



## Kongress-Pressekonferenz

anlässlich des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)  
gemeinsam mit der 20. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO)  
vom 18. bis 21. Oktober 2006 in Wiesbaden:

Donnerstag, 19. Oktober 2006, 11.00 bis 12.00 Uhr  
Rhein-Main-Hallen, Raum 12

### *Themen und Referenten:*

#### **Experimentelle Rheumatologie – Hoffnung für zukünftige Patientengenerationen?**

Professor Dr. rer. nat. Andreas Radbruch, Wissenschaftlicher Direktor, Deutsches Rheuma-Forschungszentrum, Berlin

#### **Das schwer zerstörte Gelenk – Retten was zu retten ist?**

Professor Dr. med. Wolfgang Rüter, Direktor Orthopädie Rheumaklinik Bad Bramstedt, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

#### **Kinder mit Rheuma: Mehr als 15.000 Kinder in Deutschland sind betroffen**

Professor Dr. med. Gerd Horneff, Zentrum für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie Asklepios Klinik Sankt Augustin

#### **Rheuma bei Frauen – Rheuma bei Männern**

Professor Dr. rer. pol. Angela Zink, Beirat DGRh, Forschungsbereich Epidemiologie; Deutsches Rheuma-Forschungszentrum; Rheumatologie, Charité Universitätsmedizin Berlin

#### **Schwangerschaft, Hormone und Rheuma**

Professor Dr. med. Erika Gromnica-Ihle, Generalsekretärin der DGRh, Berlin

### *Ebenfalls auf dem Podium:*

Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, Präsidentin der DGRh; Direktorin der Klinik Innere Medizin IV, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden

#### **Pressekontakt DGRh:**

DGRh Kongress-Pressestelle  
Anne-Katrin Döbler/Anna Julia Voormann  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 89 31 552  
E-Mail: [info@medizin kommunikation.org](mailto:info@medizin kommunikation.org)  
Internet: [www.dgrh.de](http://www.dgrh.de)

#### **Pressekontakt ARO:**

ARO Pressestelle  
Claudia Rehart  
Vor der Höhe 45  
63225 Langen  
Tel: 0177 253 26 26  
E-Mail: [info@cr-marketing.de](mailto:info@cr-marketing.de)  
Internet: [www.rheuma-orthopaedie.de](http://www.rheuma-orthopaedie.de)

#### Vor Ort:

Büro 7, Foyer OG  
Telefon: 0611 14 42 07/Fax: 0611 14 44 07



## Kongress-Pressekonferenz

anlässlich des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)  
gemeinsam mit der 20. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO)  
vom 18. bis 21. Oktober 2006 in Wiesbaden:

Donnerstag, 19. Oktober 2006, 11.00 bis 12.00 Uhr  
Rhein-Main-Hallen, Raum 12

### INHALT

#### Pressemitteilungen

Neue Therapien gegen Rheuma erfordern intensive  
Forschung  
Gelenk versteifen ist letzter Ausweg –  
Rheuma: Schwere Gelenkschäden vermeiden  
Mangelnder Impfschutz gefährdet rheumakranke Kinder  
Rheuma: Frauen häufiger betroffen aber schlechter  
versorgt  
Rheuma fordert gewissenhafte Familienplanung –  
Schwanger trotz Rheuma  
Chronische Rückenschmerzen –  
ohne Ursache keine Therapie

#### Redemanuskripte

Prof. Dr. rer. nat. Andreas Radbruch  
Prof. Dr. med. Wolfgang Rütter  
Prof. Dr. med. Gerd Horneff  
Prof. Dr. rer. pol. Angela Zink  
Prof. Dr. med. Erika Gromica-Ihle

#### Lebensläufe und Fotos der Referenten

#### Bestellformular

Sollten Sie Fotos oder Redemanuskripte dieser Pressemappe in digitaler Form benötigen,  
kontaktieren Sie uns per E-Mail: [info@medizinkommunikation.org](mailto:info@medizinkommunikation.org).



34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie  
gemeinsam mit der 20. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie  
18. bis 21. Oktober 2006, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

## **Neue Therapien gegen Rheuma erfordern intensive Forschung**

**Wiesbaden, 19. Oktober 2006 – Erfolgreiche Rheumatologie braucht intensive und experimentelle Grundlagenforschung. Ideen und Ergebnisse neuartiger Ansätze in der Erforschung rheumatischer Erkrankungen diskutieren Experten auf dem 34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh). Der Kongress findet vom 18. bis 21. Oktober 2006 gemeinsam mit der 20. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie in Wiesbaden statt.**

„Nur wenn wir die Entstehung und den Verlauf der Erkrankungen im Detail verstehen, können wir auch effektive und nebenwirkungsarme Therapien entwickeln“, betont Professor Dr. rer. nat. Andreas Radbruch, Vizepräsident der DGRh aus Berlin. Dafür sei es sinnvoll, die Expertise einzelner Rheumazentren und Forschungsinstitutionen noch stärker als bisher zu bündeln und zu unterstützen, sagt der Experte.

Ein gegenwärtiger Schwerpunkt der experimentellen Rheumatologie liegt in der Erforschung autoimmun vermittelter Vorgänge im Körper. Denn diese liegen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zu Grunde: Das Immunsystem, die körpereigene Abwehr, erkennt den Körper selbst als fremd und greift diesen an, schmerzhafte Entzündungen in Knorpeln, Knochen und Gelenken entstehen. Doch bestimmte Zellen des Immunsystems, die so genannten regulatorischen T-Zellen, können Autoimmunerkrankungen hemmen. „Die Idee ist es nun, diese Zellen therapeutisch zu stärken, so dass wir die Entzündungsvorgänge im Körper besser kontrollieren können“, erläutert Professor Dr. med. Georg Schett von der Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie der Universität Erlangen. Darüber hinaus erforschen die Wissenschaftler den Stoffwechsel von Knochen und Knorpel, um Strategien gegen Knochen- und Gelenkschwund entwickeln zu können. „Was innovative Therapien anbelangt, haben wir trotz der Erfolge der vergangenen Jahre noch einen deutlichen Aufholbedarf“, sagt Schett. Aktuelle Ergebnisse erörtert er auf dem Kongress der DGRh in Wiesbaden unter anderem im „Forum Experimentelle Rheumatologie“.

**Pressekontakt DGRh:**

DGRh Kongress-Pressestelle  
Anna Julia Voormann  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 89 31 552  
E-Mail: [info@medizinkommunikation.org](mailto:info@medizinkommunikation.org)  
Internet: [www.dgrh.de](http://www.dgrh.de)

Vor Ort:

Büro 7, Foyer OG  
Telefon: 0611 14 42 07  
Fax: 0611 14 44 07

**Pressekontakt ARO:**

ARO Pressestelle  
Claudia Rehart  
Vor der Höhe 45  
63225 Langen  
Tel: 0177 253 26 26  
E-Mail: [info@cr-marketing.de](mailto:info@cr-marketing.de)  
Internet: [www.rheuma-orthopaedie.de](http://www.rheuma-orthopaedie.de)



34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie  
gemeinsam mit der 20. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie  
18. bis 21. Oktober 2006, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

## **Gelenk versteifen ist letzter Ausweg**

### **Rheuma: Schwere Gelenkschäden vermeiden**

**Wiesbaden, 19. Oktober 2006 – Schwere Gelenkschäden zu verhindern ist eines der wichtigsten Ziele bei der Behandlung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen. Welche medikamentösen und operativen Therapien die Funktion der Gelenke erhalten oder wiederherstellen, erörtern Experten im Rahmen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh). Die DGRh tagt vom 18. bis 21. Oktober 2006 gemeinsam mit der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO).**

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen führen durch eine fehlgesteuerte Reaktion des Immunsystems zu einer fortschreitenden – und für die Patienten sehr schmerzhaften – Zerstörung der Gelenke. Der Prozess beginnt an der Gelenkinnenhaut: Vom Immunsystem attackiert, entzündet sie sich. Botenstoffe wie Interleukine und Zytokine halten die Entzündung aufrecht. Nach und nach breitet sie sich auf Knorpel, Knochen, Bänder und die gesamte Gelenkkapsel aus. Zusätzlich sind oft auch die Sehnenscheiden entzündlich verändert. Fehlstellungen und damit weitere Schäden des Gelenks sind die Folge. Beim „schwer zerstörten“ Gelenk sind schließlich mindestens 60 Prozent der Gelenkfläche erheblich zerstört. Der Gelenkspalt ist deutlich verschmälert. Oft verknöchern und versteifen die Gelenke.

Diese Vorgänge lassen sich mit entzündungshemmenden Medikamenten verlangsamen oder sogar stoppen. Gelingt dies nicht, bleibt nur eine Operation. Dabei entfernt der Arzt das entzündete Gewebe aus den erkrankten Gelenken. „Die Wahl des jeweiligen Operationsverfahrens richtet sich danach, welches Gelenk betroffen ist und wie weit die Gelenkflächen schon geschädigt sind“, erläutert Professor Dr. med. Wolfgang Rütter von der Rheumaklinik Bad Bramstedt. Ist die Zerstörung zu weit fortgeschritten, ist es möglich, Gelenke durch eine Prothese zu ersetzen. In einigen Fällen greifen Operateure darauf zurück, Gelenke gezielt zu versteifen. „Wenn nichts anderes hilft und alle Therapieoptionen ausgereizt sind, ist dies mitunter die einzige Möglichkeit, Patienten von den Schmerzen zu befreien“, so Professor Rütter.

**Pressekontakt DGRh:**

DGRh Kongress-Pressestelle  
Anna Julia Voormann  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 89 31 552  
E-Mail: [info@medizinkommunikation.org](mailto:info@medizinkommunikation.org)  
Internet: [www.dgrh.de](http://www.dgrh.de)

Vor Ort:

Büro 7, Foyer OG  
Telefon: 0611 14 42 07  
Fax: 0611 14 44 07

**Pressekontakt ARO:**

ARO Pressestelle  
Claudia Rehart  
Vor der Höhe 45  
63225 Langen  
Tel: 0177 253 26 26  
E-Mail: [info@cr-marketing.de](mailto:info@cr-marketing.de)  
Internet: [www.rheuma-orthopaedie.de](http://www.rheuma-orthopaedie.de)



34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie  
gemeinsam mit der 20. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie  
18. bis 21. Oktober 2006, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

## **Mangelnder Impfschutz gefährdet rheumakranke Kinder**

**Wiesbaden, 19. Oktober 2006 – Viele rheumakranke Kinder sind nicht ausreichend geimpft, obwohl sie an Infektionserkrankungen schwerer erkranken würden als andere Kinder. Eltern und auch Ärzte befürchten häufig, dass Schutzimpfungen das Rheuma der kleinen Patienten verschlimmern. „Impfungen in der Kinderrheumatologie“ wird auch aus diesem Grund eines der wissenschaftlichen Hauptthemen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in Wiesbaden sein.**

Nach einer Erhebung des Rheumaforschungsinstituts aus dem Jahr 2003 ist die Durchimpfungsrate rheumakranker Kinder auffallend niedrig. Für Diphtherie, Tetanus und Röteln etwa liegt sie bei 60 bis 70 Prozent. Der Grund dafür sind unter anderem Bedenken bei Eltern und Ärzten. Sie nehmen an, Impfungen könnten rheumatische Erkrankungen verstärken oder sogar auslösen. Unklar ist zudem, wie wirksam Impfungen bei Patienten mit Immunerkrankungen überhaupt sind. „Es gibt bislang viel zu wenig wissenschaftliche Untersuchungen, die sich mit der Frage beschäftigen, wie sicher und wie wirkungsvoll Impfungen für Kinder mit Rheuma sind“, beklagt Kinderrheumatologe Professor Dr. med. Gerd Horneff, Direktor des Zentrums für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie an der Asklepios Klinik in Sankt Augustin.

Anlass zur Sorge geben die bisher durchgeführten Untersuchungen jedoch nicht. „In Einzelfällen kommt es nach einer Impfung zu vorübergehenden Gelenkbeschwerden. Ausgelöst werden chronisch-rheumatische Erkrankungen durch Impfungen jedoch nach aktuellem Kenntnisstand nicht“, so Professor Horneff. Auch verschlimmere sich die Erkrankung nach einer Impfung nicht. Kinder mit juveniler chronischer Arthritis hätten etwa nach einer Meningokokken-Impfung zunächst weniger Krankheitsschübe gehabt. Auch nach einer Masern/Mumps/Röteln-Impfung habe die rheumatische Erkrankung sich nicht verschlechtert.

Professor Horneff betont, wie wichtig die Impfungen gerade für rheumakranke Kinder unter immunhemmender Rheuma-Therapie sind: „Wir nehmen an, dass diese Kinder infolge der Therapie ein

erhöhtes Erkrankungsrisiko mit häufigen Komplikationen haben und von daher besonders gefährdet sind.“ Der Experte fordert, Impfungen künftig in den Mittelpunkt wissenschaftlicher Untersuchungen zu rücken, um den Kenntnisstand zu verbessern. Außerdem müssten Empfehlungen für Ärzte und Eltern erarbeitet werden, um die Durchimpfungsrate zu verbessern. Experten diskutieren dies im Rahmen des 34. Kongresses der DGRh. Der Jahreskongress der DGRh wird zum zweiten Mal gemeinsam mit der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO) ausgerichtet und findet vom 18. bis zum 21. Oktober in Wiesbaden statt.

**Pressekontakt DGRh:**

DGRh Kongress-Pressestelle  
Anna Julia Voormann  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 89 31 552  
E-Mail: [info@medizin kommunikation.org](mailto:info@medizin kommunikation.org)  
Internet: [www.dgrh.de](http://www.dgrh.de)

**Pressekontakt ARO:**

ARO Pressestelle  
Claudia Rehart  
Vor der Höhe 45  
63225 Langen  
Tel: 0177 253 26 26  
E-Mail: [info@cr-marketing.de](mailto:info@cr-marketing.de)  
Internet: [www.rheuma-orthopaedie.de](http://www.rheuma-orthopaedie.de)

Vor Ort:

Büro 7, Foyer OG  
Telefon: 0611 14 42 07  
Fax: 0611 14 44 07



34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie  
gemeinsam mit der 20. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie  
18. bis 21. Oktober 2006, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

## **Rheuma: Frauen häufiger betroffen aber schlechter versorgt**

**Wiesbaden, 19. Oktober 2006 – Frauen erkranken häufiger an Rheumatoider Arthritis (RA) als Männer. Die Krankheit verläuft bei ihnen zudem eher schwerer. Trotzdem erreichen sie später die spezialisierte rheumatologische Versorgung als Männer. Woher diese geschlechtsbedingten Unterschiede kommen und welche Rolle das Geschlecht der Patienten auch bei der Behandlung spielt, erörtern Experten im Rahmen des 34. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), der vom 18. bis 21. Oktober 2006 in Wiesbaden stattfindet.**

Die Rheumatoide Arthritis (RA) ist die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung und betrifft knapp ein Prozent der Bevölkerung. Typische Symptome sind Schmerzen und Schwellungen der Fingergelenke. Im weiteren Verlauf befällt die Krankheit weitere Gelenke und mitunter auch innere Organe. Frauen erkranken etwa dreimal häufiger als Männer. Die Erkrankung beginnt meist im Alter von 50 bis 70 Jahren. Aber auch junge Menschen können daran erkranken: Etwa 15 Prozent vor dem 40. Lebensjahr. Unter diesen jungen Erkrankten sind Frauen viermal häufiger vertreten als Männer. Nach den Daten des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums leiden Frauen stärker unter Schmerzen und Funktionseinschränkungen und schätzen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein als Männer. Trotzdem werden sie zurückhaltender medikamentös behandelt – möglicherweise aus größerer Sorge vor Nebenwirkungen.

Ursache einer Rheumatoiden Arthritis sind vermutlich fehlgeleitete Zellen des Immunsystems. Sie greifen gesunde Körperzellen in den Gelenken an und setzen so Entzündungsprozesse in Gang. Bei Frauen funktioniert das Immunsystem jedoch anders als bei Männern. So fällt zum Beispiel die Antwort der körpereigenen Abwehr auf einen äußeren Reiz bei ihnen grundsätzlich stärker aus. Einen weiteren Ansatz sehen Wissenschaftler im unterschiedlichen Hormonstatus der Geschlechter. „Es gibt eine Vielzahl von Hinweisen, dass weibliche Hormone Autoimmunkrankheiten fördern“, erläutert Privatdozentin Dr. med. Gabriela Riemekasten von der Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie der Berliner Charité, Campus Mitte. Östrogene haben Studien zufolge einen eher ungünstigen Einfluss auf die Rheumatoide Arthritis.

Wissenschaftler entdeckten jedoch auch, dass sich weibliche Hormone – auch Östrogene – positiv auf die Erkrankung auswirken können. Frauen, die hormonell verhütet haben, erkrankten zum Beispiel halb so oft an einer RA wie Frauen, die nicht die „Pille“ eingenommen haben. Auch eine Östrogentherapie in den Wechseljahren führte bei RA-Patientinnen zu weniger Schmerzen, geringeren Entzündungsparametern und einem besseren Lebensgefühl. Das männliche Geschlechtshormon Testosteron beeinflusst ebenfalls den Verlauf der RA. „Wahrscheinlich ist eine Autoimmunität wie bei der Rheumatoiden Arthritis jedoch nicht auf die Störung eines einzelnen Hormons, sondern auf eine Dysbalance verschiedener Hormone zurückzuführen“, erläutert die Rheumatologin Riemekasten.

„Medikamentenstudien bei der Behandlung der rheumatoiden Arthritis weisen leider selten die Ergebnisse von Männern und Frauen getrennt aus“, bedauert Professor Dr. med. Angela Zink vom Forschungsbereich Epidemiologie am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ) in Berlin. Eine für geschlechtsspezifische Unterschiede sensible medizinische Versorgung sei jedoch geeignet, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu verringern. Auf dem Kongress der DGRh in Wiesbaden diskutieren die Experten immunologische Hintergründe und Ursachen für die unterschiedliche Krankheitsmanifestation und Versorgung von Frauen und Männern mit Rheumatoider Arthritis.

**Pressekontakt DGRh:**

DGRh Kongress-Pressestelle  
Anne-Katrin Döbler/Anna Julia Voormann  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 89 31 552  
E-Mail: [info@medizinkommunikation.org](mailto:info@medizinkommunikation.org)  
Internet: [www.dgrh.de](http://www.dgrh.de)

**Pressekontakt ARO:**

ARO Pressestelle  
Claudia Rehart  
Vor der Höhe 45  
63225 Langen  
Tel: 0177 253 26 26  
E-Mail: [info@cr-marketing.de](mailto:info@cr-marketing.de)  
Internet: [www.rheuma-orthopaedie.de](http://www.rheuma-orthopaedie.de)

Vor Ort:

Büro 7, Foyer OG  
Telefon: 0611 14 42 07  
Fax: 0611 14 44 07



34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie  
gemeinsam mit der 20. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie  
18. bis 21. Oktober 2006, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

## **Rheuma fordert gewissenhafte Familienplanung**

### **Schwanger trotz Rheuma**

**Wiesbaden, 19. Oktober 2006 – Schwangerschaft und Wochenbett können die Vorgänge einer rheumatischen Erkrankung verändern. Rheumatikerinnen benötigen deshalb während einer Schwangerschaft besonders sorgfältige medizinische Begleitung. Zudem sind die meisten Medikamente gegen Rheuma für Schwangere nicht geeignet. Besonderheiten der Rheumatherapie für Schwangere erörtern Experten auf dem 34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh). Die DGRh tagt vom 18. bis 21. Oktober 2006 gemeinsam mit der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO).**

Die Lebensqualität von Rheumatikern ist in den vergangenen Jahren erheblich gestiegen. Dies hat dazu geführt, dass immer mehr Frauen mit Rheuma heute den Wunsch nach einem Kind verspüren. Grundsätzlich sollten Rheumatikerinnen ihre Schwangerschaft planmäßiger angehen als gesunde Frauen: „Bestimmte Rheumamittel können das Ungeborene schädigen und sollten deshalb drei bis sechs Monate vor der Schwangerschaft abgesetzt werden“, erläutert Professor Dr. med. Erika Gromnica-Ihle, Generalsekretärin der DGRh aus Berlin. Schmerz- und Entzündungshemmer – mit Ausnahme des Kortisons – dürfen darüber hinaus im letzten Schwangerschaftsdrittel nicht mehr eingenommen werden.

In einigen Fällen wirkt sich eine Schwangerschaft zunächst sogar günstig auf die Beschwerden aus. „Bei etwa zwei Drittel aller Patientinnen mit rheumatoider Arthritis lässt die Gelenkentzündung im ersten Schwangerschaftsdrittel nach, oft hält diese Besserung bis zum Ende der Schwangerschaft an“, so die Rheumatologin. Nach der Geburt verschlechtert sich bei 90 Prozent der Patientinnen das Erkrankungsbild. Bei Frauen mit Morbus Bechterew beeinflusst die Schwangerschaft den Krankheitsverlauf nicht. Aber auch hier kommt es in den ersten sechs Monaten nach der Geburt häufig zu einem Krankheitsschub.

Kindliche Missbildungen treten bei diesen Formen von Rheuma nicht häufiger auf als bei gesunden Frauen. Anders sieht es beim Systemischen Lupus erythematodes (SLE) aus. Bei dieser

Autoimmunkrankheit sind die inneren Organe von Entzündungen betroffen. Hierbei kann es sowohl bei dem ungeborenen Kind als auch der Mutter zu Komplikationen kommen. Trotzdem müssen Ärzte nicht grundsätzlich von einer Schwangerschaft abraten. „Die Befruchtung sollte aber nach einem möglichst sechs Monate langen inaktiven Lupusstadium erfolgen und nur bei einer völlig normalen Nierenfunktion der Mutter“, rät Professor Gromnica-Ihle, die in Berlin eine Rheumapraxis führt. Aufgrund der erhöhten Fehlgeburtenrate und der Gefahr mütterlicher Thrombosen bedarf es bei dieser Erkrankung einer besonders intensiven medizinischen Betreuung in der Schwangerschaft.

**Pressekontakt DGRh:**

DGRh Kongress-Pressestelle  
Anne-Katrin Döbler/Anna Julia Voormann  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 89 31 552  
E-Mail: [info@medizinkommunikation.org](mailto:info@medizinkommunikation.org)  
Internet: [www.dgrh.de](http://www.dgrh.de)

**Pressekontakt ARO:**

ARO Pressestelle  
Claudia Rehart  
Vor der Höhe 45  
63225 Langen  
Tel: 0177 253 26 26  
E-Mail: [info@cr-marketing.de](mailto:info@cr-marketing.de)  
Internet: [www.rheuma-orthopaedie.de](http://www.rheuma-orthopaedie.de)

Vor Ort:

Büro 7, Foyer OG  
Telefon: 0611 14 42 07  
Fax: 0611 14 44 07



34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie  
gemeinsam mit der 20. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie  
18. bis 21. Oktober 2006, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

## **Chronische Rückenschmerzen – ohne Ursache keine Therapie**

**Wiesbaden, 19. Oktober 2006 – Rund 40 Prozent aller Deutschen klagen über Rückenschmerzen. Meistens sind die Beschwerden vorübergehend, doch mitunter werden sie chronisch – und damit zur echten Herausforderung für den behandelnden Arzt. Über aktuelle Therapiekonzepte diskutieren Experten auf dem 34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), der vom 18. bis 21. Oktober 2006 in Wiesbaden stattfindet.**

Die Ursachen von Rückenschmerzen sind vielfältig. Sie reichen von Haltungsschäden und Muskelverspannungen über Entzündungen und Nervenschädigungen bis hin zu Osteoporose und Tumoren. „Die Schmerzen können von Muskeln, Knochen, Gelenken oder den Bändern ausgehen, aber auch Nerven, Gefäße und innere Organe können die Beschwerden verursachen“, erläutert Dr. med. Christine Seyfert vom Klinikum Kyritz im Vorfeld des Kongresses. Schon lange ist darüber hinaus bekannt, dass auch Stress oder Ängste Rückenschmerzen auslösen können.

„Bis heute existiert jedoch keine Methode, um unspezifische chronische Rückenschmerzen in ihrem Verlaufsmuster wesentlich zu beeinflussen“, sagt Professor Dr. med. Heiner Raspe vom Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein. Chronische Rückenschmerzen seien fast immer mehr als Schmerzen im Rücken, betont der Sozialmediziner. „Bei den Patienten treten über die Zeit unterschiedliche Rückenschmerz-Syndrome auf, es kommen andere körperliche und eben auch psychische Beschwerden hinzu.“ Besonders problematisch: In etwa drei Vierteln aller Fälle findet sich weder eine zugrundeliegende Erkrankung noch lässt sich die schmerzauslösende Struktur ausmachen.

Die behandelnden Ärzte beschreiben die Beschwerden dann als „unspezifisch“. „Die Therapie von Rückenschmerzen muss jedoch immer ursachenabhängig erfolgen“, sagt Orthopädin Seyfert. Ein möglicher Ausweg könnte in einer besseren Diagnose und kontrollierteren Behandlung liegen. „Der Beschwerdekomples mit all seinen verschiedenen Komponenten muss eindeutiger beschrieben werden als das bislang der Fall ist“, so Professor Raspe. Die besten Behandlungsmöglichkeiten für die einzelnen Subgruppen sollten dann in wissenschaftlich kontrollierten Studien ermittelt werden. Interdisziplinär

näre Ansätze zur Behandlung chronischer Rückenschmerzen diskutieren Experten auf dem Kongress der DGRh in Wiesbaden.

Rückenschmerzen lassen sich sowohl konservativ mit Krankengymnastik, Medikamenten oder manuellen Verfahren als auch operativ behandeln. Gerade bei den sich zunehmend ausbreitenden minimal-invasiven chirurgischen Eingriffen sei die Datenlage zur Wirksamkeit aber derzeit sehr dürftig, betont Raspe.

**Pressekontakt DGRh:**

DGRh Kongress-Pressestelle  
Anna Julia Voormann  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 89 31 552  
E-Mail: [info@medizinkommunikation.org](mailto:info@medizinkommunikation.org)  
Internet: [www.dgrh.de](http://www.dgrh.de)

**Pressekontakt ARO:**

ARO Pressestelle  
Claudia Rehart  
Vor der Höhe 45  
63225 Langen  
Tel: 0177 253 26 26  
E-Mail: [info@cr-marketing.de](mailto:info@cr-marketing.de)  
Internet: [www.rheuma-orthopaedie.de](http://www.rheuma-orthopaedie.de)

Vor Ort:

Büro 7, Foyer OG  
Telefon: 0611 14 42 07  
Fax: 0611 14 44 07

## **Experimentelle Rheumatologie 2006**

Professor Dr. rer. nat. Andreas Radbruch, Wissenschaftlicher Direktor, Deutsches Rheuma-Forschungszentrum, Berlin

### **Ziele**

Ein zentrales Ziel der rheumatologisch ausgerichteten Grundlagenforschung (der experimentellen Rheumatologie) ist es weiterhin, die Entstehung und den Verlauf von Autoimmunerkrankungen und chronisch-entzündlichen rheumatologischen Erkrankungen im Detail zu verstehen. Nur mit diesem Wissen kann letztendlich die Basis geschaffen werden, neue, hocheffektive und möglichst nebenwirkungsarme Therapiekonzepte zu entwickeln und deren Wirksamkeit zu evaluieren. Da rheumatologisch-immunologische Erkrankungen in der Regel zahlreiche Organe des menschlichen Körpers in Mitleidenschaft ziehen, ist ein weiteres Ziel und spezifische Besonderheit der rheumatologischen Grundlagenforschung der enge Kontakt und der konstante Austausch mit unterschiedlichen Bereichen der Lebenswissenschaften.

### **Entwicklung des Potenzials seit 1999**

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) und das Kompetenznetz Rheumatologie (KNR) konnte in den vergangenen Jahren als erstes nationales rheumatologisches Forschungsnetzwerk durch eine intensive Kooperation aller forschungsaktiven Gruppen von 1999 bis 2004 in zahlreichen Gebieten neue, weitreichende Perspektiven aufzeigen und diese konsequent in entsprechenden "bench-to-bedside" Ansätze in die klinisch orientierte Forschung oder sogar direkt in die klinische Routineversorgung umsetzen.

Hierbei stand insbesondere das Immunsystem der Patienten im Mittelpunkt zahlreicher experimenteller Forschungsprojekte, die in vielen Fällen nun seit 2004 durch Förderinstitutionen des Bundes und der Länder (DFG, BMBF etc.) weiter Förderung erfahren. So wurden insbesondere die molekulare Krankheitsentstehung der rheumatoiden Arthritis und der Systemischen Sklerose analysiert, neue genetische Prädispositionen für die Wegenersche Granulomatose definiert, prognostische Kollagenspezifische Autoantikörper bei der rheumatoiden Arthritis charakterisiert, und mit der Krankheitsaktivität bei Systemischen Lupus korrelierende zirkulierende Antikörper-produzierende Plasmazellen entdeckt. Die durch die Vernetzung von Forschungsaktivitäten etablierten Kooperationen haben auch dazu beigetragen, dass molekulare Analysen des Transkriptoms, d.h. der Gene, die in aktive Proteine „überschrieben“ werden, zur Charakterisierung von neuen krankheitsrelevanten Molekülen und Mechanismen geführt haben. Die Expression solcher Gene kann mit neuen hochspezifischen Techniken wie der Durchflusszytometrie einfach und schnell aus wenigen Millilitern Blut analysiert werden.

### **Zukunftsperspektiven**

Aus Kooperationen der rheumatologisch-immunologisch orientierten Forscher in der DGRh und des KNR im Verbund mit zahlreichen internationalen Kooperationspartnern ergeben sich für die kurz- und mittelfristige Zukunft folgende zentralen Perspektiven:

- Identifizierung von Markern, die eine prognostische Klassifizierung von rheumatischen Erkrankungen erlauben.
- Identifizierung von Markern, die bereits früh die Effizienz von Therapien vorhersagen.
- Entwicklung von Konzepten für hocheffektive, nebenwirkungsarme oder sogar kurative zell- oder molekülbasierte krankheitsspezifische Therapieformen.

### **Zukünftiger Bedarf**

Es ist eine Tatsache, dass die Rheumatologie und im gleichen Maße die Klinische Immunologie trotz eines sehr hohen Anteils betroffener Patienten am Gesamtkrankheitsgut mit einer im Verhältnis zu den anderen Disziplinen der Lebenswissenschaften niedrigen Zahl von Forschungsinstitutionen (Lehrstühle, Institute, selbstständige Abteilungen) ausgestattet sind. Die Realisierung der o.a. Ziele ist allerdings nur bei einer konstanten Förderung auf international kompetitiven Niveau langfristig möglich. Wünschenswert wäre, wie in einigen europäischen Nachbarstaaten bereits etabliert, die verschiedenen Expertisen der einzelnen Rheumazentren und rheumatologisch orientierten Forschungsinstitutionen konsequent zu nutzen und im Rahmen von Schwerpunkt-Förderungsprogrammen und Einrichtung von selbstständigen Abteilungen gezielt zu unterstützen. Als weiteres Beispiel für die hohe Effektivität dieser Programme sei in diesem Zusammenhang das frühere Sonderprogramm Rheumatologie des Deutschen Akademischen Austauschdienstes genannt, aus dessen Stipendiaten eine große Zahl der derzeitigen in leitenden rheumatologisch-wissenschaftlichen Positionen tätigen Forscher hervorgegangen ist.

### **Ausblick**

Nur durch eine kontinuierliche intensive Zusammenarbeit von klinischen Experten für verschiedene rheumatologische Krankheitsbilder mit Grundlagenwissenschaftlern aus Disziplinen wie Zellbiologie, Biochemie und der Immunologie wird es möglich sein, die bisherigen Erkenntnisse auch in der Zukunft in innovative Therapiekonzepte in die Klinik zu überführen und auch für weitere immunologisch gesteuerte Krankheitsbilder der Nachbardisziplinen nutzbar zu machen.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Wiesbaden, Oktober 2006

## **Das schwer zerstörte Gelenk**

Privatdozent Dr. med. Stefan Rehart, Tagungspräsident ARO, Chefarzt Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Akademisches Lehrkrankenhaus St. Markus, Frankfurt;  
Professor Dr. med. Wolfgang Rütter, Direktor der Orthopädischen Klinik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Die rheumatischen Erkrankungen führen über zwei Mechanismen zur Gelenkzerstörung. Man unterscheidet eine entzündliche und eine mechanische Komponente. Zu Beginn beider Formen herrscht die Synovialitis. Diese führt zum einen durch Druckbelastung und lytische Enzyme zur direkten Zerstörung des Knorpels und des Knochens, zum anderen durch ligamentäre und kapsuläre Distension zur Instabilität. Beides mündet zuletzt in einer für die Erkrankung oft typischen „rheumatischen“ Destruktion der Gelenke. Neben diesen sind häufig auch die Sehnenscheiden entzündlich verändert, es kommt über den tenosynovialitischen Durchsatz zu Elongationen oder Rupturen der Sehnen, was neben dem direkten Funktionsdefizit ebenfalls zu Fehlstellung und Zerstörung der Gelenke führen kann. Entzündung, Instabilität und zunehmende Zerstörung sorgen für die charakteristischen schweren Defekte an den rheumatischen Gelenken. Die Immunschwäche, systemische Cortisontherapie und Osteoporose, aber auch manche Rheumamedikamente verursachen weitere schwerwiegende Besonderheiten operativer Vorgehensweisen beim „Rheumatiker“.

Beim schwer zerstörten Gelenk weisen mindestens 60% der Gelenkfläche erhebliche Erosionen auf, der Gelenkspalt ist erheblich verschmälert oder aufgehoben und es finden sich knöcherne Deformitäten an den gewichttragenden Gelenkenden, (Sub-) Luxationen oder schmerzhaft restbewegliche knöcherne Einsteifungen. Diese Situation besteht beim rheumatischen Befall häufig, da alle Gelenke meist nebeneinander in verschiedenen Stadien betroffen sind, mit negativen wechselseitigen Auswirkungen. Die Destruktionen an den Gelenken können radiologisch erfasst und u. a. nach Larsen, Dale und Eek in sechs (0-V) verschiedene Stadien eingeteilt werden. Beim schwer zerstörten Gelenk entspricht der radiologische Befund dem Larsen Stadium IV-V.

Ziel aller Therapiemaßnahmen ist neben der Linderung von Beschwerden und der Erhaltung oder Wiederherstellung von Gelenkfunktionen die Verhinderung von den schweren Gelenkdestruktionen. Gelingt dies durch die medikamentöse Behandlung nicht oder setzt die Therapie zu spät ein, ist ein operatives Vorgehen indiziert. Dies gilt in den Frühstadien bei persistierenden Schwellungen für präventive minimal-invasive Eingriffe, später bleiben nur die rekonstruktiven chirurgischen Verfahren, z. B. die Endoprothesen. Relativ dringend sind Operationen, wenn Achsabweichungen eines Gelenkes (z. B. am Kniegelenk) rasch voranschreiten oder die Gelenkzerstörungen Funktionen behindern (z. B. Greifvorgang).

Die Wahl des Operationsverfahrens richtet sich nach dem betroffenen Gelenk und dem Stadium der Zerstörung der Gelenkflächen. Beim schwer zerstörten Gelenk kommen in erster Linie gelenkerset-

zende Eingriffe zum Einsatz. Ziel sind Schmerzreduktion, nach entsprechender krankengymnastischer Übungsbehandlung eine gute Beweglichkeit und Funktion sowie rasche Belastbarkeit.

Gelenkversteifende Eingriffe sind im Wesentlichen auf Gelenke der Hand und des Fußes beschränkt. Sie werden durchgeführt, um eine stabile und belastungsfähige Situation zu erhalten oder als Rückzugsmöglichkeit nach Ausreizen aller anderen Therapieoptionen. Die Auswirkungen der modernen medikamentösen Therapie auf die Operationsverfahren sind perioperativ zu beachten.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Wiesbaden, Oktober 2006

### **Kinder mit Rheuma: mehr als 15.000 Kinder in Deutschland sind betroffen**

Professor Dr. med. Gerd Horneff, Zentrum für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie  
Asklepios Klinik Sankt Augustin

Das Spektrum rheumatischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter reicht von der Entzündung einzelner Gelenke bis hin zu lebensbedrohenden entzündlich rheumatischen Systemerkrankungen mit Organbeteiligung. Es umfasst darüber hinaus nichtentzündliche Erkrankungen wie regionale und generalisierte Schmerzsyndrome, zum Teil mit erheblicher Krankheitslast. Rheumatische Erkrankungen können in jedem Alterssegment auftreten, bereits in der Neugeborenenperiode, im Ersten Lebensjahr, im Kleinkind-, Schul- und Jugendalter. An einer akuten Arthritis erkrankt etwa jedes 100ste Kind, oftmals im Rahmen einer Infektionserkrankung. Chronische rheumatische Erkrankungen im Kindesalter sind dagegen seltener und betreffen mindestens 15.000 Kinder unter 16 Jahren und somit jedes 1000ste Kind.

Insbesondere frühe und lang dauernde Erkrankungen beeinträchtigen das körperliche Wachstum und die psychosoziale Entwicklung der kranken Kinder. Wichtigstes therapeutisches Ziel sind neben der Linderung akuter Beschwerden die Verbesserung der Prognose mit altersgemäßer möglichst normaler körperlicher und psychosozialer Entwicklung mit Vermeidung bleibender Schäden. Die Diagnose und die Behandlung dieser nicht seltenen Erkrankungen im Kindesalter erfordern spezialisierte Behandlungskonzepte in für Kinder und Jugendliche geeigneten Einrichtungen durch kinderrheumatologisch erfahrene Ärztinnen und Ärzte in einem multiprofessionellen Team. Diagnoseverzögerung, zu späte und nicht spezialisierte suboptimale Therapie können irreparable Schäden und Langzeitbehinderung zur Folge haben. Frühdiagnose und Frühtherapie bedeutet vor Eintreten von Schädigungen. Die Behandlung stützt sich dabei auf mehrere Säulen eines Behandlungsteams. Medikamentöse, krankengymnastische und ergotherapeutische Versorgung und auch psychologische und soziale Betreuung und weitere Maßnahmen, entsprechend auf die Erkrankung und das Alter des Patienten abgestimmt. Eine Behandlung in Wohnortnähe ermöglicht, das familiäre und das soziale Umfeld einzubeziehen.

Die medikamentöse Therapie sollte wirksam, verträglich und angemessen sein. Darüber hinaus zugelassen zur Anwendung auch im Kindesalter. Derzeit mangelt es aber an Studien zur Verträglichkeit, zur Effektivität und auch zur Effizienz speziell für das Kindesalter. Zahlreiche seit Jahren auch im Kindesalter zur Anwendung kommende Medikamente sind nicht oder nicht ausreichend erprobt, innovative Behandlungsstrategien stehen insbesondere mangels Studien für Kinder nicht zur Verfügung. In Anlehnung an europäische Weiterbildungsbedingungen wurde die Zusatzweiterbildung „Kinder-rheumatologie“ auch in Deutschland eingeführt. Ein engmaschiges pädiatrisch-rheumatologisches Versorgungsnetz zur frühzeitigen Diagnose, zur frühzeitigen effizienten Therapie ist ein wichtiges Etappenziel auf dem Weg zu einer Verbesserung der Prognose von entzündlich rheumatischen Erkrankungen im Kindesalter.

**„Gender Mainstreaming“ bei der rheumatoiden Arthritis noch zu wenig beachtet**

Professor Dr. rer. pol. Angela Zink, Beirat DGRh, Forschungsbereich Epidemiologie;  
Deutsches Rheuma-Forschungszentrum; Rheumatologie, Charité Universitätsmedizin Berlin

Die rheumatoide Arthritis ist eine schwerwiegende Erkrankung, von der Frauen etwa dreimal häufiger betroffen sind als Männer. Es ist bekannt, dass neben genetischen auch hormonelle Einflüsse bei Ausbruch und Verlauf der Erkrankung eine wesentliche Rolle spielen: so erkranken Frauen mehrheitlich erst nach Eintritt der Menopause, während in jüngerem Alter erkrankte Frauen häufig nach einer Schwangerschaft ihre rheumatoide Arthritis entwickeln. Sind sie bei Eintritt der Schwangerschaft bereits an RA erkrankt, erfahren sie im Verlauf meist eine Besserung der Gelenksymptome. In den ersten Monaten nach der Entbindung kehrt jedoch die Arthritis wieder zurück.

Auf dem Europäischen Rheumatologenkongress in Amsterdam wurden gerade die Langzeitergebnisse aus Kohortenstudien bei früher rheumatoider Arthritis dargestellt. Danach erreichten Frauen seltener als Männer eine Remission ihrer Erkrankung. Frauen zeigten weiterhin im Beobachtungszeitraum eine stärkere Zerstörung ihrer Gelenke als Männer.

Fast alle Medikamentenstudien bei der Behandlung der rheumatoiden Arthritis weisen leider die Ergebnisse bei Männern und Frauen nicht getrennt aus.

In dem Symposium zum deutschen Rheumatologenkongress werden neue Forschungsergebnisse zu genetischen und immunologischen Hintergründen der Geschlechtsgebundenheit der RA dargestellt (Dr. Lange, PD Dr. Riemekasten). Für die generell erhöhte Mortalität bei RA sind vor allem kardiovaskuläre Erkrankungen verantwortlich. Diese Krankheiten treten bei Männern in jüngerem Alter, bei Frauen in höherem Lebensalter überproportional häufig auf. Es werden Ergebnisse einer großen Kohortenstudie „Rheuma und Herz“ mit besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Einflüsse vorgestellt (Prof. Angermann).

Eine unterschiedliche Prognose von Krankheitsbildern kann sich neben biologischen Ursachen auch aus Differenzen in der medizinischen Versorgung ergeben. Die vorliegenden Daten aus Deutschland weisen aus, dass Frauen deutlich mehr Schmerzen, eine schlechtere körperliche Funktion und einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand angeben als Männer in gleichem Alter und mit gleicher Krankheitsdauer. Trotz ihrer größeren subjektiven Beschwerdenlast erreichen Frauen im Mittel etwas später die spezialisierte rheumatologische Versorgung. Sie werden seltener und später mit den besonders wirksamen Medikamenten behandelt. Allerdings klagen Frauen auch häufiger über Unverträglichkeiten von Medikamenten.

In dem Symposium werden Gründe für die unterschiedliche Krankheitsmanifestation und Versorgung von Frauen und Männern diskutiert. Es geht nicht darum, Frauen und Männer grundsätzlich gleich zu behandeln, sondern den spezifischen biologischen und sozialen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Eine für geschlechtsspezifische Unterschiede sensible medizinische Versorgung ist geeignet, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu verringern.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Wiesbaden, Oktober 2006

## **Schwangerschaft und Rheuma**

Professor Dr. med. Erika Gromnica-Ihle, Generalsekretärin der DGRh, Berlin

Die verbesserte Lebensqualität von Rheumatikerinnen führt auch zu einem häufigerem Kinderwunsch, dem in den meisten Fällen heute stattgegeben werden kann. Eine Schwangerschaft bei einer Rheumatikerin bedarf jedoch einer besonderen Beratung und Behandlung der Betroffenen. Durch Schwangerschaft und Wochenbett kann die Aktivität der rheumatischen Grundkrankheit verändert werden. In der Schwangerschaft sind Komplikationen möglich, so dass Schwangerschaftsverlauf und Entwicklung der Frucht gestört sein können. Weiterhin sind nur wenige Rheumamittel in der Schwangerschaft erlaubt.

### **1. Rheumatoide Arthritis**

Bei rund 2/3 der Schwangeren mit RA kommt es in der Schwangerschaft zu einer Verbesserung der Gelenksymptome. Die Abnahme der Gelenkentzündung beginnt bei den meisten Frauen bereits im 1. Schwangerschaftsdrittel, sie kann sich dann im weiteren Schwangerschaftsverlauf fortsetzen. Eine Aktivitätsminderung der RA in der ersten Schwangerschaft führt meist auch zu einer Verbesserung in weiteren Schwangerschaften. Nach der Geburt kommt es innerhalb von drei Monaten in 90 % der Fälle zu einer Verschlechterung der RA. Das Risiko, an einer RA neu zu erkranken, ist nach der ersten Schwangerschaft besonders hoch, hingegen ist der Ausbruch einer RA in der Schwangerschaft äußerst selten.

Die Entwicklung der Frucht verläuft ungestört. Kindliche Missbildungen treten bei Kindern von RA-Müttern nicht gehäuft auf.

### **2. Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew)**

Die Schwangerschaft ändert den M. Bechterew-Verlauf meist nicht. Bis sechs Monate nach der Geburt ist bei mehr als der Hälfte der Frauen mit einer Aktivierung des M. Bechterew zu rechnen. Die Erkrankung manifestiert sich deutlich häufiger nach als in der Schwangerschaft.

Es gibt keine Beeinflussung der Frucht durch die Erkrankung der Mutter.

### **3. Systemischer Lupus erythematodes**

Der systemische Lupus erythematodes (SLE) betrifft bevorzugt Frauen im gebärfähigen Alter und es können sowohl Komplikationen bei der Frucht als auch im Krankheitsverlauf der Mutter auftreten. Es ist daher anzustreben, dass die Befruchtung nach einem mindestens sechs Monate anhaltenden inaktiven Lupusstadium erfolgt und die Nierenfunktion völlig normal ist. In jedem Falle ist die Schwangerschaft einer Patientin mit SLE als eine Hochrisiko-Schwangerschaft zu betrachten.

In der Vergangenheit wurden bei ca. 50 % der Patienten Verschlechterungen der Grundkrankheit in der Schwangerschaft angegeben. Diese Schubrate hat sich vor allem bei Patienten in

einer Ruhephase des SLE (keine Krankheitssymptome) in den letzten 20 Jahren deutlich vermindert und ist jetzt so ähnlich wie bei nicht-schwangeren SLE-Patientinnen. Offenbar hat die heutige Behandlung der SLE-Patientinnen dazu beigetragen, dass die Schwangerschaftsverläufe jetzt günstiger sind. Besonderer Aufmerksamkeit bedürfen die Patientinnen mit einer Nierenmanifestation des Lupus. Hier treten Verschlechterungen der Nierenfunktion besonders dann auf, wenn diese bereits zum Befruchtungszeitpunkt nicht in Ordnung war. Die Patienten mit Nierenbeteiligung des Lupus entwickeln häufig einen Hochdruck. Heute liegt die mütterliche Sterblichkeit auch bei SLE-Patientinnen unter einem Prozent.

Es besteht bei SLE-Patientinnen eine höhere Fehlgeburtenrate als bei Gesunden. Sie ist abhängig vom Vorhandensein eines Hochdrucks der Mutter, einer Lupus-Nierenerkrankung und von Nachweis bestimmter Antikörper, den Anti-Phospholipid-Antikörpern, die zu Gerinnselbildung im Mutterkuchen führen können. Bei Vorliegen der genannten Anti-Phospholipid-Antikörpern ist auch mit Frühgeburten und mütterlichen Thrombosen zu rechnen. Eine Behandlung mit gerinnungshemmenden Mitteln (Heparin) ist bei diesen Frauen während der gesamten Schwangerschaft erforderlich.

Bei Patientinnen mit bestimmten anderen Antikörpern (SS-A/Ro- und SS-B/La) ist die Entwicklung eines kindlichen Herzschadens oder/und rückbildungsfähiger Hautveränderungen möglich. Als günstiger Zeitpunkt einer Schwangerschaft wird ein seit drei bis sechs Monaten symptomfreier Lupus angesehen.

#### **4. Medikamente**

Viele Medikamente, die einen günstigen Einfluss auf die Entwicklung der rheumatischen Erkrankung haben, müssen 3 bis 6 Monate vor der Schwangerschaft abgesetzt werden, da sonst eine Fruchtschädigung zu erwarten ist. Dies betrifft z.B. das Methotrexat oder das Cyclophosphamid. Rheuma-Schmerz- und Entzündungshemmer dürfen nicht mehr im letzten Schwangerschaftsdrittel verabfolgt werden. Cortison hat keinen schädigenden Effekt auf den Verlauf der Schwangerschaft und ist bei Verschlechterung der Krankheitssymptome der Mutter in der Schwangerschaft Mittel der ersten Wahl. Dabei sind nach Möglichkeit Dosen über 20 mg pro Tag zu vermeiden.

**Zusammenfassend** ist eine Schwangerschaft bei den meisten Rheumatikerinnen bei enger Zusammenarbeit zwischen Rheumatologen und Geburtshelfern möglich. Fundierte Kenntnisse über die Besonderheiten beim Medikamenteneinsatz in der Schwangerschaft sind notwendig.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Wiesbaden, Oktober 2006

## Curriculum vitae

Andreas Radbruch, PhD  
(\* 1952)



since 1998	Professor for Rheumatology at the Medical Faculty of the Humboldt University Berlin (Charité)
since 1996	Scientific Director of the German Arthritis Research Center (Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin, DRFZ)
1990 - 98	Associate Professor for Genetics and Immunology, University of Cologne
1988 - 89	Bayer-Chair at the Institute for Genetics of the University of Cologne
1988	Election to the Faculty of Sciences of the University of Cologne (Habilitation) Teaching licence for "Genetics and Immunology" (Venia Legendi)
1982 - 88	Assistant Professor, Institute for Genetics of the Cologne University
1980 - 82	Research Assistant at the Institute for Genetics of the Cologne University
1980	Ph. D. at the Institute for Genetics of the University of Cologne.
1976	Diploma in biology at the University of Bonn

## Research fields

Molecular basis of immunological memory, long-lived plasma cells, control of autoimmunity, cytokine gene expression, flow cytometry and cell sorting.

## Activities in the scientific community

2006	Organisation of ENII-Meeting (European Network of Immunology Institutes)
2005,2006	Organisation of German Spring School on Immunology
2003 - 2005	Chairman of the federal German Medical Competence Network "Inflammatory Rheumatic Diseases"
2005	Chairman of the EC Network: CELLAID
2005	Scientific Committee of the Schering Stiftung
2005	President-elect of the German Society of Rheumatology
2000-2005	Organisation of international flow cytometry schools

*34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) gemeinsam mit der  
20. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO)  
18. bis 21. Oktober 2006 in Wiesbaden*

- 2002 - 2003 Coordinator of the national genome research network “BerlinFlame”
- 1999-2001 Committee for the Evaluation of Collaborative Research Grants (Sonderforschungsbereiche) of the German Research Council
- 1988-2006 Organisation of EMBO practical courses on flow cytometry and cell sorting in molecular biology
- 1994-1996 President of the German Society of Cytometry  
Coordinator of the Federal Science Network “Protective T Cells”,
- since 1995 Member of various EC Networks
- since 1990 Member of Collaborative Research Centers SFB 243, 577, 421, 618, 633, 650

**Honors and awards:**

- since 2003 Member of the Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina
- since 2002 Member of the Henry Kunkel Society
- 2000 Aronson Award
- 1994 Karl-Heinz Beckurts Award (Technology Transfer Award)
- 1981 Otto-Westphal Award of the German Society for Immunology
- 1974 – 78 Stipend of the „Studienstiftung des deutschen Volkes“

Andreas Radbruch has authored some 200 scientific research papers.

## Curriculum vitae

Prof. Wolfgang Rüter



Klinikadresse (1): Klinik und Poliklinik für Orthopädie des  
Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 42803-2670  
Fax: (040) 42803-5018  
E-mail: [ruether@uke.uni-hamburg.de](mailto:ruether@uke.uni-hamburg.de)

Klinikadresse (2): Orthopädische Klinik der Rheumaklinik Bad Bramstedt  
Oskar-Alexander-Str. 26  
24572 Bad Bramstedt  
Telefon: (04192) 90-2415  
Fax: (04192) 90-2388  
E-mail: [ruether@rheuma-zentrum.de](mailto:ruether@rheuma-zentrum.de)

### AUSBILDUNG (SCHULEN):

1957 – 1970 Schulausbildung; Abitur am Math.-Naturwiss. Gymnasium  
Menden

### AUSBILDUNG (HOCHSCHULEN):

1970 – 1973 Medizinstudium an der Universität Mainz  
1974 – 1976 Medizinstudium an der Universität Bonn  
Abschluß des Medizinstudiums 1976 mit dem Staatsexamen  
1971-1973 Studium der Psychologie an der Universität Mainz  
1974-1976 Studium der Psychologie an der Universität Bonn  
1977 Abschluß des Psychologiestudiums mit dem Vordiplom

### KLINISCHER WERDEGANG:

Orthopädische Abteilung des Bundeswehrkrankenhauses Gießen, Chirurgische  
Abteilung Waldkrankenhaus Bonn – Bad Godesberg, seit 1982 Orthopädische  
Klinik der Universität Bonn (Prof. Dr. Rössler), 1984 Facharzt für Orthopädie  
1988 – 1990 Orthopädische Abteilung der Rheumaklinik Bad Bramstedt (Prof. Dr.  
Tillmann). 1990 Anerkennung des Teilgebietes Rheumatologie  
1991 – 1996 C3-Professur für Orthopädie und Rheumatologie an der Orthopädischen  
Klinik der Universität Düsseldorf (Prof. Dr. Schulitz)  
Seit 1996 Direktor der Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf  
Seit 1997 gleichzeitig Chefarzt der Orthopädischen Klinik in der Rheumaklinik Bad  
Bramstedt

### WISSENSCHAFTLICHER WERDEGANG:

1984 Promotion mit dem Thema zur konservativen Skoliotherapie  
1987 Habilitation mit einer Arbeit über ektope Osteoneogenese und ihre pharma-  
kologische Beeinflussung

### MITGLIEDSCHAFTEN (DIE 5 WICHTIGSTEN):

Präsident der ARO Assoziation für Orthopädische Rheumatologie  
Vorstandsmitglied der DGRh (Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie)  
Vorstandsmitglied der DGOOC (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie)

## Curriculum vitae

Prof. Dr. Gerd Horneff



geboren am:	25.6.62 in Duisburg
WS 1981/82- SS 1987	Studium der Medizin an der Universität zu Köln
1984-1987	Stipendiat der Maria-und-Karl-Pesch-Stiftung, Köln
9.12.87	Approbation als Arzt
1.6.88-30.11.88	Assistenzarzt am Kinderkrankenhaus der Stadt Köln Chefarzt: Prof. Dr. F. Bläker
1.1.89-31.12.90	Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft Institut und Klinik für klinische Immunologie und Rheumatologie, Medizinische Klinik III der Universität Erlangen, Direktor: Prof. Dr. J.R. Kalden
26.3.89	Promotion, Note: Magna Cum Laude
1.1.91-31.7.98	Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Düsseldorf, Direktor: Prof. Dr. H.G. Lenard
25.4.96	Facharztanerkennung, Arzt für Kinderheilkunde
Dez. 1996	Ernennung zum Oberarzt der Klinik
12.6.97	Habilitation und Verleihung der Venia legendi für das Fach Kinderheilkunde durch die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
7.4.98	Anerkennung der Zusatzbezeichnung Allergologie
1.8.98- 30.11.03	Leitender Oberarzt der Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Martin-  Luther Universität Halle-Wittenberg, Direktor: Prof. Dr. Burdach

*34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) gemeinsam mit der  
20. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO)  
18. bis 21. Oktober 2006 in Wiesbaden*

8.11.01	Bestellung zum Stellvertreter des Klinikdirektors der Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
1.12.03-30.6.05	Kommissarischer Klinikdirektor der Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
28.5.2004 seit 1.7.05	Ernennung zum Außerplanmäßigen Professor Chefarzt und Direktor des Zentrums für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie, Asklepios Klinik Sankt Augustin
1.2.2006	Anerkennung Zusatzbezeichnung Kinderreumatologie

## Curriculum vitae

Prof. Dr. Angela Zink



Geburtsdatum 17. August 1953

## Ausbildung

- |             |   |
|-------------|---|
| 1972 - 1977 | Studium der Soziologie, Psychologie und Statistik; Diplom in Soziologie 1977 (Freie Universität Berlin) |
| 1984        | Promotion in Medizinischer Soziologie (Freie Universität Berlin)  |
| 1998        | Habilitation in Epidemiologie (Universitätsklinikum Charité, Berlin)                                    |
| 2003        | Stiftungsprofessur für Rheuma-Epidemiologie an der Charité Berlin                                       |

## Berufliche Positionen

- |             |   |
|-------------|---|
| 1977-1985   | Forschung und Lehre in Epidemiologie und Medizinischer Soziologie an der Freien Universität Berlin und dem Bundesgesundheitsamt |
| 1985 - 1991 | Leiterin des Fachbereichs Epidemiologie der GSD Gesellschaft für Systemforschung im Gesundheitswesen, Berlin                    |
| seit 1991   | Leiterin des Forschungsbereichs Epidemiologie des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums Berlin                                    |

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

## Curriculum vitae

Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle



- 1958 – 1964 Medizinstudium an der Humboldt-Universität, Berlin
- 1964 Approbation als Arzt
- 1964 Promotion an der Humboldt-Universität Berlin: „Spätes Versagen bei demonstrativ übernachhaltigen Persönlichkeiten“
- 1964 - 1987 Tätigkeit an der Medizinischen Klinik der Charité Berlin
- 10.02.1970 Anerkennung als Gebietsarzt für Innere Medizin
- Aufbau und Leitung einer immunologischen Spezialsprechstunde für Patienten mit rheumatischen Erkrankungen.
- Aufbau und Leitung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe „Hämostaseologie“
- 01.01.1975 Facultas docendi für das Fachgebiet Innere Medizin
- 01.03.1979 Ernennung zur Oberärztin der 1. Medizinischen Klinik der Charité
- Ambulante Tätigkeit in einer Spezialsprechstunde für Patienten mit immunologischen Erkrankungen.
- Stationäre Tätigkeit als Oberärztin der Immunologischen Abteilung der Klinik.
- Leiterin der interdisziplinären Arbeitsgruppe „Hämostaseologie der Charité“.
- Leiterin des Gerinnungslabors der Medizinischen Klinik.
- 02.02.1982 Habilitation an der Humboldt-Universität Berlin: „Klinisches Bild und ausgewählte immunologische Parameter bei Lupus erythematoses-Kranken unter besonderer Berücksichtigung von Hämostasestörungen“
- Anerkennung der Teilgebietsbezeichnungen Rheumatologie und Hämatologie.
- 01.02.1984 Berufung zum Hochschuldozenten für Innere Medizin an der Charité
- Vorlesungsverpflichtungen in Rheumatologie, Hämostaseologie und Innere Medizin
- 01.09.1989 Honorarprofessor für Innere Medizin an der Humboldt-Universität Berlin
- 01.01.1988 bis
- 30.09.2005 Chefarztin der Rheumaklinik Berlin-Buch
- 01.11.2005 Eröffnung einer RHEUMAPRAXIS in Berlin-Pankow

## Mitgliedschaften und Tätigkeiten

Generalsekretärin der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

Wissenschaftliche Leiterin der Rheumatologischen Fortbildungsakademie

*34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) gemeinsam mit der  
20. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO)  
18. bis 21. Oktober 2006 in Wiesbaden*

Mitglied in den Kommissionen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V.: Qualitätssicherung, Telekommunikation, Öffentlichkeitsarbeit, Patientenschulung, Versorgung

Mitglied des Beirates des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken

Vorstandsmitglied des Regionalen Rheumazentrums Berlin

Mitglied des geschäftsführenden Ausschusses der Arbeitsgemeinschaft Regionaler Kooperativer Rheumazentren in der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie

Mitglied des Koordinierungsausschusses des Kompetenznetz Rheuma

Vorstandsmitglied der Deutschen Rheumaliga - Landesverband Berlin

Schirmherrin der Regionalgruppe Berlin-Buch der Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e.V.

### **Auszeichnungen**

Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland

## Curriculum vitae

Professor Dr. med Elisabeth Märker-Hermann

Medizinstudium von 1976-1983 in Mainz,  
Promotion zum Doktor der Medizin 1984



## Wissenschaftlicher und beruflicher Werdegang

- Facharztausbildung in Basel (Rheumatologische Universitätsklinik) und Mainz (I. Medizinische Klinik und Poliklinik). Anerkennung als Fachärztin für Innere Medizin 1992, Schwerpunkt Rheumatologie 1993, Schwerpunkt Nephrologie 1998
- von 1993 bis Januar 2002 Oberärztin an der I. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Mainz
- 1993 Habilitation, Venia legendi für das Fach Innere Medizin an der Universität Mainz mit einer Arbeit über die Immunpathogenese der reaktiven Arthritis und des Morbus Bechterew/Spondylitis ankylosans
- 1998 Visiting Professor am Department of Rheumatology and Immunology, Harvard Medical School, Boston, USA
- Zum 01.02.2002 Berufung zur Chefärztin der Klinik Innere Medizin IV (Schwerpunkt Rheumatologie, klinische Immunologie und Nephrologie) der Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken GmbH Wiesbaden – Klinikum der Landeshauptstadt Wiesbaden, Akademisches Krankenhaus der Universität Mainz
- Seit 01.03.2005 zusätzlich Direktorin der HSK Klinik Schlangenbad (Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie)

## Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Gesellschaften

- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) [www.dgim.de](http://www.dgim.de)
- Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) [www.dgrh.de](http://www.dgrh.de) (Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Gesellschaft seit 1996, **Präsidentin der DGRh 2005 und 2006**)
- Deutsche Gesellschaft für Immunologie
- American College of Rheumatology
- Deutsche Gesellschaft für Nephrologie
- Saarländisch-Pfälzische Internistengesellschaft
- Arbeitsgemeinschaft Rheumatologie Rheinland-Pfalz
- Rheumazentrum Rhein-Main
- Akademie für Ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen

### **Publikationen**

- Über 120 wissenschaftliche Publikationen in internationalen Zeitschriften und Fachbüchern

### **Preise**

- Young Investigator's Award des European Workshop for Rheumatology Research 1990 und 1991
- 1993 Deutscher Morbus Bechterew-Forschungspreis
- 1994 Förderpreis des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft auf dem Gebiet der Rheumatologie
- 1995 Robert-Koch-Förderpreis der Robert-Koch-Stiftung

### **Drittmittelförderungen und Gutachtertätigkeiten**

- seit 1989 Förderung durch den Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft, die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG, SFB), das EU-Biomed-Programm und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF, zuletzt im Rahmen des Kompetenznetz Rheuma)
- Gutachtertätigkeiten für zahlreiche internationale Fachzeitschriften und Forschungseinrichtungen

### **Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte:**

- Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans), andere HLA-B27-assoziierte Spondyloarthritiden, Arthritis psoriatica, rheumatoide Arthritis
- Immunologische Erkrankungen, Genetik und Infektionen
- Lupus erythematoses (SLE) und Vaskulitiden
- Rheumatische Erkrankungen und Niere
- Rheumatische Erkrankungen und Magen-Darm-Trakt
- Neue Immunsuppressiva
- Rheuma und Schwangerschaft



## Bestellformular Fotos

### Kongress-Pressekonferenz

Donnerstag, 19. Oktober 2006, 11.00 bis 12.00 Uhr  
Rhein-Main-Hallen, Raum 12

Bitte schicken Sie mir folgendes Foto per E-Mail:

- Professor Dr. med. Gerd Horneff
- Professor Dr. med. Erika Gromnica-Ihle
- Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann
- Professor Dr. rer. nat. Andreas Radbruch
- Professor Dr. med. Wolfgang Rüter
- Professor Dr. rer. pol. Angela Zink

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

**Pressekontakt DGRh:**  
DGRh Kongress-Pressestelle  
Anne-Katrin Döbler/Anna Julia Voormann  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 89 31 552  
E-Mail: [info@medizinkommunikation.org](mailto:info@medizinkommunikation.org)  
Internet: [www.dgrh.de](http://www.dgrh.de)

**Pressekontakt ARO:**  
ARO Pressestelle  
Claudia Rehart  
Vor der Höhe 45  
63225 Langen  
Tel: 0177 253 26 26  
E-Mail: [info@cr-marketing.de](mailto:info@cr-marketing.de)  
Internet: [www.rheuma-orthopaedie.de](http://www.rheuma-orthopaedie.de)

**zurückfaxen bitte an 0711 / 8931 – 566/167**