and undertreatment of hypertension and hypercholesterolemia in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2016 Jul;55(7):1210-6. doi: 10.1093/rheumatology/kew039

^{xiii} Klug entscheiden in der Rheumatologie. *DÄB* 2016, 113: A1-4

^{xiv} Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis*. 2017; 76:17-28.

^{xv} Braun J, Krüger K, Manger B et al. Herzbeteiligung bei Patienten mit Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises. *Dtsch Arztebl* 2017; 114(12)

Aktuelle Zahlen aus dem Memorandum: Wie sind Menschen mit Rheuma in Deutschland versorgt?

Professor Dr. rer. pol. Angela Zink, Leiterin des Programmbereichs Epidemiologie und Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie, Deutsches Rheuma-Forschungszentrum, Charité Universitätsmedizin, Berlin

Im Auftrag des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie hat die interdisziplinär zusammengesetzte Kommission Versorgungsqualität eine Aktualisierung des zuletzt 2008 erschienenen Memorandums zur rheumatologischen Versorgung vorgenommen. Schwerpunkt war die Ermittlung des Bedarfs an internistischen Rheumatologen in der ambulanten, akutstationären und rehabilitativen Versorgung. Aufgrund der Zahlen Betroffener, dem durchschnittlich anzunehmenden Versorgungsbedarf und den durch einen Arzt leistbaren Jahresarbeitsstunden hat die Kommission den Mindestbedarf an internistischen Rheumatologen in der ambulanten Versorgung errechnet. Auf Basis anerkannter Qualitätsstandards wurde ermittelt, wie viele Betten beziehungsweise Plätze und wie viele dort tätige Rheumatologen in der akutstationären und rehabilitativen Versorgung erforderlich sind.

Wir rechnen in Deutschland mit etwa 1,5 Millionen. Betroffenen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen [1]. Diese chronischen und potentiell gefährlichen internistischen Erkrankungen können neben den Bewegungsorganen auch innere Organe befallen. Aufgrund seiner spezialisierten Ausbildung ist der internistische Rheumatologe der primäre Ansprechpartner für die komplexen Krankheitsbilder und sollte für jeden Patienten erreichbar sein. Etwa 17 Mio. Menschen in Deutschland leiden an nicht-entzündlichen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems [1]. Diese Personen brauchen nur in Ausnahmefällen den internistischen Rheumatologen, der Hauptteil der Versorgung erfolgt bei Orthopäden und Hausärzten. In sehr schweren und komplizierten Fällen muss es aber möglich sein, einen internistischen Rheumatologen hinzuzuziehen. Die Kommission ging davon aus, dass dies bei etwa zehn Prozent der Betroffenen einmal pro Jahr der Fall ist. Aufgrund von Berechnungen zum Versorgungsbedarf und zu den durch einen Rheumatologen leistbaren Arbeitsstunden pro Jahr kam die Kommission zu dem Ergebnis, dass der Mindestbedarf in der ambulanten Versorgung zwei internistische Rheumatologen beträgt. Dies entspricht 1.350 in Vollzeit ambulant tätigen internistischen Rheumatologen in Deutschland. Gegenüber der aktuellen Zahl von 776 internistischen Rheumatologen ergibt sich ein Defizit von 574 Rheumatologen.

Die Folgen des Defizits an internistischen Rheumatologen in der ambulanten Versorgung zeigen sich in langen Wartezeiten, einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von fast einem Jahr beim Erstkontakt mit einem Rheumatologen und einer immer noch nicht flächendeckenden Erreichung der Betroffenen. So werden zum Beispiel nur etwa zwei Drittel der von einer rheumatoiden Arthritis Betroffenen durch einen internistischen Rheumatologen mitbetreut [2].

Für die akutstationäre Versorgung werden spezialisierte Akutkliniken und -abteilungen gebraucht, die eine hohe Behandlungsqualität der komplexen Krankheitsbilder sicherstellen können. Um die bis zu einem Drittel betragende Fehlbelegung in nicht rheumatologisch spezialisierten Betten abzubauen, sollten bis zu 4.000 Betten (50 je 1 Mio. Einwohner) vorgehalten werden. Je 30 Betten sollten mindestens zwei hauptamtlich stationär tätige internistische Rheumatologen und drei weitere ärztliche Mitarbeiter zur Verfügung stehen. Im Bereich der Rehabilitation der Renten- und Krankenversicherung besteht ein Bedarf an 40.000 Maßnahmen pro Jahr mit 3.200 Betten beziehungsweise ganztags ambulanten Plätzen. Vor allem im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung wird von einem deutlichen Defizit an Maßnahmen ausgegangen. Die Kommission geht davon aus, dass der Mehrbedarf im Bereich der Kranken- und Rentenversicherung insgesamt 1.400 Betten beziehungsweise ambulante Plätze beträgt.

Insgesamt kommt die Kommission zu dem Schluss, dass es ein erhebliches Defizit an rheumatologischer Versorgungskapazität gibt. Dies betrifft vorrangig den ambulanten, teilweise aber auch den akutstationären und rehabilitativen Bereich.

1. Zink A, Albrecht K. Wie häufig sind muskuloskeletale Erkrankungen in Deutschland? *Z Rheumatol* 2016;75(4):346-353.
2. Zink A. Versorgungsforschung in der Rheumatologie. *Z Rheumatol* 2014;73(2): 115-122.

(Es gilt das gesprochene Wort)
Berlin, April 2017

Rheumatherapie im Praxis-Alltag: Wovon Patienten wirklich profitieren, was sie von uns Ärzten brauchen

Dr. med. Kirsten Karberg, Vorsitzende des Rheumazentrums Berlin, niedergelassene Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin, Rheumapraxis Steglitz, Berlin

Patienten wünschen sich einen schnellen Zugang zur Versorgung.

Das trifft sowohl auf die Patienten mit neu aufgetretenen Symptomen zur Erstvorstellung zu als auch auf Patienten, die bereits erkrankt sind und zum Beispiel eine Verschlechterung der Beschwerden haben oder einen entzündlichen Schub der Erkrankung.

Darüber hinaus wollen die Patienten genügend Zeit mit dem Arzt haben.

Sie sind in aller Regel chronisch krank und benötigen am Anfang eine intensive Aufklärung über ihre Erkrankung, die Therapiemaßnahmen, die Auswirkung auf ihr Leben und die Prognose hinsichtlich Arbeit und Familie.

Wie in dem Memorandum dargestellt sehen wir als Ärzte die unbedingte Notwendigkeit, die meisten entzündlichen Erkrankungen frühzeitig zu diagnostizieren, um zügig die immunsuppressive Therapie einzuleiten. Im weiteren Verlauf ist es für die gesamte Prognose der Erkrankungen von großer Bedeutung, dass die Therapie immer wieder der Krankheitsaktivität angepasst wird (Treat-to-Target-Prinzip) um eine anhaltende Remission der Erkrankungen zu erreichen und zu erhalten.

Des Weiteren haben sich die Erwartungen der Patienten gewandelt. Sie wollen nach intensiver Aufklärung über Erkrankung und Therapie mitentscheiden (Gesundheitsmonitor 2012). Auch ist deutlich geworden, dass die Adhärenz der Therapie nur dann erreicht werden kann und damit auch eine langfristig erfolgreiche Behandlung, wenn der Patient die Entscheidung versteht und mitträgt.

Aus diesem Grund haben wir den Anspruch, eine partizipative Entscheidungsfindung mit dem Patienten umzusetzen. Auch dieser Ansatz benötigt viel Zeit in der Sprechstunde.

Die Konzepte (Früherkennung, Treat-to-Target, partizipative Entscheidungsfindung) sind sehr gut entwickelt und wissenschaftlich gestützt. Wie aber kommen diese im Praxisalltag an?

Viele Kollegen bieten Früherkennungssprechstunden an, haben geschultes Praxispersonal (rheumatologische Fachassistenz) und versuchen, Routinemaßnahmen zu delegieren und Patienten zu schulen.

Dennoch stoßen wir täglich an unsere Grenzen der Machbarkeit.

Der Anspruch auf einen ersten Vorstellungstermin binnen 14 Tagen ist nicht zu realisieren, Akutvorstellungen im Schub führen im geplanten Praxisablauf täglich zu Wartezeiten. Wir haben täglich zehn bis 15 Neunmeldungen für einen ersten Termin.

Durch sehr strukturierte Praxisabläufe ist es in den letzten Jahren gelungen, die Fallzahl pro Praxis kontinuierlich zu steigern.

Im 2. Quartal 2011 wurden 863 Fälle pro Fachgruppendurchschnitt internistische Rheumatologen versorgt, im 2. Quartal 2012 874 Fälle, im 2. Quartal 2013 864 Fälle, im 2. Quartal 2014 952 Fälle und im 2. Quartal 2016 1 022 Fälle. (Diese Zahlen beziehen sich auf internistische Rheumatologen in Berlin.)

Dies zeigt eindrücklich die Anstrengung der Kollegen, durch mehr Arbeit den Bedarf zu erfüllen, dennoch gelingt dies nur begrenzt. Wie oben dargestellt ist eine weitere Steigerung bei den umfänglichen Anforderungen in der Versorgung der Patienten nicht mit gleicher Qualität realisierbar.

In Berlin hat sich in den vergangenen zehn Jahren die Zahl der tätigen Rheumatologen deutlich gebessert, wir sind jetzt 32 Kollegen mit 18 fachärztlichen und 14 hausärztlichen Zulassungen. Dies entspricht in etwa einem Rheumatologen auf 100.000 Einwohner.

In Berlin haben wir die komfortable Situation, dass durch die Universitätsmedizin der Charite und zwei Rheumakliniken immer wieder neue Rheumatologen ausgebildet werden.

Das Problem für die neuen Kollegen hier ist, eine internistisch fachärztliche Zulassung zu bekommen. Aus wirtschaftlichen Gründen können sie in aller Regel keinen fachärztlich internistischen Sitz käuflich erwerben, da das zu erwartende Honorar der rheumatologischen Fachärzte in Berlin die derzeitigen Preise eines internistischen Sitzes nicht finanziert. Aus diesem Grund blieb in der Vergangenheit nur der Umweg in die hausärztlich Zulassung (für die hausärztliche Versorgung nicht wünschenswert). Da das Budget der rheumatologischen Facharztgruppe in Berlin auf einem Niveau von 12 Fachärzten eingefroren ist und jede weitere Sonderbedarfszulassung zu einer Teilung unter den schon vorhandenen Kollegen führt, wird mit jedem neuen Sonderbedarf das Budget für den Einzelnen geringer und wirtschaftlich schwieriger.

Leider gab es in der Vergangenheit keine zielführenden Konzepte von Seiten der KV Berlin, um hier die kleine Fachgruppe der Rheumatologen zu unterstützen.

Dies ist in den anderen Bundesländern regional durchaus verschieden gelöst worden. So hat Hamburg Sonderbedarfszulassungen durch eine Änderung der fachärztlichen Budgets für die internistischen Rheumatologen genehmigt und damit die beste Versorgungssituation in der Bundesrepublik erreicht. In der KV Bayern wurde eine Budgeterweiterung zur Finanzierung von Sonderbedarfszulassungen umgesetzt.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Berlin, April 2017

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz
Präsident der DGRh, Oberarzt und Leiter der Sektion Rheumatologie
am Universitätsklinikum Heidelberg, medizinisch-wissenschaftlicher
Leiter des Acura-Rheumazentrums in Baden-Baden



*1962

Studium und Examina:

1981–1983	vorklinisches Studium an der Universität Regensburg
1983	Physikum
1983–1988	klinisches Studium an der Universität Heidelberg
1988	3. Staatsexamen und Approbation
1987–1988	Praktisches Jahr am Diakoniekrankenhaus Schwäbisch Hall
04/1988	Promotion mit der Arbeit: "Beeinflussung von Herzrhythmus und Herzfrequenz durch Atropin bei herzgesunden Patienten unter Isoflurannarkose" (magna cum laude)

Berufliche Tätigkeit:

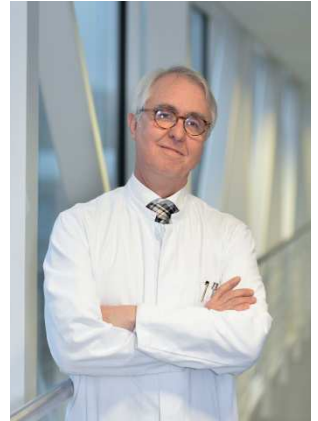
1988–1989	Zivildienst im klinischen Dienst an der Ludwigs-Maximilian-Universität München, Klinikum Großhadern (Kardiologie, Professor Dr. Riecker) und der Universität Erlangen-Nürnberg (Medizinische Klinik III - Hämatologie, Rheumatologie und klinische Immunologie, Professor Dr. J.R. Kalden).
12/1989–02/1990	Mitarbeit in der kardiologisch-internistischen Praxis, Dr. Bernard Lorenz, Regensburg.
03/1990–10/1990	Anstellung an der Universität Erlangen-Nürnberg. Medizinische Klinik III (Hämatologie, Rheumatologie und klinische Immunologie, Prof. Dr. J.R. Kalden).
1991–1992	DFG-Stipendiat an der University of Alabama in Birmingham, USA, Abteilung für Rheumatologie und klinische Immunologie, Labor von Prof. Dr. Kenneth J. Hardy
Bis 06/1993	Anstellung an der University of Alabama in Birmingham, USA, Abteilung für Rheumatologie und klinische Immunologie, Labor von Professor Dr. Kenneth J. Hardy

1993–2003	Anstellung an der Universität Erlangen-Nürnberg, Medizinische Klinik III (Hämatologie, Rheumatologie und klinische Immunologie, Prof. Dr. J.R. Kalden)
12/1997	Facharztanerkennung als Internist
07/1998	Erteilung der Lehrbefähigung (Habilitation) mit der Habilitationsschrift "Untersuchungen über physiologische immunsuppressive Mechanismen am Beispiel der Signaltransduktion durch CD45 und der Regulation des programmierten Zelltodes"
12/1998	Erteilung der Lehrbefugnis mit Ernennung zum Privatdozenten
12/1998	Anerkennung der Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie
01/1999	Ernennung zum Oberarzt der Medizinischen Klinik III
Seit 01/2004	Ernennung zum Leiter der Sektion Rheumatologie an der Med. Klinik V der Universität Heidelberg (W3-Professur) in Verbindung mit der medizinisch-wissenschaftlichen Leitung des ACURA-Rheumazentrums Baden-Baden
03/2006	Zertifizierung als „Fachimmunologe“ der Deutschen Gesellschaft für Immunologie“.
2006–2013	geschäftsführender Oberarzt der Medizinischen Klinik V des Universitätsklinikum Heidelberg
09/2013	Kongresspräsident der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie
2012–2016	Mitglied des Fachkollegiums der Deutschen Forschungsgemeinschaft
Seit 2008	Mitglied des Beirats der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie DGRh
Seit 2015	Vorstandsmitglied der DGRh, 2015 bis 2016 und 2019 bis 2020 als Vizepräsident, 2017 bis 2018 als Präsident

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Matthias Schneider
Generalsekretär der DGRh, Direktor der Poliklinik und des
Funktionsbereichs für Rheumatologie am Universitätsklinikum Düsseldorf

*1954



Studium und Examina:

1974 Studium der Humanmedizin
1979–1980 Westfälische-Wilhelms-Universität Münster, Approbation

Berufliche Tätigkeit:

1982–1994 Klinik für Gastroenterologie, Endokrinologie, Rheumatologie und
 Infektionskrankheiten, Westfälische-Wilhelms-Universität Münster

1994 Professor für Innere Medizin und Rheumatologie (in der Klinik für
 Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie), Heinrich-Heine-
 Universität Düsseldorf

Seit 08/2012 Direktor der Poliklinik und des Funktionsbereiches Rheumatologie,
 UKD, HHUD

Seit 01/2015 Direktor des Hiller Forschungszentrum Rheumatologie
 Arzt für Innere Medizin
 Zusatzbezeichnungen: Rheumatologie, Physikalische Therapie &
 Balneologie sowie Endokrinologie

1988–2012 beratender Arzt und Vorstandsmitglied der Lupus Erythematoses
 Selbsthilfegemeinschaft e.V.

Seit 1994 Beratender Arzt und Mitglied des Vorstands der European Lupus
 Erythematosus Federation/Lupus Europe

Seit 2005 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie

Seit 2006 Kuratoriumsvorsitzender der Lupus-Stiftung

Seit 2006 Studiendekan Klinik der Medizinischen Fakultät
 Coach für Contextuelles Coaching

04/2013 Präsident der DGRh

2017 Generalsekretär der DGRh

*Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Mittwoch, 19. April, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

Mitgliedschaft:

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie
American College of Rheumatology
Deutsche Rheuma-Liga

Curriculum Vitae

Professor Dr. rer. pol. Angela Zink
Leiterin des Programmbereichs Epidemiologie und
Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie,
Deutsches Rheuma-Forschungszentrum, Charité Universitätsmedizin,
Berlin



Studium und Examina:

1972–1977 Studium der Soziologie, Psychologie und Volkswirtschaft
1984 Promotion in medizinischer Soziologie an der Freien Universität Berlin
1998 Habilitation für Epidemiologie an der Humboldt-Universität zu Berlin

Berufliche Tätigkeit:

1977–1985 Forschung und Lehre in Epidemiologie und Medizinsoziologie am
Bundesgesundheitsamt und der Freien Universität Berlin
1985–1991 Leiterin des Fachgebiets Epidemiologie der GSD Gesellschaft für
Systemforschung im Gesundheitswesen, Berlin
Seit 1991 Leiterin des Fachgebiets Epidemiologie der GSD Gesellschaft für
Systemforschung im Gesundheitswesen, Berlin
Seit 1996 stellvertretende Institutsdirektorin des DRFZ
Seit 2003 Professur für Rheuma-Epidemiologie an der Charité – Universitäts-
medizin Berlin, Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie

Forschungsschwerpunkte:

Versorgungsforschung in der Rheumatologie, Prognosestudien,
Langzeitbeobachtung der Sicherheit und Wirksamkeit innovativer
Therapien im Rahmen großer Register-Studien, Forscher-initiierte
randomisierte, doppelblinde klinische Studien

Forschungsschwerpunkte:

rund 160 PubMed gelistete Publikationen

Curriculum Vitae

Dr. med. Kirsten Karberg
Vorsitzende des Rheumazentrums Berlin,
niedergelassene Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin,
Rheumapraxis Steglitz, Berlin



Studium und Examina:

Humanmedizin an der Freien Universität Berlin

Dissertation:

Veränderung des Knochens bei Spondylitis ankylosans. Eine detaillierte Analyse von Knochendichte und Knochenneubildung bei Patienten in verschiedenen Krankheitsstadien

Berufliche Tätigkeit:

Assistenzärztin in der kardiologischen Abteilung des Sankt Gertrauden-Krankenhauses, Leiter Priv. Doz. Dr. med. Ramdohr

1993 Erlangung der Facharztanerkennung für Innere Medizin
Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ) in Berlin, Leiterin Frau Professor A, Zink
Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Universitätsklinikum Benjamin Franklin FU Berlin, tätig in der Rheumaambulanz der Medizinischen Poliklinik des Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Leiter Professor Dr. med. J. Sieper

2001 Erlangung der Teilgebietsbezeichnung für Rheumatologie

2003 Niederlassung in eigener Praxis in Berlin Steglitz

2016 Vorstand BDRH Bundesebene, seit zehn Jahren Vorstand Landesebene BDRH

Stand: April 2017

Muskuloskelettale Erkrankungen sind die wichtigste Ursache von anhaltenden Schmerzzuständen und Funktionseinschränkungen.

- Etwa **ein Viertel aller Deutschen** leidet an Funktionseinschränkungen der Bewegungsorgane^{1,2}.
- Etwa **10 Millionen** Betroffene haben klinisch manifeste, behandlungsbedürftige chronische Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.
- Knapp **sieben Millionen** Menschen haben schwere chronische Rückenschmerzen
- Etwa **fünf Millionen** symptomatische Arthrosen.
- **1,5 Millionen** Menschen – zwei Prozent der erwachsenen Bevölkerung¹ leiden unter entzündlich-rheumatischen Erkrankungen.
- Hinzu kommen etwa **20.000** rheumakranke Kinder³.

Das Lebenszeit-Risiko für eine entzündlich-rheumatische Erkrankung wird nach amerikanischen Daten auf rund 8% für Frauen und 5% für Männer geschätzt⁴.

Die nachfolgend angegebenen Zahlen von Betroffenen in Deutschland beziehen sich (mit Ausnahme der JIA) auf die erwachsene Bevölkerung zum Stichtag 31.12.2014.

Die Zahlen im Einzelnen:

1. Rheumatoide Arthritis („entzündliches Gelenkrheuma“)

- Häufigkeit: ca. 0,8% (0,3-1%) der erwachsenen Bevölkerung = ca. 550 000 Betroffene^{2, 5, 6, 7, 8, 9}
Neuerkrankungen ca. 20 - 40 je 100.000 Personen pro Jahr²
- Häufigkeit erhöht bei: höherem Alter, weiblichem Geschlecht (Frauen dreimal häufiger als Männer), bestimmten genetischen Markern, Rauchen, Übergewicht^{7, 8}
- Krankheitsbeginn: häufig zwischen 50 und 70 Jahren⁷

2. Spondyloarthritiden, SpA (entzündl. Erkrankung der Wirbelsäule und der peripheren Gelenke)

- Häufigkeit: Ankylosierende Spondylitis (früher Morbus Bechterew): 0,1 bis 1,4% der erwachsenen Bevölkerung, abhängig von der Häufigkeit von HLA-B27 in der Bevölkerung^{5,10}. Im Mittel ca. 0,5¹¹ = 340.000 Betroffene
Undifferenzierte und sonstige Spondylarthritiden 0,2-0,5%¹ = 136.000-340.000 Betroffene
Schätzung alle axialen Spondyloarthritiden: 0,8% = 550.000 Betroffene⁵
- Häufigkeit erhöht bei: männlichem Geschlecht, familiärer Häufung¹²
- Krankheitsbeginn: meist zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr¹²

3. Psoriasis-Arthritis

- Häufigkeit: 0,05-0,3%, im Mittel 0,2%^{5,11,13} = 140.000 Betroffene
Neuerkrankungen an Psoriasisarthritis ca. 6/100.000 pro Jahr¹⁴
- Häufigkeit erhöht bei: Bestehen einer Schuppenflechte der Haut: Knapp 10% der Personen mit Psoriasis erkranken zusätzlich an einer Psoriasis-Arthritis¹⁴

4. Kollagenosen und Vaskulitiden (entzündliche Erkrankung des Bindegewebes oder Blutgefäße)

Hierzu gehören u.a:

4.1 Systemischer Lupus Erythematoses (SLE)

- Häufigkeit: 25-68/100.000 in der europäischen Bevölkerung, im Mittel etwa 30/100.000¹⁵
Neuerkrankungen in Nordeuropa: 3-5/100.000 pro Jahr^{15, 16}
- Häufigkeit erhöht bei weiblichem Geschlecht, rauchen⁷. Frauen sind rund zehnmal häufiger betroffen als Männer^{7,15}

4.2 Polymyalgia rheumatica und Riesenzellerarteriitis

- Häufigkeit: im Alter ab 50 Jahren etwa 60/100.000¹⁵
Neuerkrankungen: ca. 13-50/100.000 in Europa¹⁷
- Häufigkeit erhöht bei: Frauen (70/100.000) gegenüber Männern (45/100.000)¹⁵

4.3 Systemische Sklerodermie

- Häufigkeit: 12 bis 30 / 100.000 Erwachsene^{7, 16, 18} = bis zu 20.000 Betroffene
Neuerkrankungen p.a. ca. 2 je 100.000^{7,16, 18}
- Häufigkeit erhöht bei: Frauen (Relation Frauen : Männer 4-6:1)¹⁶

4.4 Vaskulitiden

Vaskulitiden sind entzündliche Gefäßerkrankungen, die etwa 15-20 unterschiedliche Krankheitsbilder umfassen¹⁷. Man unterscheidet sie danach, ob sie große, mittlere oder kleine Gefäße betreffen. Sie können entweder primär oder als Folge anderer entzündlich-rheumatischer Krankheiten auftreten. Die einzelnen Krankheitsbilder sind selten, so beträgt z.B. die Häufigkeit der Granulomatosis mit Polyangiitis (früher Wegener's Granulomatose) 2,4-15,7/100.000 Erwachsene¹⁹

Häufigkeit erhöht bei: Frauen (ca. zweimal häufiger als bei Männern)¹

Gesamtgruppe der Kollagenosen und Vaskulitiden:

- Häufigkeit: ca. 0,2-0,3% der erwachsenen Bevölkerung = 136.000 - 210.000 Betroffene^{1,5}

5. Juvenile idiopathische Arthritis (entzündlich-rheumatische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter)

- Häufigkeit: 0,1% der unter 18-jährigen = 13.000^{3, 20}
10/100.000 Neuerkrankungen (unter 16jährige) p.a. = ca. 1.200
- Häufigkeit erhöht bei: bestimmten immungenetischen Faktoren

6. Arthrosen

Arthrosen sind die häufigsten chronischen Gelenkerkrankungen und gehören zu den wichtigsten Ursachen von körperlicher Behinderung bei Älteren. Man kann Arthrosen aufgrund von Röntgenbefunden, klinischen Symptomen oder beidem definieren. Dementsprechend schwanken auch die Angaben zur Häufigkeit erheblich. Neben degenerativen sind vor allem entzündliche Prozesse (auch als Aktivierung bezeichnet) für die Schmerzen, Gelenkzerstörung und andere Krankheitsfolgen von Bedeutung

Häufigkeit:

Die Häufigkeit selbst berichteter Arthrose mit Beschwerden innerhalb der letzten 12 Monate betrug 2010 in Deutschland bei Frauen etwa 24%, bei Männern etwa 14%²¹

Ab dem 60. Lebensjahr sind gut die Hälfte der Frauen und ein Drittel der Männer betroffen²².

Häufigkeit von röntgenologisch gesicherter, klinisch symptomatischer Arthrose:

Hüftgelenke: ca. 4% in der Altersgruppe ab 55, Kniegelenke: ca. 7% in der Altersgruppe ab 55, Hände/nicht spezifiziert: ca. 2% über alle Altersgruppen²

Häufigkeit erhöht bei Frauen, höherem Alter, Übergewicht⁷

Krankheitsbeginn oftmals um das 50. bis 60. Lebensjahr, Inzidenz danach stark ansteigend

Nach der Global Burden of Disease Study²³ beträgt in der europäischen Bevölkerung ab 60 Jahren die Häufigkeit der Hüftarthrosen bei Männern 5-10%, bei Frauen 5-15%, diejenige der Kniearthrosen bei Männern 10%, bei Frauen 15%. Dies wären in Deutschland bei 22 Mio. Personen ab 60 Jahren und einer Annahme von jeweils 10% für Hüft- und Kniearthrosen jeweils 2,2 Mio. Betroffene im Alter ab 60 Jahren.

In derselben Studie wurde weltweit eine Häufigkeit der symptomatischen, radiologisch gesicherten Kniearthrose im Jahr 2010 bei Frauen von 4,8%, bei Männern von 2,8% festgestellt. Bei der Hüftarthrose waren es 1% bei Frauen und 0,7% bei Männern²³. Dies entspräche etwa 4 Mio. Betroffenen in Deutschland, wobei hier nicht berücksichtigt ist, dass Knie- und Hüftarthrosen bei denselben Personen vorkommen können (dies verringert die Zahlen) und dass Arthrosen anderer Lokalisationen (v.a. der Hände) nicht berechnet wurden (dies erhöht die Zahlen). Die angenommenen 5 Mio. Betroffenen in Deutschland sind daher eine "informierte Schätzung"¹⁵.

7. Kristallarthropathien

Kristallarthropathien sind akute / chronische Krankheiten mit Ablagerung von Kristallen infolge von Stoffwechselerkrankungen; die Kristallablagerungen verursachen lokale Entzündungen und andere Störungen mit schmerzhaften Schwellungen und Funktionseinschränkungen

Häufigkeit: Gicht etwa 1,4%^{24, 25}, ca. 950.000 Betroffene in Deutschland⁵
Chondrokalzinose etwa 8% der >60-Jährigen¹

Häufigkeit erhöht: Gicht: bei Männern bzw. Östrogenmangel, weitere Risikofaktoren: Alkoholkonsum, purinreiche Ernährung, metabolisches Syndrom⁷
Chondrokalzinose: bei Frauen und familiärer Häufung¹

8. Osteoporose

Systemische Skeletterkrankung, bei der es durch eine kritische Verminderung der Knochenmasse und Störung der knöchernen Mikroarchitektur zu einer verminderten Bruchfestigkeit des Knochens und damit zu einem erhöhten Frakturrisiko kommt

Häufigkeit: Deutsche Zahlen: 24% bei Frauen, 6% bei Männern über 50 Jahre = 6,3 Mio. Betroffene in Deutschland. Zahl der Neuerkrankungen ca. 885.000/Jahr²⁶
Internationale Zahlen: Nur Osteoporose der Hüftgelenke: 22,5% der Frauen und 5,8% der Männer ab 45 Jahren⁷

Häufigkeit erhöht bei: höherem Alter, weiblichem Geschlecht, Rauchen, niedrigem Gewicht, entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, endokrinologischen Erkrankungen, Einnahme von Glukokortikoiden⁷
Etwa 20% der Patienten mit rheumatoider Arthritis entwickeln eine Osteoporose. Krankheitsbeginn häufig bei Frauen nach Beginn der Menopause.

9. Fibromyalgie

Chronische Ganzkörperschmerzen im muskuloskelettalen Bereich. Die Beschwerden sind häufig kombiniert mit Schlafstörungen, Müdigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit und Einschränkungen der kognitiven Funktionen

Häufigkeit: ca. 3,5% der Bevölkerung²⁷

Häufigkeit erhöht bei: weiblichem Geschlecht, Vorhandensein anderer entzündlich-rheumatischer sowie weiterer chronischer Erkrankungen²⁷

Quellen

1. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, Kommission Versorgung (2008). Memorandum Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland. www.dgrh.de
2. Musculoskeletal Health in Europe. Report v5.0. http://www.eumusc.net/workpackages_wp4.cfm; last access: 28.07.2015
3. Minden K. Rheumatische Gelenkerkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Z Rheumatol 2012;71:403-16.
4. Crowson CS, Matteson EL, Myasoedova E et al. The lifetime risk of adult-onset rheumatoid arthritis and other inflammatory autoimmune rheumatic diseases. Arthritis Rheum. 2011;63:633-9.
5. Zink A, Albrecht K. Wie häufig sind muskuloskelettale Erkrankungen in Deutschland? Z Rheumatol 2016;75:346-353
6. Burmester G-R, Pratt AG, Scherer HU, van Laar JM. Rheumatoid arthritis: Pathogenesis and clinical features. In: Bijlsma JWJ (ed.) EULAR textbook on rheumatic diseases. London (BMJ Group) 2012, S. 206-231
7. Symmons D. Epidemiology and the rheumatic diseases. In: Watts RA, Conaghan PG, Denton C, Foster H, Isaacs J, Müller-Ladner U (Hrsg.): Oxford Textbook of Rheumatology (4 ed.), Chapter 27. Oxford (Oxford University Press) 2013
8. Liao KP, Karlson EW. Classification and epidemiology of rheumatoid arthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Hrsg.) Rheumatology (6th edition), Philadelphia (Elsevier) 2015, Chapter 83, p. 691-697

9. Wasmus A, Kindel P, Mattussek, Raspe HH. Activity and severity of rheumatoid arthritis in Hannover/FRG and in one regional referral center. *Scand J Rheumatol* 1989; Suppl. 79: 33-44
10. Rudwaleit M. Classification and epidemiology of spondyloarthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Hrsg.) *Rheumatology* (6th edition), Philadelphia (Elsevier) 2015, Chapter 113, p. 941-945
11. Bakland G, Nossent HC. Epidemiology of spondyloarthritis: A review. *Curr Rheumatol Rep* 2013;15:351
12. Sieper J. Axial spondyloarthropathies. In: Watts RA, Conaghan PG, Denton C, Foster H, Isaacs J, Müller-Ladner U (Hrsg.): *Oxford Textbook of Rheumatology* (4 ed.), Chapter 113. Oxford (Oxford University Press) 2013
13. Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Incidence and prevalence of psoriatic arthritis: a systematic review. *J Rheumatol* 2008;35(7):1354–1358.
14. Coates LC, Helliwell PS. Psoriatic arthritis. In: Watts RA, Conaghan PG, Denton C, Foster H, Isaacs J, Müller-Ladner U (Hrsg.): *Oxford Textbook of Rheumatology* (4 ed.), Chapter 114. Oxford (Oxford University Press) 2013
15. Dasgupta B, Raine C. Polymyalgia rheumatica. In: Watts RA, Conaghan PG, Denton C, Foster H, Isaacs J, Müller-Ladner U (Hrsg.): *Oxford Textbook of Rheumatology* (4 ed.), Chapter 134. Oxford (Oxford University Press) 2013
16. Simard JF, Costenbader KH. Epidemiology and classification of systemic lupus erythematoses. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Hrsg.) *Rheumatology* (6th edition), Philadelphia (Elsevier) 2015, Chapter 124, p. 1021-1025
17. Luqmani R, Pagnoux C. ANCA-associated vasculitides and polyarteriitis nodosa. In: Bijlsma JWW (ed.) *EULAR textbook on rheumatic diseases*. London (BMJ Group) 2012, S. 637-664
18. Prevalence and incidence of systemic sclerosis in southern Sweden: population-based data with case ascertainment using the 1980 ARA criteria and the proposed ACR-EULAR classification criteria. Andréasson K, Saxne T, Bergknut C, Hesselstrand R, Englund M. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(10):1788-92
19. McBeth J, Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007; 21:403-425
20. Minden K. Classification and epidemiology of juvenile idiopathic arthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Hrsg.) *Rheumatology* (6th edition), Philadelphia (Elsevier) 2015, Chapter 100, p. 826-832
21. Zink A, Minden K, List S. Entzündlich-rheumatische Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Heft 49, 2010, Berlin
22. Rabenberg M. Arthrose. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut. Heft 54, 2013 Berlin
23. Cross M et al., Global burden of disease study. *Ann Rheum Dis* 2014;73:1323-30
24. Annemans L, Spaepen E, Gaskin M et al. Gout in the UK and Germany: prevalence, comorbidities and management in general practice 2000-2005. *Ann Rheum Dis*. 2008 Jul;67(7):960-6.
25. Choi HK. Epidemiology of gout. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Hrsg.) *Rheumatology* (6th edition), Philadelphia (Elsevier) 2015, Chapter 186, p. 1549-1555
26. Gothe H et al. Epidemiologie der Osteoporose: Bone Evaluation Study – Eine Analyse von Krankenkassen Routinedaten. *Dtsch. Ärzteblatt* 2013;110(4):52-57
27. Eich W, Häuser W, Arnold B et al. Das Fibromyalgiesyndrom. Definition, Klassifikation, klinische Diagnose und Prognose. *Schmerz* 2012;26(3):247-58.

Über die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) ist mit mehr als 1500 Mitgliedern die deutsche medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft im Bereich der Rheumatologie. Sie fördert seit 90 Jahren rheumatologische Wissenschaft und Forschung und deren Entwicklung in Deutschland. Als gemeinnütziger Verein arbeitet die DGRh unabhängig und zum Nutzen der Allgemeinheit, ohne dabei wirtschaftliche Ziele zu verfolgen.

Aufgaben und Ziele

Zentrale Anliegen der Fachgesellschaft sind die Erforschung rheumatischer Erkrankungen sowie der fachliche Austausch über wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen. Die DGRh fördert wissenschaftliche Konzepte der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und Angehörigen medizinischer Assistenzberufe sowie der Schulung von Patienten. Sie sorgt auf diese Weise dafür, wissenschaftliche Erkenntnisse in angewandte Heilkunde zu übertragen. Die Information ihrer Mitglieder, der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit über die Entwicklungen in der Rheumatologie ist wesentlicher Auftrag der DGRh.

Struktur und Gremien

Aufgaben und Ziele der DGRh legt der Vorstand mit Unterstützung des wissenschaftlichen Beirats fest, Arbeitsgemeinschaften, Kommissionen und Arbeitskreise setzen diese um. Die Geschäftsstelle unterstützt und koordiniert deren Arbeit. In den Gremien der DGRh werden wissenschaftliche Konzepte erarbeitet sowie Leitlinien und Berichtwerke erstellt. Sie geben damit Impulse für die inhaltliche Ausrichtung der DGRh. Auf den jährlichen Tagungen werden wissenschaftliche Entwicklungen dargestellt und diskutiert. Die Förderung wissenschaftlicher Studien auf dem Gebiet der Rheumaforschung durch Preise und Stipendien sowie die Zusammenarbeit mit anderen Fachorganisationen sind weitere Maßnahmen, mit denen die DGRh ihre Forschungs- und Austauscharbeit verwirklicht.

Eine Besonderheit stellen die beiden Arbeitsgemeinschaften der DGRh dar. Ursprünglich eigenständige, von der Bundesregierung geförderte Verbände, sind die Arbeitsgemeinschaft Regionaler Kooperativer Rheumazentren (AGRZ) seit 1996 und das Kompetenznetz Rheuma (KNR) seit 2004 unter dem Dach der DGRh angesiedelt. In der AGRZ sind die regionalen Verbände von Kliniken, niedergelassenen Rheumatologen und anderen an der Versorgung rheumakrankter Menschen beteiligten Berufsgruppen organisiert. Das KNR vereint alle in der Rheumaforschung aktiven Ärzte und Wissenschaftler aus verschiedenen Institutionen und Fachrichtungen. Dieses Zusammenspiel von Forschung, Wissenschaft und Praxis unter dem Dach der DGRh sichert die nachhaltige Entwicklung in der Rheumatologie und den Transfer in die Patientenversorgung.

Kooperationen

Um die Weiterbildung der Ärzte auch direkt zu unterstützen, gründete die DGRh gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Rheumatologen (BDRh) im Jahr 2004 die Rheumatologische Fortbildungsakademie. Zu deren Gesellschaftern gehören heute auch der Verband Rheumatologischer Akutkliniken (VRA), die Gesellschaft für Kinder.- und Jugendrheumatologie (GKJR), die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) und der Bundesverband der Deutschen Rheuma-Liga (DRL). Die Akademie setzt im Auftrag ihrer Gesellschafter die Konzepte der Weiter- und Fortbildung für Ärzte und medizinische Assistenzberufe um. Im November 2008 unterzeichneten die DGRh und die Selbsthilfeorganisation Deutsche Rheuma-Liga die Gründungsurkunde für die Rheumastiftung. Mit der Stiftung setzen sich beide Organisationen für Wissenschaft und Forschung auf dem Gebiet der Rheumatologie und eine bessere Lebenssituation rheumakrankter Menschen ein.

Mitglieder

Mitglieder der DGRh sind Ärzte und andere, an der Rheumatologie interessierte Akademiker wie Psychologen, Natur- und Sozialwissenschaftler. Sie haben es sich zur Aufgabe gemacht, die Behandlung von Menschen mit Rheuma zu verbessern. Daneben können auch andere Personen, Verbände, Institutionen oder Organisationen korporative und fördernde Mitglieder werden, sofern sie die Zielsetzung der DGRh unterstützen. Als Angehörige eines DGRh-Gremiums sind die Mitglieder ehrenamtlich tätig.

Berlin, Stand April 2017

DGRh-Geschäftsstelle

Geschäftsstelle der DGRh

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)

Anna Julia Voormann

Sprecherin des Vorstands

Köpenicker Str. 48/49

10117 Berlin

Tel.: 030 240484-70

Fax: 030 240484-79

E-Mail: anna.voormann@dgrh.de

URL: www.dgrh.de



Bestellformular Fotos:

Pressekonferenz

der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)

Termin: Mittwoch, 19. April 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardstraße 55, 10117 Berlin

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz
- Professor Dr. rer. pol. Angela Zink
- Professor Dr. med. Matthias Schneider
- Dr. med. Kirsten Karberg

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail-Adresse:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen oder per E-Mail an:
hartmann@medizinkommunikation.org.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Sabrina Hartmann/Stephanie Priester
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-649, Fax: 0711 8931-167
hartmann@medizinkommunikation.org
priester@medizinkommunikation.org
www.dgrh.de