



Vorab-Pressekonferenz anlässlich

des 47. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der 29. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)

Termin: Donnerstag, 29. August 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 4

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

Themen und Referenten

Wann ist es Lupus – wann nicht?

Welche Veränderungen die neuen europäisch-amerikanischen Klassifikationskriterien für Behandlung und Forschung mit sich bringen

Professor Dr. med. Martin Aringer, Tagungspräsident DGRh, Leiter der Abteilung für Rheumatologie an der Medizinischen Klinik und Poliklinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

Schonhaltung, Schmerz, Gelenkschwellungen – erste Anzeichen und Symptome von Rheuma bei Kindern rechtzeitig erkennen

Professor Dr. med. Kirsten Minden, Kinderreumatologin an der Universitäts-Kinderklinik, Charité, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Leiterin der AG Kinder- und Jugendrheumatologie am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ), Berlin

Aktuelle Zahlen: Wie gut sind Patienten mit Rheuma in Deutschland versorgt?

Rotraut Schmale-Grede, Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, Bonn

Kleine Gelenke – großer Schmerz: Behandlungsmöglichkeiten der Fingerpolyarthrose

Professor Dr. med. Ralph Gaulke, Vizepräsident der DGORh, Leiter der Sektion Obere Extremität, Fuß- und Rheumachirurgie, Ständiger Vertreter des Direktors der Unfallchirurgischen Klinik, Medizinische Hochschule Hannover

Therapie der frühen rheumatoiden Arthritis: Anspruch und Wirklichkeit bei Behandlung und Therapie

Professor Dr. med. Hendrik Schulze-Koops, Präsident der DGRh, Leitung der Rheumaeinheit des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München

Moderation: Janina Wetzstein, Pressestelle DGRh, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-457, Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de



47. Kongress der DGRh, 33. Jahrestagung der DGORh, 29. Jahrestagung der GKJR
4. bis 7. September 2019 im Internationalen Congress Center Dresden

Autoimmunerkrankung Lupus sicher erkennen und gezielt behandeln Rheumatologen begrüßen internationalen Kriterienkatalog

Berlin, 29. August 2019 – Mal kündigen Hautausschläge einen systemischen Lupus erythematoses (SLE) an, mal treten Gelenkschmerzen als erste Symptome auf. Auch scheinbar grundloses Fieber kann auf die entzündliche Autoimmunerkrankung hindeuten, die meist Frauen im gebärfähigen Alter betrifft. Aufgrund der Vielfalt der Symptome wird der SLE oft erst spät erkannt. Umso mehr begrüßt die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) nun die neuen SLE-Klassifikationskriterien, die dazu beitragen sollen, dass Patienten mit SLE schneller erkannt und einer gezielten Therapie zugeführt werden. Einen Überblick über die neuen europäisch-amerikanischen Klassifikationskriterien gibt die DGRh auf der heutigen Pressekonferenz.

Der SLE zählt zu den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, denen eine Fehlsteuerung des Immunsystems zugrunde liegt. „Beim SLE verursachen Autoantikörper Entzündungen in verschiedenen Organsystemen“, erläutert Kongresspräsident Professor Dr. med. Martin Aringer, Leiter der Rheumatologie an der Medizinischen Klinik und Poliklinik III am Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden. Die Krankheit könne sich daher prinzipiell überall im Körper bemerkbar machen. Besonders häufig seien jedoch Haut und Schleimhäute, Gelenke, Muskeln und Nieren von den Entzündungen betroffen, seltener auch das Gehirn.

Als wichtigster diagnostischer Suchtest auf einen SLE gelten sogenannte antinukleäre Autoantikörper (ANA) im Blut der Patienten. Diese können jedoch auch bei gesunden Menschen vorkommen, weshalb noch weitere Kriterien erfüllt sein müssen, um die Erkrankung als SLE einzuordnen. Als SLE-typisch gelten etwa schmetterlingsförmige Hautrötungen im Gesicht, Haarausfall, wunde Stellen in Mund oder Nase, Flüssigkeitsansammlungen um Lunge oder Herz, Eiweiß im Urin bei Nierenbeteiligung oder verschiedene Blutbildveränderungen. Diese werden jedoch nur dann als SLE-Symptome gewertet, wenn es keine näherliegende Erklärung gibt. Außerdem werden sie unterschiedlich stark gewichtet. „Die Neugewichtung soll dazu beitragen, die Zahl der Fehleinschätzungen



weiter zu verringern“, sagt Professor Aringer, der gemeinsam mit Dr. Sindhu Johnson von der Universität Toronto federführend an der Entwicklung der neuen EULAR/ACR-Klassifikationskriterien beteiligt war.

Klassifikationskriterien sind eine entscheidende Grundlage für die Testung neuer Medikamente und die Erforschung der Erkrankung. Dafür ist wichtig, dass sie möglichst genau SLE-Patienten von Patienten mit anderen Erkrankungen unterscheiden. Die neuen Kriterien sind darin mathematisch noch präziser als die bisher verwendeten Kriterien des American College of Rheumatology (ACR) und der Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC). Zudem prägen Klassifikationskriterien gerade bei so seltenen und komplexen Erkrankungen wie dem SLE das Bild, das Ärztinnen und Ärzte von der Erkrankung haben. Die Autoren sehen es deshalb als eine Stärke der neuen Kriterien, dass diese den heutigen Diagnoseweg möglichst gut abbilden – unter weltweiter Mitwirkung von Experten. Die neuen SLE-Kriterien sind die ersten jemals, die auch den Namen der EULAR (European League Against Rheumatism), der europäischen Dachgesellschaft der nationalen rheumatologischen Gesellschaften, tragen.

Eine Heilung, die auch nach Absetzen der Medikamente fortbesteht, ist beim SLE heute in der Regel nicht möglich. „Das Ziel muss aber sein, den SLE rasch zu erkennen und so zu behandeln, dass die Krankheitsaktivität verschwindet und Schübe ausbleiben. So können lebensgefährliche Situationen und dauerhafte Schäden vermieden werden – und ein weitgehend normales Leben bleibt möglich“, sagt Aringer. Gerade zur frühen Erkennung könnten die neuen Kriterien wesentlich beitragen.

Quelle:

Aringer M, Costenbader KH, Daikh DI, et al., 2019 EULAR/ACR Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. Ann Rheum Dis 2019 Sep; 78(9):1151-1159, Epub 2019 August 5, und Arthritis Rheumatol 2019; August 6 (Epub ahead of print).

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-457, Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de



47. Kongress der DGRh, 33. Jahrestagung der DGRh, 29. Jahrestagung der GKJR
4. bis 7. September 2019 im Internationalen Congress Center Dresden

Auf diese Symptome sollten Eltern achten Rheuma bei Kindern: Frühzeitige Therapie entscheidet über Behandlungserfolg

Berlin, 29. August 2019 – Aktuelle Zahlen vom Deutschen Rheuma-Forschungszentrum zeigen: Menschen mit Rheuma, die bereits als Kind unter der Erkrankung litten, geht es umso besser, je früher sie wirksam medikamentös behandelt wurden. Sie haben seltener massive Gelenkschäden und Begleiterkrankungen wie Osteoporose oder Kleinwuchs und erreichen häufiger die sogenannte therapiefreie Remission, sind also mit großer Wahrscheinlichkeit geheilt. Entscheidend für den Therapieerfolg ist allerdings, dass die Erkrankung möglichst früh entdeckt wird. Welche Behandlungspfade derzeit erprobt werden, worauf Eltern und Ärzte achten müssen, um eine juvenile idiopathische Arthritis (JIA), das kindliche Gelenkrheuma, frühzeitig zu erkennen, erläutern Experten bei der heutigen Vorab-Pressekonferenz in Berlin anlässlich des 47. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh).

Zwei bis drei von 1 000 Kindern unter 16 Jahren erkranken an einer Gelenkentzündung. Besteht diese ohne Grund länger als sechs Wochen, spricht man von einer JIA. Im Durchschnitt dauert es jedoch vier Monate, bis ein Kind mit der Erkrankung bei einem Rheumatologen vorstellig wird. „Innerhalb von Monaten kann es bereits zu nicht umkehrbaren Schädigungen an den Gelenken kommen“, warnt Professor Dr. med. Kirsten Minden, Kinderreumatologin an der Universitäts-Kinderklinik, Charité, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) und Leiterin der AG Kinder- und Jugendrheumatologie am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ) in Berlin. Besonders in der frühen Erkrankungsphase ist Rheuma schwer zu erkennen. „Vor allem kleine Kinder benennen in der Regel keine Schmerzen. Sie nehmen eine Schonhaltung ein oder vermeiden bestimmte Bewegungen“, so die Expertin. Darauf sollten Eltern achten. Auch wenn Gelenke, häufig sind hier die Knie betroffen, ohne Anlass geschwollen sind oder das Kind einen humpelnden Gang hat, sollten



die Eltern schnell reagieren und den Kinderarzt aufsuchen. Er hilft dabei, die Symptome einzuordnen und überweist, wenn nötig, an den Kinderrheumatologen.

Neueste Forschungen und Beobachtungsstudien zeigen, dass eine medikamentöse Therapie der JIA größere Erfolge verspricht, wenn sie bereits in einem frühen Stadium der Erkrankung beginnt. Daher lautet die Behandlungsempfehlung für Kinder mit rheumatischen Gelenkentzündungen nun, früher als bisher eine Therapie, unter Umständen auch mit Biologika, in Erwägung zu ziehen. Ziel ist es, in den ersten sechs Behandlungsmonaten eine inaktive Erkrankung zu erreichen. Dahinter steht die Beobachtung, dass ein frühes Krankheitsstadium mit Medikamenten besser beeinflussbar ist als ein spätes und frühe Entzündungsprozesse komplett rückbildungsfähig sind.

„Die Wege zum Erreichen einer inaktiven Erkrankung sind allerdings noch nicht ausreichend standardisiert, und frühzeitig zu definieren, welches Kind welche Therapieintensität benötigt, ist noch immer schwierig“, sagt Professor Dr. med. Reinhard Berner, Tagungspräsident beim Rheuma-Kongress von Seiten der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR), Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden. Um die Behandlung der Kinder weiter zu harmonisieren und zu optimieren, haben Expertengruppen der GKJR für einzelne Rheumaformen mögliche Therapiepfade vorgeschlagen. Wie gut diese im Alltag funktionieren, wird jetzt im Rahmen der bundesweiten Beobachtungsstudie ProKind untersucht, welche vom Innovationsfond des gemeinsamen Bundesausschusses gefördert wird. Die JIA und ihre Behandlung werden auch Thema beim Rheuma-Kongress vom 4. bis 7. September in Dresden sein.



Quelle:

Minden K, Horneff G, Niewerth M, et al. The time of DMARD start in Juvenile Idiopathic Arthritis determines the likelihood of a drug-free remission in young adulthood. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019 Apr;71(4):471-481.

Listing M, Mönkemöller K, Liedmann I, et al. The majority of patients with newly diagnosed juvenile idiopathic arthritis achieve a health-related quality of life that is similar to that of healthy peers – results of the German multicenter inception cohort (ICON). *Arthritis Res Ther* 2018;20:106.

Guzman J, Henrey A, Loughin T, et al.; ReACCh-Out Investigators. Predicting Which Children with Juvenile Idiopathic Arthritis Will Not Attain Early Remission with Conventional Treatment: Results from the ReACCh-Out Cohort. *J Rheumatol*. 2019 Jun;46(6):628-635.

Ravelli A, Consolaro A, Horneff G, et al. Treating juvenile idiopathic arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2018 Jun;77(6):819-828.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-457, Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de



47. Kongress der DGRh, 33. Jahrestagung der DGORh, 29. Jahrestagung der GKJR
4. bis 7. September 2019 im Internationalen Congress Center Dresden

Bloße Alterserscheinung? Schmerzhaftes Fingergelenke nicht hinnehmen Experten raten zu frühzeitiger Behandlung der Fingerpolyarthrose

Berlin, 29. August 2019 – Mehr als die Hälfte aller Frauen über 50 Jahren leiden nach längerer (Nacht)ruhe unter steifen, gelegentlich schmerzenden Fingern. Diese ersten Anzeichen einer Fingerpolyarthrose führen unbehandelt zu geschwollenen, unbeweglichen und deformierten Gelenken, die jeden Handgriff zur Qual werden lassen. Auch wenn es sich bei der Erkrankung in erster Linie um eine Abnutzungserscheinung handelt, müssen Betroffene nicht tatenlos zusehen. Zur Verfügung stehen je nach Schweregrad unterschiedliche Therapien – von Bewegungsübungen bis hin zur Operation. Einen Überblick geben Experten auf der heutigen Vorab-Pressekonferenz am 29. August 2019 in Berlin anlässlich des Rheuma-Kongresses. Dieser findet von 4. bis 7. September 2019 in Dresden statt.

Die Fingerpolyarthrose ist stark verbreitet: Frauen trifft sie neunmal häufiger als Männer, oft sind Betroffene familiär vorbelastet. Ursache für die Erkrankung ist die Abnutzung der Gelenke. Auch wenn die Fingerpolyarthrose zusammen mit einer entzündlichen Gelenkerkrankung auftreten kann, sollten diese beiden Erkrankungen wegen des unterschiedlichen Erscheinungsbildes und der andersartigen Therapie voneinander getrennt werden. Schmerzende Fingergelenke werden dennoch allzu oft als bloße Alterserscheinung hingenommen. Dabei gibt es gerade bei rechtzeitiger Diagnose wirksame und schonende Anwendungen und Therapien, die den Krankheitsverlauf hinauszögern. Erst im fortgeschrittenen Stadium kommen Medikamente oder gar operative Eingriffe zum Einsatz. „Gerade zu Beginn der Erkrankung haben die Patienten zwar schon knöcherne Deformierungen an den Händen, aber unter Umständen noch gar keine Schmerzen“, sagt Professor Dr. med. Ralph Gaulke, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) und Leiter der Sektion obere Extremität, Fuß- und Rheumachirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Bereits in diesem frühen



Stadium könnten Betroffene beginnen, mittels täglicher Bewegung der Finger die Beweglichkeit der Gelenke zu trainieren und so zu erhalten.

Kommen erste Schmerzen auf, ist es entscheidend für die Behandlung, ob es sich um aktuell entzündungsbedingte Schmerzen – im „warmen“ Gelenk – handelt, oder ob sie rein verschleißbedingt sind; dann ist das Gelenk in der Regel „kalt“. Ist letzteres der Fall, wirken Wärmeanwendungen schmerzlösend auf ein geschädigtes Gelenk. Bei „warmen“ Gelenken können Eisbäder helfen. Auch individuell angefertigte Schienen können das Gelenk entlasten und dadurch Linderung verschaffen. Wird die Fingerpolyarthrose jedoch von einer Entzündung begleitet, ist sie schwerer zu behandeln. Viele Betroffene greifen zu schmerzstillenden und entzündungshemmenden Medikamenten. „Das ist leider keine Dauerlösung, zumeist sind schwere Nebenwirkungen für Herz-Kreislauf-System und Magen-Darm-Trakt die Folge regelmäßiger Medikamenteneinnahme“, warnt Experte Gaulke. Im ersten Schritt empfiehlt er auch hier, die Schmerzen über die Temperatur zu lindern.

Helfen Anwendungen nicht mehr weiter, ist die dauerhafte Verträglichkeit schmerzstillender Medikamente nicht gegeben oder schränkt die Fingerpolyarthrose Betroffene allzu sehr beim Bewegen der Hände ein, kann eine Operation in Betracht gezogen werden. Durch das Greifen sind häufig die Gelenke von Daumen und Zeigefinger betroffen: Im Daumensattelgelenk reibt der Mittelhandknochen bei jeder Bewegung auf dem Vieleckbein, einem Handwurzelknochen. Dieser wird daher bei einer Operation entfernt. Die verbleibende Lücke führte in der Vergangenheit dazu, dass nach einiger Zeit erneut eine Instabilität beim Greifen im Daumen entstand. Daher sind einige Operateure dazu übergegangen, anstelle des Knochens einen Kunststoffplatzhalter einzusetzen. Dieser löst sich langsam auf und wird durch festes Narbengewebe ersetzt – mit sehr guten klinischen Ergebnissen. Bei Mittel- und Endgelenken der Finger bringt eine Gelenkversteifung das beste Ergebnis. „Zu diesem Mittel sollten wir erst greifen, wenn die Schmerzen nicht mehr anderweitig behandelbar sind – die Folge einer Versteifung ist nämlich ein vollständiger Funktionsverlust im jeweiligen Gelenk“, ergänzt Dr. med. Roger Scholz, Tagungspräsident seitens der DGORh und Chefarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie an der COLLM KLINIK OSCHATZ. Dabei sei die Funktion der Gelenke nicht zu unterschätzen: Daumen und Zeigefinger ermöglichen das Greifen als grundlegende Bewegung für ein selbstständiges Leben. Aber auch die restlichen Finger und Gelenke leisten ihren Teil, stabilisieren den Griff und tragen zur Entlastung des Daumengelenks bei. „Deswegen gilt: Bei ersten Schmerzen in den Fingergelenken sollten



Betroffene einen Arzt aufsuchen, damit die Erkrankung frühzeitig optimal behandelt werden kann“, so Scholz.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-457, Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de

EXPERTENSTATEMENT

Wann ist es Lupus – wann nicht?

Welche Veränderungen die neuen europäisch-amerikanischen Klassifikationskriterien für Behandlung und Forschung mit sich bringen

Professor Dr. med. Martin Aringer

Tagungspräsident DGRh, Leiter der Abteilung für Rheumatologie an der Medizinischen Klinik und Poliklinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

Der Rheumatologen-Kongress nächste Woche in Dresden hat zwei Schwerpunkte, die bewusst eine Brücke über die gesamte Rheumatologie spannen: einerseits die Autoimmun-Systemerkrankungen und andererseits die Arthrose, die Gelenkabnutzung. Mein Schwerpunkt als internistischer Rheumatologe am Uniklinikum Dresden sind die Autoimmun-Systemerkrankungen. Ein prominentes Beispiel dafür ist der SLE, der systemische Lupus erythematodes. Und da trifft es sich, dass zufällig zeitgleich die Publikation der neuen EULAR/ACR-Kriterien für den SLE, an denen wir jetzt gut fünf Jahre gearbeitet haben, mit dem Kongress zusammenfällt.

Der SLE ist eine komplizierte Erkrankung. Die Erkrankung betrifft etwa jede tausendste Frau und jeden zehntausendsten Mann und kann praktisch alle Organe schädigen. Das betrifft zum Beispiel die Gelenke, die Haut, die Nieren, Herzbeutel und Rippenfell oder verschiedene Blutkörperchen. Und bei jeder Patientin und jedem Patienten sind die betroffenen Organe unterschiedlich. Das kommt daher, dass das Immunsystem bei dieser Erkrankung verschiedene Autoantikörper macht. Vorstellen kann man sich das wie eine Impfung gegen körpereigene Gewebe. Wie es zu diesen Autoantikörpern kommt, ist noch nicht ganz klar, aber jede SLE-Patientin und jeder -Patient hat mehrere unterschiedliche Autoantikörper.

Einige dieser Autoantikörper kann man heute direkt messen, aber viele andere erkennen wir nur an ihren Folgen. Deshalb ist die Erkennung dieser ohnedies eher seltenen Erkrankung nicht ganz einfach. Und es ist auch nicht einfach, Medizinstudierenden ein Konzept des SLE mitzugeben, damit sie Jahre später SLE-Patienten erkennen können. Was unser Bild der Erkrankung wesentlich beeinflusst hat, sind sogenannte Klassifikationskriterien – die Diagnose ist ein sehr individueller Prozess, in den sehr viele Informationen einfließen. Aber auch wissenschaftlich möchten wir möglichst präzise festlegen, wer an SLE leidet und wer nicht. Wenn zu viele Patienten mit einer ganz anderen Erkrankung an einer SLE-Studie teilnehmen, gefährdet das das Ergebnis. Dafür brauchen wir einen objektiven und relativ einfachen Maßstab, eben Klassifikationskriterien.

Die jetzt brandneuen Klassifikationskriterien entstanden in einem gemeinsamen Projekt der EULAR, der europäischen Dachgesellschaft der Rheumatologen, und des ACR, des American College of Rheumatology. Zum ersten Mal steht die EULAR, und damit Europa, auf solchen Kriterien gleichrangig drauf. Initiiert haben das Projekt Prof. Thomas Dörner an der Charité und ich am Uniklinikum Dresden. Auch sonst gab es eine wesentliche deutsche Beteiligung. Herr Prof. Matthias Schneider und Herr Dr. Ralph Brinks in Düsseldorf haben sich ebenso maßgeblich beteiligt wie Frau Prof. Bimba Hoyer in Kiel, Herr Prof. Falk Hiepe wieder hier in Berlin und Herr Dr. Nicolai Leuchten in meinem Team in Dresden. Insgesamt war das aber ein wirklich weltweites Projekt. Auf der ACR-Seite hat das Projekt Frau Dr. Sindhu Johnson in Toronto mit mir geleitet. Neben europäischen und nordamerikanischen Zentren beteiligten sich SLE-Experten weltweit, unter anderem aus Mexiko, Hongkong und Japan.

Neue Kriterien müssen zeigen, dass sie statistisch besser sind als die Vorgängermodelle, und diesen Test haben unsere Kriterien bestanden. Aber was hat sich inhaltlich geändert? Einerseits haben wir den klassischen Suchtest für die ganze Erkrankungsgruppe, die ANA oder antinukleären Antikörper, in die Position eines Suchtests umgereiht – bei Klassifikationskriterien heißt das dann Eingangskriterium. Das heißt, dass die neuen Kriterien SLE ganz ohne ANA nicht bestätigen können, aber fast alle SLE-Patienten haben ANA. Dann haben wir den einzelnen wichtigen Befunden jeweils eine Wertigkeit zugeordnet. Manche der Probleme treten bei ganz vielen Erkrankungen auf und zählen daher relativ wenig. Andere, besonders eine Nierenbiopsie mit einer schweren SLE-Nierenentzündung, machen einen SLE schon sehr wahrscheinlich. Und ein Kriterium kam neu dazu, nämlich Fieber. Das haben nämlich viele Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenem SLE. Klarerweise tritt Fieber auch bei Infektionen auf, und deshalb gibt es für die neuen Kriterien auch eine einfache Regel: Wenn es eine bessere Erklärung gibt (wie eine Lungenentzündung für Fieber), wird das nicht für die SLE-Klassifikation gezählt.

Alle diese Veränderungen sollen die Genauigkeit der Zuordnung verbessern und helfen, Patienten früher als SLE-Patienten zu erkennen. Sie bilden auch besser ab, was SLE-Experten weltweit in ihrer Klinik tun. Daher hoffen wir, dass die neuen Kriterien helfen werden, dass Ärzte SLE besser und genauer erkennen und auch die richtigen Patientinnen und Patienten für SLE-Studien auswählen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, August 2019

EXPERTENSTATEMENT

Schonhaltung, Schmerz, Gelenkschwellungen – erste Anzeichen und Symptome von Rheuma bei Kindern rechtzeitig erkennen

Professor Dr. med. Kirsten Minden

Kinderrheumatologin an der Universitäts-Kinderklinik, Charité, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Leiterin der AG Kinder- und Jugendrheumatologie am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ), Berlin

Die Behandlung von Gelenkrheuma beziehungsweise der juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA) bei Kindern und Jugendlichen befindet sich im Umbruch. Der Grund hierfür sind immer mehr Hinweise, dass eine frühe und intensive medikamentöse Therapie die Langzeitprognose der JIA entscheidend verbessern kann. So zeigen Daten der am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum in Berlin geführten Langzeitbeobachtung JuMBO, dass es Betroffenen mit schwerer JIA im Erwachsenenalter umso besser ging, je früher sie mit Biologika behandelt wurden. Diese Medikamente können durch das Abfangen von Entzündungsbotschaften oder das Abbremsen aktivierter Immunzellen die rheumatische Entzündung kontrollieren. Die bereits in den ersten zwei Krankheitsjahren mit Biologika Behandelten hatten im Erwachsenenalter weniger häufig Gelenkschädigungen und Begleiterkrankungen, zum Beispiel einen Bluthochdruck, eine Osteoporose oder einen Kleinwuchs, als später Behandelte. Sie wiesen außerdem häufiger eine therapiefreie Remission auf, was einer Heilung am nächsten kommt.

Auch andere Untersuchungen zeigten, dass der Zeitpunkt des Therapiebeginns den Verlauf der Erkrankung entscheidend beeinflusst. Man nimmt an, dass ein frühes Krankheitsstadium mit Medikamenten besser beeinflussbar ist als ein spätes und frühe Entzündungsprozesse komplett rückbildungsfähig sind. Deshalb empfahl ein internationales Expertengremium jetzt auch für Kinder und Jugendliche mit Gelenkrheuma eine frühe und konsequente Therapie mit dem Ziel, innerhalb der ersten sechs Behandlungsmonate eine inaktive Erkrankung zu erreichen. Dass dieses anspruchsvolle Therapieziel realistisch ist, führen Ergebnisse aus aktuellen Beobachtungsstudien von neu an JIA Erkrankten vor Augen. Danach erreichen mit den heutigen Therapiemöglichkeiten etwa 95 Prozent der rheumakranken Kinder in den ersten fünf Erkrankungsjahren zumindest vorübergehend eine inaktive Erkrankung. Die Wege zum Erreichen einer inaktiven Erkrankung sind allerdings noch nicht ausreichend standardisiert. Um die Behandlung der Kinder mehr zu harmonisieren und weiter zu optimieren, haben Expertengruppen der kinderrheumatologischen Fachgesellschaft für einzelne Rheumaformen mögliche Therapiepfade vorgeschlagen. Wie gut diese im Alltag funktionieren, wird jetzt im Rahmen der bundesweiten Beobachtungsstudie ProKind untersucht, welche vom Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert wird.

Voraussetzung für eine frühe Therapie der Kinder mit Gelenkrheuma ist, dass diese rechtzeitig einem Kinder- und Jugendrheumatologen vorgestellt werden. Nach aktuellen Daten der Kinderkerndokumentation vergehen heute im Durchschnitt vier Monate vom Symptombeginn bis zur ersten Vorstellung beim Rheumatologen. Damit diese Zeitspanne kürzer wird, ist es wichtig, dass nicht nur Kinderärzte, sondern vor allem auch Eltern mögliche Symptome von Gelenkrheuma erkennen. Dazu gehören Schwellungen der Gelenke, vor allem des Kniegelenkes, und Bewegungsauffälligkeiten, zum Beispiel ein humpelnder Gang. Wichtig zu wissen ist, dass kleine Kinder in der Regel keine Schmerzen angeben, sondern die Schmerzen indirekt durch Schonhaltungen oder das Vermeiden von bestimmten Bewegungen zum Ausdruck bringen.

Sollte der Verdacht auf eine rheumatische Erkrankung bestehen, stehen mittlerweile über 180 Kinder und Jugendrheumatologen bundesweit für die Erkennung und Behandlung von Rheuma bei Kindern und Jugendlichen bereit.

Dieses Thema wird auf folgenden Sitzungen aufgegriffen:

Sitzung am 6. September: Update Therapien JIA

Sitzung am 7. September: Vigilanz, Therapie, Safety – was ist gesichert, was ist wirksam?

Literatur:

Minden K, Horneff G, Niewerth M, et al. Time of Disease-Modifying Antirheumatic drug (DMARD) start in Juvenile Idiopathic Arthritis and the Likelihood of a Drug-Free Remission in Young Adulthood. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019 Apr;71(4):471-481.

Listing M, Mönkemöller K, Liedmann I, et al. The majority of patients with newly diagnosed juvenile idiopathic arthritis achieve a health-related quality of life that is similar to that of healthy peers: results of the German multicenter inception cohort (ICON). *Arthritis Res Ther*. 2018;20(1):106.

Guzman J, Henrey A, Loughin T, et al. ReACCh-Out Investigators. Predicting Which Children with Juvenile Idiopathic Arthritis Will Not Attain Early Remission with Conventional Treatment: Results from the ReACCh-Out Cohort. *J Rheumatol*. 2019 Jun;46(6):628-635.

Ravelli A, Consolaro A, Horneff G, et al. Treating juvenile idiopathic arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2018 Jun;77(6):819-828.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, August 2019

EXPERTENSTATEMENT

Aktuelle Zahlen: Wie gut sind Patienten mit Rheuma in Deutschland versorgt?

Rotraut Schmale-Grede

Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, Bonn

Die gute Nachricht zuerst: Rheumakranke Menschen können immer besser behandelt werden. Ihre krankheitsbedingten Einschränkungen werden immer geringer, weil die Krankheit besser beherrscht werden kann und die durchschnittliche Krankheitsaktivität kontinuierlich sinkt. Das heißt, dass rheumakranke Menschen im Jahr 2019 deutlich funktionsfähiger sind als noch vor zehn bis 15 Jahren.

Diese Verbesserung darf aber keinesfalls darüber hinwegtäuschen, dass nach wie vor große Versorgungsprobleme bestehen.

In Deutschland vergeht immer noch zu viel Zeit, bis Menschen, die neu an entzündlichem Rheuma erkranken, ihre Therapie beginnen.

Das zeigen uns Daten, die regionale Rheumazentren regelmäßig erheben, ganz deutlich. Im Jahr 2017 zum Beispiel brauchen immer noch 17 Prozent der Patienten mit rheumatoider Arthritis und sogar 41 Prozent der Patienten mit ankylosierender Spondylitis mehr als zwei Jahre, bis sie bei einem Rheumatologen behandelt wurden und somit ihre Therapie starten konnten.

Nach wie vor bedeutet das für viele Betroffene, dass sie die Chance auf eine schnell beginnende Therapie und eine möglicherweise sogar medikamentenfreie Remission verpassen, denn nur bei früher Behandlung (innerhalb der ersten drei bis sechs Monate) gibt es eine gute Chance auf Remission.

Einer der Gründe für die späte Versorgung beim Facharzt ist der Mangel an Rheumatologen in Deutschland.

Seit Langem weist die Deutsche Rheuma-Liga auf dieses Problem hin. Mitte 2019 wurde bei der Neuordnung der Bedarfsplanung für Vertragsärzte durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nun die Möglichkeit geschaffen, dass knapp 100 Arztsitze für Rheumatologen zusätzlich bereitgestellt werden. Der G-BA wird darüber hinaus innerhalb von fünf Jahren überprüfen, ob weitere Zulassungsmöglichkeiten für die Sicherstellung der Versorgung in der Rheumatologie erforderlich sind.

*Vorab-Pressekonferenz anlässlich
des 47. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der 29. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
Donnerstag, 29. August 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

Dieser Erfolg ist unter anderem dem Engagement der Rheuma-Liga zu verdanken. Die neuen Arztsitze werden – das wissen wir – nicht sofort in ihrer Gesamtheit besetzt werden können. Auf diese Stellen werden sich nicht genügend Rheumatologen bewerben. Zu den nächsten großen Herausforderungen wird es deshalb gehören, ausreichend junge Mediziner für die Rheumatologie zu gewinnen. Die Deutsche Rheuma-Liga trägt schon mit ihrem Patient Partners Programm dazu bei, das Patientenwissen über die Erkrankung an die Ärzte weiterzugeben und einen entscheidenden Impuls für eine Auseinandersetzung mit der Krankheit zu geben.

Ein später Start der Therapie, verursacht durch den Rheumatologen-Mangel, ist einer der Gründe für die nicht optimale Versorgung Rheumakranker in Deutschland. Und hinzu kommt dann auch noch eine viel zu geringe Versorgung mit Heilmitteln.

Laut der Kerndokumentation des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums haben weniger als 30 Prozent der Betroffenen 2017 Krankengymnastik erhalten. Sogar Betroffene mit starken Funktionseinschränkungen (FFbH unter 50) bekamen bei den Männern nur zu 35 Prozent und bei den Frauen zu 51 Prozent Krankengymnastik verschrieben. Ergotherapie haben nur vier Prozent der Männer und sechs Prozent der betroffenen Frauen unter den schwer betroffenen Rheumakranken erhalten. Dabei wurden in den letzten Jahren die Möglichkeiten zur Verordnung ohne eine Gefahr von Regressen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wesentlich verbessert! Die Rheuma-Liga setzt sich deshalb weiterhin dafür ein, dass diese neuen Möglichkeiten in Zukunft noch besser genutzt werden.

Lassen Sie uns alle gemeinsam dafür sorgen, dass es Menschen mit Rheuma in Deutschland besser geht!

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, August 2019

EXPERTENSTATEMENT

Kleine Gelenke – großer Schmerz: Behandlungsmöglichkeiten der Fingerpolyarthrose

Professor Dr. med. Ralph Gaulke

Vizepräsident der DGORh, Leiter der Sektion Obere Extremität, Fuß- und Rheimachirurgie, Ständiger Vertreter des Direktors der Unfallchirurgischen Klinik, Medizinische Hochschule Hannover

Die Fingerpolyarthrose darf bei einer Prävalenz von 50 Prozent bei Frauen zwischen 50 und 60 Jahren als Volkskrankheit bezeichnet werden. Frauen sind neunmal häufiger betroffen als Männer. Es ist eine familiäre Häufung sowie eine Assoziation zur Adipositas beschrieben. Typischerweise sind das Daumensattelgelenk sowie die Fingermittel- und -endgelenke betroffen. Nach längerer Ruhe besteht ein Anlaufschmerz von wenigen Minuten im Gegensatz zur Morgensteife bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, welche deutlich länger anhält. Zu Beginn der Erkrankung fallen knöcherne Deformierungen der Fingerendgelenke auf, welche zunächst nicht schmerzen und daher keiner Behandlung bedürfen. In dieser frühen Phase ist es lediglich erforderlich, die Fingergelenke mehrmals täglich in vollem Umfang zu bewegen, um einer Bewegungseinschränkung vorzubeugen.

Schreitet die Gelenkzerstörung durch den Verschleiß fort, so können Instabilitäten vor allem am Zeigefinger, der durch den Gegengriff des Daumens besonders hohen Belastungen ausgesetzt ist, sowie im Daumensattelgelenk auftreten. Diese sind dann häufig von Schmerzen begleitet. Sind diese Schmerzen rein mechanisch bedingt, so können konfektionierte oder individuell angefertigte Schienen Linderung verschaffen. Deren Nachteil liegt in der Behinderung der Greiffunktion. Die Schienen sollten daher möglichst klein gestaltet werden. Bei arthrotischem Schmerz im „kalten“, nicht entzündeten Gelenk helfen Wärmeanwendungen, wie Paraffinkneten oder Schwammkneten im warmen Wasserbad. Pflöpft sich eine Entzündung auf die Arthrose, so führt dies zu einem „warmen“ Gelenk. Hier sind Kälteanwendungen, wie Eisbäder, sehr schnell wirksam und helfen, entzündungshemmende Medikamente, die schwere Nebenwirkungen am Herz-Kreislauf-System und Magen-Darm-Trakt verursachen können, einzusparen. Lassen sich die Schmerzen durch physikalische und medikamentöse Maßnahmen nicht beherrschen oder steht die Instabilität der Gelenke im Vordergrund, besteht die Indikation für operative Maßnahmen. Am Daumensattelgelenk wird bei der Operation das Vieleckbein (Trapezium), auf dem der Mittelhandknochen des Daumens schmerzhaft reibt, entfernt und die Stabilisierung des Mittelhandknochens des Daumens an dem des Zeigefingers durchgeführt. Hierdurch wird ein schmerzfrei belastbarer und stabiler Daumen wiederhergestellt. Zur Vorbeugung einer späteren erneuten Instabilität (Rezidiv) hat es sich in den letzten Jahren bewährt, anstelle des entfernten Vieleckbeines selbstauflösende Kunststoffplatzhalter

*Vorab-Pressekonferenz anlässlich
des 47. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der 29. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
Donnerstag, 29. August 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

einzusetzen. Diese werden innerhalb eines Jahres durch sehr festes Narbengewebe ersetzt und führen darüber zu sehr guten klinischen Ergebnissen. An den Mittel- und Endgelenken ist die Versteifung des instabilen Gelenkes in der funktionell günstigsten Stellung die Therapie der Wahl. An den Mittelgelenken können alternativ auch Silikonplatzhalter eingesetzt werden, die aber bei Belastung brechen können und innerhalb weniger Jahre durch Narbenbildung deutlich an Beweglichkeit verlieren. Operative Therapien sollten, da sie vor allem an den Fingermittel- und -endgelenken mit einem Funktionsverlust einhergehen, erst dann zur Anwendung kommen, wenn alle konservativen und medikamentösen Therapien ausgeschöpft sind.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, August 2019



Kongress-Pressekonferenz anlässlich

des 47. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der 29. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)

Termin: Donnerstag, 5. September 2019, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Internationales Congress Center Dresden, Seminarraum 7 (Seminarebene)

Adresse: Ostra-Ufer 2, 01067 Dresden

Themen und Referenten

DGRh 2019 – Highlights aus der Rheuma-Forschung und dem Rahmenprogramm

Professor Dr. med. Martin Aringer, Tagungspräsident DGRh, Leiter der Abteilung für Rheumatologie an der Medizinischen Klinik und Poliklinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

Ungeklärtes Fieber bei Kindern – wann Rheuma dahinterstecken kann

Professor Dr. med. Reinhard Berner, Tagungspräsident GKJR, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

und

Weg zur Diagnose und Alltag mit einem Kind mit dem seltenen Cinca-Syndrom

Familie M. mit der 3-jährigen Emma

Rheumatischer Kopfschmerz und seine Folgen: neue Erkenntnisse zur Riesenzellerarteriitis

Professor Dr. med. Bernhard Hellmich, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Rheumatologie und Immunologie an der Medius Klinik Kirchheim

Entzündete Wirbelsäule, verknöcherte Gelenke – was ändert sich für die Patienten mit der neuen Morbus-Bechterew-Leitlinie?

PD Dr. med. Uta Kiltz, Oberärztin am Rheumazentrum Ruhrgebiet, Herne

Der Rheumafuß: konservativ oder operativ behandeln?

Dr. med. Roger Scholz, Tagungspräsident DGORh, Chefarzt der Klinik Orthopädie und Unfallchirurgie an der Collm Klinik Oschatz

Management von Checkpoint-Inhibitor-Therapie-induzierten muskuloskelettalen Nebenwirkungen

Professor Dr. med. Hendrik Schulze-Koops, Präsident der DGRh, Leitung der Rheumaeinheit des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München

Moderation: Janina Wetzstein, Pressestelle DGRh, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-457, Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizin kommunikation.org
www.dgrh-kongress.de

Muskuloskeletale 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 JWJ (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.

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) ist mit rund 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 rheumakranker 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 rheumakranker 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.

DGRh-Geschäftsstelle

Geschäftsstelle der DGRh

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)

Anna Julia Voormann

Generalsekretärin

Köpenicker Str. 48/49

10117 Berlin

Tel.: 030 240484-70

Fax: 030 240484-79

E-Mail: anna.voormann@dgrh.de

www.dgrh.de

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Martin Aringer
Tagungspräsident DGRh, Leiter der Abteilung für Rheumatologie
an der Medizinischen Klinik und Poliklinik III, Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus, Dresden



* 1968

Beruflicher Werdegang:

- Seit 2007 Professor für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie und
Leiter des Bereichs Rheumatologie an der Medizinischen Klinik und
Poliklinik III, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Carl
Gustav Carus, TU Dresden
- Seit 2016 Direktor UCARE (UniversitätsCentrum für Autoimmun- und
Rheumatische Erkrankungen), Universitätsklinikum und Medizinische
Fakultät TU Dresden
- Bis 2006 Außerordentlicher Universitätsprofessor und Oberarzt
Klinische Abteilung für Rheumatologie, Universitätsklinik für Innere
Medizin III, Medizinische Universität Wien
- Seit 01.10.2004 Zusatzfacharzt Rheumatologie
Rheumatologie, Universitätsklinik für Innere Medizin III; Orthopädie;
Physikalische Medizin und Rehabilitation; Osteoradiologie, Radiologie,
Medizinische Universität Wien
- Seit 31.08.1999 Facharzt für Innere Medizin
Universitätskliniken für Innere Medizin III, I, II und IV, Universität Wien,
und Arthritis and Rheumatism Branch, NIAMS, NIH, Bethesda, MD, USA
- 1986–1992 Medizinstudium Universität Wien. Promotion 06.05.1992

*Vorab-Pressekonferenz anlässlich
des 47. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der 29. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
Donnerstag, 29. August 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Kollagenosen (SLE, SSc)
- Zytokine und Zytokinsignaltransduktion (JAK-STAT)
- Früharthritis
- Kristall-induzierte Arthritiden

Publikationen:

- 177 Manuskripte in Peer-Review-Journalen (60-mal Erst-, 31-mal Letztautor) –
106 Originalpublikationen, 71 Reviews und Editorials
- 37 Buchkapitel, Herausgeber von drei Büchern (fünf Auflagen)

Curriculum Vitae

Prof. Dr. med. Kirsten Minden
Vorstandsmitglied der GKJR, Rheumatologin
für Kinder und Jugendliche an der Charité Berlin,
Leiterin der AG Kinder- und Jugendrheumatologie
am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum
(DRFZ), Berlin



Beruflicher Werdegang:

- 1990 Staatsexamen an der Humboldt-Universität zu Berlin
- 1996 Facharzt für Kinderheilkunde
- 2006 Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugendrheumatologie
- 1994–1997 Spezialisierung auf dem Gebiet der Kinderrheumatologie,
kinderrheumatologische Abteilung der II. Klinik für Kinderheilkunde und
Jugendmedizin des Klinikums Berlin-Buch
- 1998–2000 Durchführung einer rheumaepidemiologischen Studie zur Langzeitprognose
der juvenilen Arthritis am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum Berlin
- Seit 2001 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum
Berlin, Forschungsbereich Epidemiologie
Leitung der kinderrheumatologischen Arbeitsgruppe (unter anderem der
Projekte: bundesweite Kerndokumentation rheumakrankter Kinder und
Jugendlicher, JIA-Biologikaregister JuMBO, Frühkohorte juvenile Arthritis
ICON)
- 2001–2006 Fachärztin, ab 2003 leitende Oberärztin in der Abteilung Kinder- und
Jugendrheumatologie der Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin des
HELIOS-Klinikums Berlin-Buch
- Seit 2006 Rheumatologin für Kinder und Jugendliche am Sozialpädiatrischen Zentrum
der Universitätskinderklinik der Charité
- Seit 2015 Professorin für Versorgungsforschung in der Rheumatologie am DRFZ und an
der Charité Berlin, Medizinische Klinik m.S. Rheumatologie und Klinische
Immunologie

Curriculum Vitae

Rotraut Schmale-Grede

Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga e.V., Bonn



- 1961 Ausbildung zur Sozialversicherungsfachangestellten bei der AOK
- 1975 bis 1979 Studium Sozialmedizin
- Seit 1979 Leiterin der Arbeitsgemeinschaft Schwäbisch Hall der Rheuma-Liga Baden-Württemberg e.V.
- Seit 1982 Mitglied der Projektgruppe bei der Rheuma-Liga Baden-Württemberg e.V.
- Seit 1984 Mitglied des Landesvorstands der Rheuma-Liga Baden-Württemberg e.V.
- 1994 bis 2018 Vizepräsidentin der Rheuma-Liga Baden-Württemberg e.V.
- 2000 bis 2016 Vizepräsidentin des Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
- Seit 2016 Präsidentin des Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Auszeichnungen:

- Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Ralph Gaulke
Vizepräsident der DGORh, Leiter der Sektion Obere Extremität,
Fuß- und Rheumachirurgie, Ständiger Vertreter des Direktors
der Unfallchirurgischen Klinik, Medizinische Hochschule Hannover



*1963

Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------------|---|
| Seit 01/2016 | Leiter der Sektion Obere Extremität, Fuß- und Rheumachirurgie,
Ständiger Vertreter des Klinikdirektors |
| 05/2012–12/2015 | Leitender Oberarzt der Unfallchirurgischen Klinik, Medizinische
Hochschule Hannover |
| 04/2005–04/2012 | Oberarzt der Unfallchirurgischen Klinik, Medizinische Hochschule
Hannover |
| 01/2002–03/2005 | Leiter der Sektion Handchirurgie in der Orthopädischen Klinik II:
Rheumaorthopädie/Endoprothetik, Orthopädische Klinik der Universität
Witten/Herdecke, Evangelische Stiftung Volmarstein |
| 11/1998–03/2005 | Oberarzt in der Abteilung Rheumaorthopädie, Handchirurgie und
arthroskopische Chirurgie, Orthopädische Klinik der Universität
Witten/Herdecke, Evangelische Stiftung Volmarstein |
| 02/1998–10/1998 | Funktionsoberarzt in der Abteilung Rheumaorthopädie, Handchirurgie
und arthroskopische Chirurgie, Orthopädische Klinik der Universität
Witten/Herdecke, Evangelische Stiftung Volmarstein |
| 11/1994–01/1998 | Assistenzarzt in der Orthopädischen Klinik der Universität
Witten/Herdecke, Evangelische Stiftung Volmarstein |
| 03/1994–10/1994 | Assistenzarzt in der Chirurgischen Klinik, St. Elisabeth Hospital
Gütersloh |
| 08/1992–03/1994 | Assistenzarzt (Arzt im Praktikum) in der Abteilung Unfall- und
Wiederherstellungschirurgie, Berufsgenossenschaftliches
Unfallkrankenhaus Hamburg |

*Vorab-Pressekonferenz anlässlich
des 47. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der 29. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
Donnerstag, 29. August 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

11/1990–08/1992 Assistenzarzt (Arzt im Praktikum) in der Abteilung Handchirurgie und
Plastische Chirurgie, Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus
Hamburg

Vorstandsmitgliedschaft in Fachgesellschaften:

- Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
- Gesamtvorstand der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)

Mitgliedschaft in Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
- Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)
- Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk (D.A.F.)
- Deutscher Hochschulverband (DHV)
- Regionales Kooperatives Rheumazentrum Niedersachsen

Fachzeitschriften:

- „arthritis + rheuma“ – Herausgeber
- „Der Unfallchirurg“ und „Aktuelle Rheumatologie“ – Beiratsmitgliedschaft