



Vorab-Pressekonferenz anlässlich

des 45. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 31. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der 27. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)

Termin: Mittwoch, 30. August 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 0107

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardstraße 55, 10117 Berlin

Themen und Referenten:

Durchbruch bei der Riesenzellerarteriitis: Medikament vor der Marktzulassung – Wie es wirkt und wem es hilft

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

Neue Kinasehemmer bei rheumatoider Arthritis: Welche Patienten profitieren davon?

Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz, Präsident der DGRh, Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinisch-wissenschaftlicher Leiter des Rheumazentrums Baden-Baden

Rheuma und Gelenkersatz

Dr. med. Ludwig Bause, Tagungspräsident DGORh, Chefarzt der Klinik für Rheumatologie am St. Josef-Stift Sendenhorst

Rheuma in Kindheit und Jugend: Prognose bei früher Diagnose

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

Jeder fünfte Rheuma-Patient gibt seinen Arbeitsplatz auf: Wie Rheuma und Beruf sich besser vereinbaren lassen

Rotraud Schmale-Grede, Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, Berlin

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) bei Rheuma – Die neue Versorgungsstruktur und ihre Auswirkungen für die Patienten

Professor Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek, Vorstandsvorsitzender des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken (VRA) und Direktor der Klinik für Rheumatologie und Geriatrie am Universitätsklinikum JWK Minden der RUB

Moderation: Dr. Adelheid Liebendörfer, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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



Vorab-Pressekonferenz anlässlich

des 45. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 31. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der 27. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)

Termin: Mittwoch, 30. August 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 0107

Anschrift: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardstraße 55, 10117 Berlin

Inhalt:

Pressemitteilungen

Redemanuskripte

Rheuma in Zahlen

Selbstdarstellung DGRh

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos

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

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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



Notfall Riesenzellarteriitis Neuer Wirkstoff erhöht die Heilungschancen

Berlin, 30. August 2017 – Sie tritt erst ab dem 50. Lebensjahr auf, betrifft vor allem Frauen und gibt sich durch starke Kopfschmerzen zu erkennen: Die Riesenzellarteriitis ist zwar selten, aber dennoch die häufigste Form der autoimmunen Gefäßentzündung. Als rheumatische Erkrankung verläuft sie chronisch, birgt ein gesteigertes Schlaganfallrisiko und sogar die Gefahr, akut zu erblinden. Wird die Riesenzellarteriitis rechtzeitig erkannt und konsequent behandelt, lässt sie sich aber abmildern und manchmal sogar stoppen. Ein neues Medikament kann die Chancen für eine Heilung nun offenbar erhöhen. Den Wirkstoff, der kurz vor der EU-Zulassung steht, stellt Kongresspräsident Professor Dr. med. Bernhard Hellmich auf der heutigen Vorab-Presskonferenz anlässlich des 45. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) vor. Der Kongress selbst findet Anfang September in Stuttgart statt.

Die durch die Riesenzellarteriitis verursachten Entzündungen betreffen hauptsächlich die größeren Gefäße im Bereich der Schläfen, können aber auch auf andere Gefäße wie die Aorta oder die Hirngefäße übergreifen. Die Patienten berichten häufig von starken Kopfschmerzen, auch die Muskeln im Becken und im Schultergürtel können teils heftige Beschwerden verursachen. Die entzündeten Blutgefäße fallen durch verdickte Wände auf, die von ihnen versorgten Gewebe werden oft nur noch unzureichend durchblutet. Wenn Gefäße betroffen sind, die die Netzhaut des Auges versorgen, kann die Entzündung daher innerhalb kurzer Zeit zur Erblindung des betroffenen Auges führen. Sind Hirngefäße beteiligt, drohen Schlaganfälle. „Eine Riesenzellarteriitis ist daher immer ein Notfall und muss sofort behandelt werden“, betont Professor Dr. med. Bernhard Hellmich, Kongresspräsident vonseiten der DGRh und Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Rheumatologie und Immunologie an der Medius Klinik Kirchheim.

Die Therapie der Erkrankung besteht bislang vor allem in der langfristigen Gabe von Cortison, die das Immunsystem bremsen und die Entzündung unterdrücken soll. Allerdings flammt die Krankheit oft wieder auf, sobald der Patient das Medikament absetzt. Nur bei rund der Hälfte der Betroffenen reicht eine Cortisonbehandlung von rund zwei Jahren aus. Die dauerhafte Gabe der Präparate bringt zudem Nebenwirkungen wie eine Osteoporose oder einen grauen Star mit sich.



Der neue Wirkstoff scheint die Behandlungsmöglichkeiten nun deutlich zu verbessern. Bei der Substanz namens Tocilizumab handelt es sich um einen Antikörper, der sich an den körpereigenen Interleukin-6-Rezeptor bindet. Dadurch unterbricht er die immunologische Reaktion, die der Gefäßentzündung zugrunde liegt.

In einer aktuellen Studie erhielten die teilnehmenden Patienten den Wirkstoff entweder im wöchentlichen oder im 14-täglichen Rhythmus. In beiden Gruppen lag die Remissionsrate nach einem Jahr bei über 50 Prozent – und das, obwohl bereits nach einem halben Jahr die begleitende Cortisontherapie beendet wurde. Von den Patienten, die die Glukokortikoide zwar ein ganzes Jahr lang einnahmen, dazu aber lediglich ein Plazebopräparat erhielten, konnten nur 18 Prozent als geheilt gelten. „Auch wenn einige Fragen, etwa zur Therapiedauer, noch ungeklärt sind, kann Tocilizumab schon jetzt als Meilenstein bei der Therapie der Riesenzellerarteriitis gelten“, sagt Hellmich.

In der jüngsten Vergangenheit hat sich auch die Diagnose der Erkrankung deutlich verbessert. Mit der Farbduplex-Sonografie steht nun eine nichtinvasive Methode zur Verfügung, mit der sich die typischen Gefäßveränderungen gut nachweisen lassen. „Die Entnahme einer Gewebeprobe ist dann oft überflüssig“, sagt Hellmich. Im Vergleich zu einer Biopsie sei der Ultraschall deutlich schneller, günstiger und für den Patienten weniger belastend. Gerade die Zeitersparnis bis zur Diagnosestellung sei entscheidend, um etwa bleibende Schäden der Augen zu vermeiden.

Über die Fortschritte bei Diagnose und Therapie der Riesenzellerarteriitis wird Professor Hellmich auch auf der heutigen Pressekonferenz am 30. August 2017 in Berlin berichten. Darüber hinaus informieren die Rheuma-Experten unter anderem über Rheuma in Kindheit und Jugend, die Vereinbarkeit rheumatischer Erkrankungen mit dem Beruf und das Thema Rheuma und Gelenkersatz.

Kontakt für Journalisten:

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



Gute Verträglichkeit und Wirksamkeit Neue Medikamentengruppe für Arthritis auf dem europäischen Markt

Berlin, 30. August 2017 – Etwa 800.000 Menschen in Deutschland leiden unter rheumatoider Arthritis. Damit ist sie die häufigste chronisch-entzündliche Rheuma-Erkrankung. Unbehandelt führt sie zu Gelenkentzündungen, die eine Schwerbehinderung des Patienten und seine Berufsunfähigkeit zur Folge haben können. Viele Rheuma-Medikamente wirken jedoch nur temporär oder schlagen beim Patienten gar nicht erst an. Eine in der Europäischen Union neu zugelassene Wirkstoffgruppe verspricht Hoffnung. Auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des 45. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in Berlin erläutern Experten ihre Vor- und Nachteile und betonen die Notwendigkeit neuer Therapieformen in der Rheumatologie.

Erkrankt ein Patient an rheumatoider Arthritis, empfehlen Ärzte, innerhalb der ersten drei Monate mit einer Therapie zu beginnen, da den Gelenken ansonsten nachhaltiger Schaden droht. „Doch nicht jeder Patient verträgt die zur Verfügung stehenden Mittel oder erfährt durch die Medikamente eine zügige Verbesserung des Befindens“, betont Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz, Präsident der DGRh. So sei es ein großer Erfolg, dass aktuell zwei neue Medikamente in der EU zugelassen wurden, die auf den Wirkstoffen Tofacitinib und Baricitinib basieren.

Die Wirkung der neuen Medikamentengruppe besteht in der Hemmung spezieller Enzyme, der Janus-Kinasen 1 und 3, deren Überaktivierung dazu führt, dass Zellen ein abweichendes immunologisches Verhalten zeigen und dadurch Erkrankungen wie die rheumatische Arthritis entstehen. „Mit den neuen Wirkstoffen ist es gelungen, Entzündungsprozesse, die die Arthritis hervorrufen, auf zellulärer Ebene zu unterbinden“, erklärt Lorenz. Klinische Studien belegen, dass die Medikamente bislang recht gut vertragen werden. „So sind diese Kinase-Inhibitoren die neuen Hoffnungsträger in der Rheumatologie – insbesondere für Patienten, bei denen auch die Biologika keine Wirkung zeigten“, so Lorenz. Denn selbst die derzeit viel eingesetzten Biologika-Therapien schlugen nicht bei jedem Patienten an oder verlören mit der Zeit ihre Wirkung. Ein



weiterer Vorteil: Sie können im Gegensatz zu Biologika in Tablettenform vom Patienten selbst eingenommen werden.

Der Stellenwert dieser neuen Therapie ist derzeit noch schwer einzuordnen. „Für Tofacitinib existieren bereits große Datenbanken aus den USA, der Schweiz und Russland, wo der Wirkstoff schon länger zugelassen ist. Dadurch wissen wir zumindest, dass die Therapie ähnlich sicher ist wie die mit Biologika und kaum unvorhergesehene Nebenwirkungen auftreten“, sagt Professor Dr. med. Bernhard Hellmich, Tagungspräsident der DGRh und Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Rheumatologie und Immunologie an der Medius Klinik Kirchheim.

In der Rheumatologie gibt es bislang nur wenige Optionen, mit denen sich Patienten behandeln lassen können, und viele Arzneimittel sind noch nicht zugelassen. Denn bis die Forschung beim Patienten ankommt, durchlaufen die Wirkstoffe etliche Jahre im Zulassungsverfahren. Daher ist die Entdeckung neuer Therapiestrategien für viele Tausend Patienten von großer Bedeutung. Seit den 1950er-Jahren wird Cortison als Basismedikament verwendet und seitdem meist mit anderen Medikamenten, die fortwährend entwickelt werden, kombiniert. Biologika und nun auch die Signaltransduktionsinhibitoren sind die aktuell effektivsten Therapien gegen rheumatoide Arthritis. „Ärzte und Patienten sind stets darauf angewiesen, dass neue Wirkstoffe entdeckt werden, die den Patienten helfen, die noch keine effektive Therapie genießen“, betont Hellmich.

Auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des DGRh-Kongresses berichten Rheumatologen über aktuelle Forschungsergebnisse und die Therapie mit den neuen Wirkstoffen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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



Rheuma bei Kindern und Jugendlichen Bilanz nach 17 Jahren Biologika: Mehr Lebensqualität, weniger Folgeschäden

Berlin, 30. August 2017 – Seit rund 17 Jahren wenden Rheumatologen Biologika zur Behandlung der Juvenilen Idiopathischen Arthritis (JIA), der häufigsten Rheumaform im Kindes- und Jugendalter, an. In Deutschland wurden bereits 1000 junge Patienten mit biotechnologisch hergestellten Medikamenten behandelt und bis ins Erwachsenenalter beobachtet. Wie gut ein Medikament tatsächlich wirkt, lässt sich oft erst einschätzen, wenn es bereits einige Jahre im Einsatz ist: Anlässlich des DGRh-Kongresses ziehen die Kinder- und Jugendrheumatologen eine positive Bilanz und erläutern Zahlen aus dem JIA-Register. Wie die Wirkstoffe die Lebensqualität junger JIA-Patienten verbessern, ist eines der Themen auf der heutigen DGRh-Pressekonferenz im Vorfeld der Jahrestagung der Rheuma-Fachgesellschaften in Berlin.

Rund jedes tausendste Kind in Deutschland erkrankt an Gelenkrheuma. „Allein aufgrund ihrer Häufigkeit bestimmt die JIA den kinderrheumatologischen Alltag“, sagt Professor Dr. med. Kirsten Minden, Kinderrheumatologin an der Kinderklinik der Charité und Leiterin der AG Kinder- und Jugendrheumatologie am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ) in Berlin. Ohne konsequente Therapie kann die fortschreitende Gelenkentzündung die Kinder und Jugendlichen erheblich einschränken. Die herkömmliche Basistherapie beruht vor allem auf Methotrexat, das die Überaktivität des Immunsystems unterdrückt. Es ist zwar gut wirksam, hilft aber nicht allen Patienten und wird manchmal nicht gut vertragen.

Mit Einführung der Biologika haben sich die Therapieoptionen deutlich erweitert. Dabei handelt es sich um biotechnologisch hergestellte Wirkstoffe – meist Antikörper – die gezielt ins Krankheitsgeschehen eingreifen. Damit verringern sie nicht nur die akuten Symptome, sondern verbessern auch den langfristigen Verlauf der Krankheit. Junge Rheuma-Patienten, die vor zehn Jahren das Erwachsenenalter erreichten, hatten in rund der Hälfte der Fälle mit Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparats zu kämpfen. Heute erreichen ungefähr zwei Drittel der Patienten die Volljährigkeit ohne solche Einschränkungen. Auch die Häufigkeit der gefürchteten Begleiterkrankungen hat durch den breiten Einsatz der Biologika deutlich abgenommen. „Die jungen Menschen treten mit einer immer besseren Lebensqualität in ihre Zwanziger ein“, freut sich Kirsten Minden. Wachstumsstörungen wie



etwa ein Kleinwuchs träten statt bei 5 Prozent nur noch bei 0,5 Prozent der jungen JIA-Patienten auf und auch die Zahl der rheumatischen Augenentzündungen, die die Sehkraft gefährden, habe deutlich abgenommen. Junge Rheumatiker mit schwerer Polyarthritis benötigten zudem seltener einen künstlichen Gelenkersatz.

Wie gut die Krankheit und ihre Folgen in den Griff zu bekommen sind, hängt entscheidend davon ab, wie früh die Therapie einsetzt. „Daten des nationalen JIA-Registers JuMBO zeigen, dass Gelenkschädigungen und Funktionseinbußen im Erwachsenenalter umso seltener sind, je früher und konsequenter die Patienten behandelt werden“, betont Minden. Kinder mit schweren Rheumaformen, die innerhalb der ersten zwei Erkrankungsjahre eine Basistherapie mit Biologika und anderen Rheuma-Medikamenten wie Methotrexat erhielten, erreichten in 20 Prozent der Fälle das höchste Therapieziel und blieben auch ohne Medikamente langfristig symptomfrei. Setzte die konsequente Behandlung dagegen erst nach dem fünften Erkrankungsjahr ein, befanden sich nur fünf Prozent im Erwachsenenalter in sogenannter therapiefreier Remission – was ein dauerhaftes Nachlassen oder komplettes Verschwinden der Krankheitssymptome bedeutet.

Aktuelle Entwicklungen in der Therapie der JIA und ihrer Prognose stellt Professor Minden auf der heutigen Pressekonferenz in Berlin vor. Weitere Vorträge werden sich unter anderem mit der Vereinbarkeit rheumatischer Erkrankungen mit dem Beruf und mit dem Thema Rheuma und Gelenkersatz beschäftigen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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

Durchbruch bei der Riesenzellarteriitis: Medikament vor der Marktzulassung – Wie es wirkt und wem es hilft

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

Die Riesenzellarteriitis ist die in Nordeuropa häufigste Form einer autoimmunen Gefäßentzündung (Vaskulitis). Die Riesenzellarteriitis betrifft Menschen ab dem 50. Lebensjahr und verursacht häufig starke Kopfschmerzen, insbesondere im Bereich der Schläfen, Schmerzen der Becken- und Schultergürtelmuskulatur, Kauschmerzen und nicht selten auch einen ungewollten Gewichtsverlust und Fieber (1). Als schwere Komplikationen können auch Sehstörungen bis zur Erblindung oder Schlaganfälle auftreten. Die Riesenzellarteriitis wurde bis dato überwiegend ausschließlich mit initial hoch dosierten Glukokortikoiden therapiert. Die Behandlung mit Glukokortikoiden ist in der Regel zunächst erfolgreich. Ergebnisse aus in den letzten Jahren veröffentlichten großen Kohortenstudien aus den USA und Italien zeigen jedoch, dass es bei bis zu 70 Prozent der Patienten im weiteren Verlauf zu Rückfällen kommt, sobald die Dosis der Glukokortikoide reduziert oder die Therapie ganz ausgeschlichen wird. Zudem kommt es bei einem Teil der Patienten zu strukturellen Gefäßschäden, die dann z. B. bei Befall der Aorta zur Ausbildung von Aortenaneurysmen führen. Der hohe lang dauernde Bedarf an Glukokortikoiden führt im Krankheitsverlauf zu therapiebedingten Folgeschäden wie Osteoporose und Katarakt („grauer Star“).

Auf dem europäischen Rheumatologenkongress wurden im Juni 2017 neue europäische Empfehlungen (EULAR) zur Diagnose der Riesenzellarteriitis vorgestellt. Mit der umgehenden Durchführung einer Ultraschalluntersuchung der Gefäße in Spezialsprechstunden (sog. „Fast-Track-Clinic“) kann die Erkrankung schneller und in der Mehrzahl der Fälle auch ohne Biopsie sicher diagnostiziert werden, was dann auch die Gefahr einer Erblindung reduziert. Die Ergebnisse der dieser Empfehlung zugrunde liegenden TABUL-Studie (2) wird der Projektleiter Prof. Luqmani aus Oxford im September 2017 auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in Stuttgart vorstellen.

Neben den genannten verbesserten Möglichkeiten der Früherkennung dürfen Patienten jetzt auch auf klinisch relevante Fortschritte in der Therapie der Riesenzellarteriitis hoffen. Am 21. Juli 2017 hat das Komitee der europäischen Zulassungsbehörde für Medizinprodukte (EMA) eine positive Empfehlung zur Zulassung des Medikaments Tocilizumab zur Therapie der Riesenzellarteriitis ausgesprochen. Im Falle der in Kürze in den EU-Mitgliedstaaten somit zu erwartenden formalen Zulassung wäre Tocilizumab das erste zur Therapie der Riesenzellarteriitis zugelassene Medikament. Das zur Substanzklasse der Biologika

zählende Tocilizumab blockiert den Rezeptor des Zytokins Interleukin-6, eines Schlüsselmoleküls in der Pathogenese der Riesenzellarteriitis. Tocilizumab ist bereits seit einigen Jahren zur Therapie der Rheumatoiden Arthritis zugelassen.

Die der Zulassungsempfehlung für die Riesenzellarteriitis zugrunde liegenden Ergebnisse der GiACTA-Studie wurden am 27. Juli 2017 im New England Journal of Medicine erstmals publiziert und werden vom Erstautor der Studie, Prof. John Stone, Anfang September auf dem Kongress der DGRh in Stuttgart im Detail vorgestellt. In der multizentrischen randomisierten placebokontrollierten GiACTA-Studien wurden 251 Patienten mit einer Riesenzellarteriitis über ein Jahr entweder mit Tocilizumab oder Placebo behandelt. Alle Patienten erhielten zudem Glukokortikoide, je nach Therapiearm über 26 oder 52 Wochen. Primärer Endpunkt war die anhaltende (rezidivfreie) Remission nach 52 Wochen bei komplettem Ausschleichen der Glukokortikoide. Dieser primäre Endpunkt wurde in den beiden Tocilizumab-Therapiearmen (wöchentliche bzw. 14-tägige Gabe) signifikant häufiger erreicht (56 bzw. 53 %) als in den beiden Placebo-Gruppen mit 26 bzw. 52 Wochen Glukokortikoidtherapie (14 bzw. 18 %; $P < 0.001$). Der Verbrauch an Glukokortikoiden lag mit 1862 mg nach 52 Wochen in den Tocilizumab-Gruppen nur etwa halb so hoch wie in den Placebogruppen. Schwere Nebenwirkungen traten unter der Therapie mit Tocilizumab nicht häufiger auf als unter Placebo.

Auch wenn einige Fragen wie zur notwendigen Dauer der Therapie mit Tocilizumab und zur Verhinderung von Langzeitkomplikationen noch offen sind, stellen die Ergebnisse der GiACTA-Studie und die Zulassungsempfehlung doch einen weiteren Meilenstein in der Versorgung von Patienten mit einer Riesenzellarteriitis dar. Die jüngste Entwicklung zeigt zudem eindrucksvoll, dass auch bei seltener Erkrankung Fortschritte in der Diagnose und Behandlung möglich sind.

Literatur:

1. Hellmich B. Management der Polymyalgia rheumatica und der Riesenzellarteriitis. Internist 2016; 57: 1069–1078
2. Luqmani R, Lee E, Singh H et al. The role of ultrasound compared to biopsy of temporal arteries in the diagnosis and treatment of giant cell arteritis (TABUL): a diagnostic accuracy and cost effectiveness study. Health Technol Assess 2016; 20: 1–238

Weiterführende Literatur:

European Medicines Agencies (EMA). Tocilizumab – Summary of Opinion (post authorization). EMA/CHMP/431293/2017; 20 July 2017
Stone J, Tuckwell K, Dimonaco S et al. Trial of Tocilizumab for Giant-Cell Arteritis. New Engl J Med 2017; 377: 317–328.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Berlin, August 2017

Neue Kinasehemmer bei rheumatoider Arthritis: Welche Patienten profitieren davon?

Redemanuskript von Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz, Präsident der DGRh, Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinisch-wissenschaftlicher Leiter des Rheumazentrums Baden-Baden

Die rheumatoide Arthritis ist neben der Schuppenflechte-Arthritis die häufigste chronisch entzündliche rheumatische Erkrankung des Menschen. Sie betrifft bis zu 1 Prozent der Bevölkerung und führt unbehandelt zu einer Entzündung der Gelenke, die die Gelenkstrukturen tumorähnlich zerstören kann. Dieser aggressive chronisch entzündliche Prozess führt ohne Therapie zur Schwerbehinderung, zu Berufsunfähigkeit und Frühberentung.

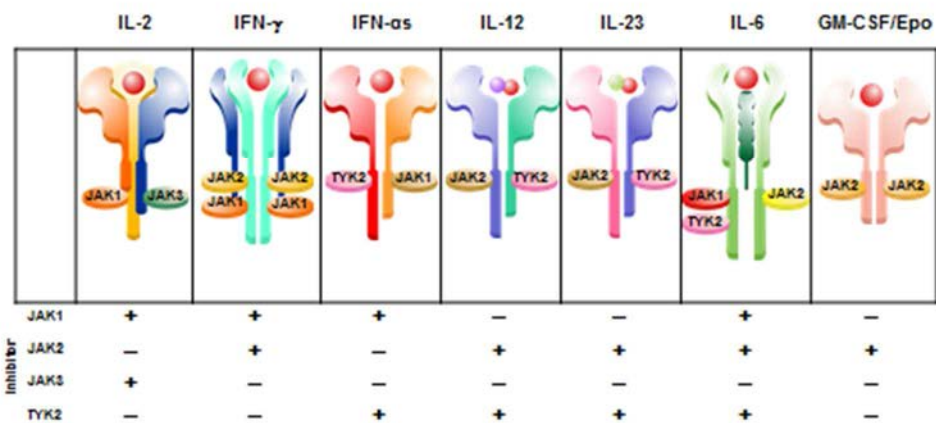
Fortschritte in der Behandlung der rheumatoiden Arthritis gab es erstmals in den 50er-Jahren durch die Einführung des Cortisons. Der nächste große Durchbruch war das Methotrexat, dessen Wertigkeit in der Behandlung dieser chronischen Entzündung in den 80er-Jahren entdeckt wurde. Methotrexat ist das meistverschriebene Basistherapeutikum. Ziel dieser Basistherapie ist es, die benötigte Kortisonmenge zu reduzieren und die chronische Entzündung so gut zu blockieren, dass der Patient bei normaler Belastbarkeit in Alltag und Freizeit und normaler Lebenserwartung keinerlei Entzündungszeichen mehr aufweist. Trotz dieser Fortschritte kam es weiterhin nach einer 5-jährigen Krankheitsdauer der rheumatoiden Arthritis bei etwa der Hälfte der Patienten zur Berufsunfähigkeit. Dies machte klar, dass innovative Therapiestrategien zur Beeinflussung der rheumatoiden Arthritis notwendig waren.

Basierend auf Forschungsergebnissen zur Entstehung dieser chronischen Entzündung konnten zu Beginn der 90er-Jahre monoklonale Antikörper in die Therapie der rheumatoiden Arthritis und später auch anderer chronisch entzündlich-rheumatischer Erkrankungen eingeführt werden. Diese monoklonalen Antikörper hatten den Vorteil, dass sie ganz punktuell bestimmte entzündungsvermittelnde Hormone (Zytokine) oder Zellen (T-Lymphozyten, B-Lymphozyten) entweder zerstörten oder blockierten und damit die schädigende entzündliche Kaskade entscheidend hemmten. Mit dieser Therapie (meist in Kombination mit Kortison und Methotrexat) gelang es schließlich, auch den Patienten ohne Ansprechen der bisherigen Therapie entscheidend zu helfen. Allerdings sprechen auch hier einige Patienten nicht an, bei anderen Patienten verliert sich die Wirkung der Biologika über die Zeit, sodass klar war, dass neue Therapieformen eingeführt werden mussten. Alle diese verwendeten therapeutischen Antikörper sind Eiweißmoleküle, die parenteral, d. h. als Infusion oder als subkutane Spritze, gegeben werden müssen, da sie sonst der Magensaft wie jedes andere Eiweiß zerstören und verdauen würde.

Die Erkenntnis, dass das Entzündungssignal eines Zytokins nach Bindung an seinen Rezeptor in der Zellmembran oft redundante intrazelluläre Signale wie Kinasen stimuliert und damit die Genaktivierung im Zellkern bedingt, führte zu der logischen Hypothese, dass eine Hemmung dieser entzündungsvermittelnden Kinasen vielleicht die Entzündungskaskade breiter und entscheidender beeinflussen kann, da gleichzeitig mehrere Zytokineffekte blockiert werden könnten. Nach einigen fehlgeschlagenen Versuchen gelang es schließlich, Signaltransduktionsinhibitoren der sogenannten Janus-Kinasen (JAK-Kinasen) zu entwickeln und in die Therapie einzuführen. Kürzlich wurden in der EU Tofacitinib (Xeljanz) und Baricitinib (Olumiant) zur Therapie der rheumatoiden Arthritis zugelassen. Die Wirkung besteht in der Hemmung der Janus-Kinasen 1 und 3 und somit einer Reihe von Zytokinsignalkaskaden. Klinische Studien belegen, dass die Medikamente recht gut vertragen werden. Einzig eine Infektion mit Herpes Zoster (Gürtelrose) tritt in geringem Maße häufiger auf. Die Verträglichkeit ist in der Regel sehr gut und die Wirkung selbst bei den Patienten nach einer der oben skizzierten Biologiktherapien vielversprechend: Somit besteht Hoffnung, dass auch bei bisher nicht gut zu therapierenden Patienten eine neue Klasse von Medikamenten entdeckt und in die Klinik eingeführt wurde, die bei diesen Patienten die bisher nicht therapierbare chronische Entzündung bessern können. Für das Tofacitinib existieren bereits große Datenbanken aus den USA, der Schweiz und Russland, wo das Medikament bereits länger zugelassen ist, die ein recht gutes Sicherheitsprofil andeuten. Ein möglicher Vorteil dieser Medikamente ist die chemische Struktur, sodass beide Medikamente als Tabletten eingenommen werden können.

Der Stellenwert dieser neuen Therapieformen ist angesichts der Neuigkeit dieser Medikamente noch nicht abzuschätzen, insbesondere ob diese Medikamente bei Nichtansprechen der konventionellen Basistherapeutika wie Methotrexat noch vor den Biologika eingesetzt werden sollten. Wenige direkte Vergleichsstudien mit Biologika versprechen eine zumindest gleichwertige Wirkstärke. Weitere ähnlich strukturierte JAK-Inhibitoren sind in Entwicklung.

Zytokinspezifität unterschiedlicher JAK-Paarungen



O'Shea und Plenge. *Immunity* 2012; 36(4): 542-50.
Perugini et al. *Blood* 2010; 115(16): 3346-3353.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Berlin, August 2017

Rheuma und Gelenkersatz

Redemanuskript von Dr. med. Ludwig Bause, Tagungspräsident DGORh, Chefarzt der Klinik für Rheumatologie am St. Josef-Stift Sendenhorst

Die Endoprothetik zählt bezüglich Schmerzreduktion und Funktionsgewinn zu den erfolgreichsten Entwicklungen der Orthopädie in den letzten Jahrzehnten. Durch Weiterentwicklung der Implantate und Verbesserung der Operationstechniken konnte die Haltbarkeit von Endoprothesen deutlich verlängert werden. Bei Patienten mit rheumatischer Gelenkschädigung sind hierbei, anders als bei einfachem Gelenkverschleiß, zahlreiche Besonderheiten zu beachten. Diese ergeben sich aus der systemischen Grunderkrankung und deren Behandlung mit Auswirkungen auf die Operation und die perioperative Behandlung.

Bei der Indikationsstellung sind der Befall weiterer Gelenke und deren Auswirkungen auf die postoperative Behandlung zu beachten. Es sind nicht nur Knie- und Hüftgelenke betroffen, sondern auch die Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Finger- und Fußgelenke. Gerade im Zeitalter einer immer stärkeren Gelenkspezifizierung in Orthopädie- und Unfallchirurgie gerät eine gesamthafte Behandlung in den Hintergrund.

Durchschnittlich sind verminderte Knochenqualität und defizitäre Knochenlager mit technisch aufwendiger Primärimplantation deutlich häufiger anzutreffen als bei Patienten mit arthrotischer Destruktion. Wegen besonders kleiner Gelenkgröße und besonderer Form kommen gerade bei den juvenilen Rheumaerkrankungen Individualanfertigungen zum Einsatz, die nach dreidimensionaler CT-Untersuchung patientenspezifisch angefertigt werden. Der 3-D-Druck von Titan-Prothesen ist hierbei technisch ungleich aufwendiger als bei den inzwischen weitverbreiteten 3-D-Kunststoffdrucken in der Industrie. Ein weiteres Einsatzgebiet von Sonderanfertigungen ist die Versorgung massiver Defekte besonders am Becken und nicht heilender Frakturen zwischen Prothesen. Die Finanzierung dieser im Einzelfall notwendigen Versorgungsform für Rheumatiker ist im DRG-System nicht kostendeckend abgebildet. Dabei ist die Individualendoprothetik hierbei oft alternativlos, anders als in der Primärendoprothetik, wo sie zunehmend als vermeintlich bessere Versorgung auch einfacher Verschleißformen eingesetzt wird.

Trotz aller Behandlungsfortschritte auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendrheumatologie ist es weiterhin noch nicht vermeidbar, Patienten bereits im Jugendalter aufgrund einer immobilisierenden Zerstörung endoprothetisch zu versorgen. Jeder Operateur sollte sich der besonderen Verantwortung für den Langzeitverlauf bewusst sein. Diese Eingriffe sollten deswegen entsprechenden Zentren vorbehalten sein. Bei jüngerem Alter zum Zeitpunkt der

Primärimplantation sind Wechsel- und Revisionsoperationen häufiger zu erwarten. Dabei können insbesondere Mehrfachwechsel für Patient und Operateur zur Herausforderung werden. Besonders vor dem Hintergrund des jüngeren Alters und der notwendigen Wechseloperationen im weiteren Verlauf sollte auf den primären Knochenerhalt besonders geachtet werden. Auch beim Rheumatiker sind knochensparende Implantate wie Kurzschaftprothesen möglich. Hierbei muss eine gute Balance gefunden werden zwischen Knochenqualität und Primärfestigkeit des Implantats. Die deutlich geringere Kontaktfläche kleiner Prothesen erfordert eine individuelle Beurteilung der Primärstabilität durch den Operateur, insbesondere bei verminderter Knochenstabilität. In Abhängigkeit hiervon kann die Nachbehandlung von Vollbelastung bis zur Entlastung variieren. Der Einsatz von Gehstützen zur postoperativen Teil- oder Entlastung ist nur möglich, wenn die oberen Extremitäten und die gegenseitige untere Extremität nicht zu sehr betroffen sind. Diese prinzipiellen Überlegungen müssen gerade beim Rheumatiker berücksichtigt werden. Während Arthrosen durchschnittlich einen langsamen progredienten Verlauf über Jahre zeigen, können arthritische Destruktionen lokal rasch in wenigen Monaten voranschreiten. Die Versorgung darf in diesen Fällen nicht unnötig verzögert werden, um Defekte zu vermeiden, wie sie ansonsten nur in Wechselsituationen zu finden sind. Eine Verzögerung der Versorgung kann sich in diesen Fällen somit sehr nachteilig auswirken. Dem Thema dieser therapeutischen Fenster ist während des Kongresses eine ganze Sitzung gewidmet. Die extrem wichtige Differenzierung zwischen bakteriellem Infekt und rheumatischer Entzündung kann unter Immunsuppression zur Herausforderung werden. Die Behandlung ist völlig different. Bei falscher Einschätzung können lebensbedrohliche septische Situationen auftreten. Mit dem Thema Infekte beschäftigen sich mehrere Sitzungen während des Kongresses in Stuttgart.

Die Endoprothetik erfordert beim Rheumatiker spezielle operative Erfahrungen und fundierte Kenntnisse der Grundkrankheit und deren Behandlung. Hierbei ist der Umgang mit der vorbestehenden Basistherapie von besonderer Bedeutung. Momentan werden allgemein ein Absetzen der Biologikatherapie für die Dauer der doppelten Halbwertszeit präoperativ und eine Wiederaufnahme erst nach gesicherter Wundheilung favorisiert. Es erfordert weitere Untersuchungen mit mehr Daten, dieses Vorgehen beizubehalten oder ggf. zu modifizieren. Hierzu wurde ein deutschlandweites Register eingerichtet mit Datenerfassung zur Medikation von Rheumakranken im perioperativen Umfeld. Aussagekräftige Ergebnisse sind allerdings erst nach mehreren Jahren zu erwarten. Die enge Zusammenarbeit zwischen internistischen und orthopädischen Rheumatologen ist insbesondere im perioperativen Umfeld gefordert.

*Vorab-Pressekonferenz anlässlich des 45. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Mittwoch, 30. August 2017, 11 bis 12 Uhr, Berlin*

Die enormen Fortschritte der medikamentösen Therapie mit Einführung immer weiterer Biologika lassen hoffen, die endoprothetischen Versorgungen beim Rheumatiker zukünftig insgesamt zu vermindern und in ein höheres Alter zu verschieben.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Berlin, August 2017

Rheuma in Kindheit und Jugend: Prognose bei früher Diagnose

Redemanuskript von 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

Gelenkrheuma bzw. die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) ist die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung des Kindes- und Jugendalters. Sie bestimmt den kinderrheumatologischen Alltag. Schätzungsweise jedes 1000. Kind ist hierzulande an einer JIA erkrankt, bundesweit wird mit 13.000–15.000 betroffenen Kindern und Jugendlichen gerechnet. Diese Schätzungen werden durch aktuelle Daten zur JIA-Prävalenz der Barmer-Krankenkasse untermauert (1). Die Behandlung dieser sehr heterogenen Erkrankung hat sich mit Einführung der Biologika vor 17 Jahren dramatisch geändert. Kinder und Jugendliche mit JIA werden seitdem zunehmend früher und häufiger mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten, einschließlich biologischen Substanzen, behandelt (2, 3). Mit den neuen Behandlungskonzepten gelingt es, anspruchsvolle Therapieziele, wie eine inaktive Erkrankung bzw. Remission und subjektive Beschwerdefreiheit, in den ersten 5 Erkrankungsjahren bei bis zu 90 Prozent der Patienten zu erreichen (4). Die zunehmend frühere und intensivere medikamentöse Therapie hat auch die Langzeitprognose der Patienten verändert.

Das zeigen Daten des JIA-Registers für junge Erwachsene JuMBO, in dem bereits über 1.200 im Kindes- und Jugendalter mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten behandelte Patienten bis ins junge Erwachsenenalter beobachtet wurden. Aktuelle Daten führen vor Augen, wie eindrucksvoll sich das Outcome der Patienten verbessert hat. Wiesen diejenigen, die vor 10 Jahren die Erwachsenenrheumatologie erreichten, noch in etwa der Hälfte der Fälle Funktionseinschränkungen im Alltag und eine relevante Krankheitsaktivität auf, ist heutzutage hiervon nur noch etwa jeder dritte junge Rheumatiker betroffen. Auch Begleiterkrankungen werden seltener registriert. So tritt die rheumatische Augenentzündung Uveitis, eine gefürchtete, weil die Sehkraft bedrohende Komplikation der JIA, zunehmend seltener auf (5). Wachstumsstörungen, vor allem ein Kleinwuchs, der vor 10 Jahren noch bei 5 Prozent aller Erwachsenen im JuMBO-Register konstatiert wurde, wird nur noch bei 0,5 Prozent der Patienten beobachtet (6). Darüber hinaus ist der Anteil der Patienten, die bereits im Alter zwischen 20 und 30 Jahren mit künstlichen Gelenken versorgt werden mussten, signifikant zurückgegangen. Erhielten vor 10 Jahren noch über 7 Prozent der jungen Rheumatiker mit schwerer Polyarthritiden im Alter zwischen 20 und 30 Jahren künstliche Gelenke, sind es heute unter 2 Prozent. Insgesamt reduzierte sich über einen relativ kurzen Beobachtungszeitraum von 10 Jahren die Krankheitslast bei den Betroffenen beträchtlich.

Das spiegelt sich darin wider, dass die Patienten mit einer immer besseren Lebensqualität das Erwachsenenalter erreichen.

Die Registerdaten zeigen außerdem, dass die Prognose davon abhängt, wann bei schwerer JIA mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie begonnen wird. Je früher und konsequenter effektiv behandelt wird, desto besser ist das Outcome im Erwachsenenalter. Das betrifft herkömmliche Prognoseparameter wie Gelenkschädigungen und Funktionseinbußen. Das gilt aber auch für eine dauerhafte therapiefreie Remission. Erstmals konnte jetzt gezeigt werden, dass eine frühe Therapie bei der JIA die Wahrscheinlichkeit für eine therapiefreie Remission – das Therapieziel von Patienten und ihren Familien schlechthin – erhöht (7). Konkret haben wir beobachtet, dass jeder 5. Patient, der bereits innerhalb der ersten 2 Erkrankungsjahre mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten, einschließlich Biologika, behandelt wurde, im jungen Erwachsenenalter in therapiefreier Remission war, während das nur auf 5 Prozent derjenigen mit einer entsprechenden Behandlung jenseits des 5. Erkrankungsjahres zutraf.

Ein früher Therapiebeginn setzt natürlich voraus, dass betroffene Kinder und Jugendliche rechtzeitig den Kinder- und Jugendrheumatologen erreichen. Hier gibt es aber leider noch Defizite. Noch immer braucht jedes zweite Kind länger als die empfohlenen 6 Wochen vom Symptombeginn bis zur Erstvorstellung beim Kinder- und Jugendrheumatologen (3, 8). Eine bessere Aufklärung der Bevölkerung kann hier hilfreich sein. Für die fachspezifische Versorgung der rheumakranken Kinder und Jugendlichen stehen inzwischen fast 200 pädiatrische Rheumatologen bundesweit zur Verfügung.

Die Prognose von JIA-Patienten ist Thema in den Sitzungen „Neues zur JIA“ und „Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen kindlichen und erwachsenen Rheumaerkrankungen“ auf dem diesjährigen DGRh-Kongress.

Literatur:

1. Luque Ramos A, Hoffmann F, Albrecht K, et al. Transition to adult rheumatology care is necessary to maintain DMARD therapy in young people with juvenile idiopathic arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 2017 May 12.
2. Klotsche J, Raab A, Niewerth M, et al. Outcome and Trends in Treatment of Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis in the German National Pediatric Rheumatologic Database, 2000–2013. *Arthritis Rheumatol.* 2016 Dec;68(12):3023–3034.
3. Daten Kerndokumentation rheumakrankter Kinder und Jugendlicher von 2000–2015.
4. Guzman J, Oen K, Tucker LB, et al. The outcomes of juvenile idiopathic arthritis in children managed with contemporary treatments: results from the ReACCh-Out cohort. *Ann Rheum Dis.* 2015 Oct;74(10):1854–1860.
5. Tappeiner C, Klotsche J, Schenck S, Niewerth M, Minden K, Heiligenhaus A. Temporal change in prevalence and complications of uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis: data from a cross-sectional analysis of a prospective nationwide study. *Clin Exp Rheumatol.* 2015 Nov–Dec;33(6):936–944.
6. Minden K, Betenstehl N, Klotsche J, Seipelt E, Tatsis S, Foeldvari I, Ganser G, Horneff G. OP0338 Frequency of comorbidities in JIA patients – results of an observational cohort study. Madrid, 14–17 June. *Ann Rheum Dis.* 2017; 76(Suppl 2):195.

7. Klotsche J, Niewerth M, Foeldvari I, Baerlin E, Baumann C, Striesow FK, Aries PM, Aringer M, Haas JP, Horneff G, Minden K. Does the time of bDMARD start determine the outcome of JIA in adulthood? EULAR, London. *Ann Rheum Dis* 2016;75(Suppl2): 272.
8. Sengler C, Klotsche J, Niewerth M, et al. The majority of newly diagnosed patients with juvenile idiopathic arthritis reach an inactive disease state within the first year of specialised care: data from a German inception cohort. *RMD Open*. 2015 Dec 8;1(1):e000074.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Berlin, August 2017

Jeder fünfte Rheuma-Patient gibt seinen Arbeitsplatz auf: Wie Rheuma und Beruf sich besser vereinbaren lassen

Redemanuskript von Rotraud Schmale-Grede, Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, Berlin

Die medizinische Versorgung von Menschen mit chronisch rheumatischen Erkrankungen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten verbessert. Damit steigt für rheumakranke Menschen die Chance, ihren Lebensunterhalt durch eine berufliche Tätigkeit zu sichern. Denn viele der Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind zwar in ihrer aktuellen Tätigkeit zum Teil länger oder wiederholt arbeitsunfähig. Grundsätzlich sind sie aber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbsfähig und auf geeigneten Arbeitsplätzen einsetzbar. So ist der Anteil der Personen, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, bei Frauen von 37 auf 52 Prozent, bei Männern von 47 auf 60 Prozent gestiegen. Auch die Arbeitsunfähigkeit ist in Häufigkeit und Dauer zurückgegangen.

Die Berufsfähigkeit kann sich zudem positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken und eine psychische Komorbidität verhindern. Eine lange Abwesenheit vom Arbeitsplatz wiederum wirkt sich nachteilig auf die Erkrankung aus und verstärkt unter Umständen die Beschwerden. Der behandelnde Arzt kann daher durch Beratung und Unterstützung im Hinblick auf die Erwerbsfähigkeit nicht nur den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. Er trägt auch dazu bei, die Teilhabemöglichkeiten rheumakranker Menschen zu stärken. Maßnahmen wie die der medizinischen und vor allem der beruflichen Rehabilitation spielen eine große Rolle, um die Erwerbsfähigkeit – längerfristig – zu erhalten. Ergänzt werden sie durch andere nichtmedikamentöse Therapien. Hierzu zählen die Physiotherapie, die Ergotherapie, die Patientenschulung oder das Funktionstraining.

Die stationäre oder ambulante Rehabilitation soll die funktionale Gesundheit erhalten und verbessern. Viele rheumakranke Menschen verzichten aus Sorge um ihren Arbeitsplatz auf eine Rehabilitation. Einige Patienten, aber auch einige Ärzte, wissen zudem wenig über Angebot und Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen. Hier müssen (Klinik-)Ärzte frühzeitig ihre Patienten informieren und aufklären.

Die „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (berufliche Rehabilitation) umfassen ein breites Spektrum an Einzelleistungen – sowohl für Arbeitnehmer als auch für Arbeitgeber. Einige körperliche Einschränkungen lassen sich zum Beispiel durch einen speziell eingerichteten Arbeitsplatz ausgleichen. Hierzu gehören technische Arbeitshilfen (spezielle Büromöbel) genauso wie Hilfsmittel, die auf den individuellen Bedarf hin ausgerichtet sind (Griffhilfen, PC-Mäuse, Tastatur, Arbeitsschuhe).

Flexible Arbeitszeitmodelle (Gleitzeit, Teilzeit, Homeoffice) können helfen, wenn Arbeitnehmer nur begrenzt belastbar sind.

Die berufliche (Weiter-)Qualifizierung oder ein anderes Tätigkeitsfeld im Unternehmen selbst kann ebenfalls dazu beitragen, rheumakranke Arbeitnehmer im Betrieb zu halten. Finanzielle Förderungen für Arbeitgeber sollen dazu beitragen, gesundheitlich beeinträchtigte Menschen länger im Job zu halten. Dazu gehören beispielsweise finanzielle Zuschüsse, um behindertengerechte Arbeitsplätze zu schaffen oder bestehende Arbeitsplätze umzugestalten. Dazu gehören auch Zuschüsse für die (Wieder-)Eingliederung in den Beruf oder zur betrieblichen Aus- und Weiterbildung.

Die Voraussetzungen für eine mögliche Vereinbarkeit von Rheuma und Beruf sind also gegeben. Wichtig ist, dass die verschiedenen Maßnahmen ineinandergreifen und allen Akteuren bekannt sind. Die Deutsche Rheuma-Liga hat in ihrem aktuellen „Aktionsplan für rheumakranke Menschen“ beschrieben, wie dies gelingen kann.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Berlin, August 2017

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) bei Rheuma – Die neue Versorgungsstruktur und ihre Auswirkungen für die Patienten

Redemanuskript von Professor Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek, Vorstandsvorsitzender des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken (VRA) und Direktor der Klinik für Rheumatologie und Geriatrie am Universitätsklinikum JWK Minden der RUB

ASV – Was ist das?

Ambulante

Spezialfachärztliche

Versorgung

ASV – Wie wird versorgt?

In der ASV versorgen spezialisierte Ärztinnen und Ärzte im Team Patientinnen und Patienten mit komplexen rheumatischen Erkrankungen und besonderen Krankheitsverläufen.

Das Ziel ist eine verbesserte sektorübergreifende (stationär-ambulante) Versorgung dieser Patienten, die von den Kostenträgern (Krankenkassen) vergütet wird.

ASV – Wer macht was?

Die ASV kann von Krankenhäusern, niedergelassenen Fachärzten oder MVZ (Medizinischen Versorgungszentren) angeboten werden.

Spezialisierte Ärztinnen und Ärzte arbeiten im Team zusammen:

- Teamleiter ist der internistische Rheumatologe; er betreut den Patienten als Hauptansprechpartner und übernimmt die fachliche und organisatorische Koordination.
- Das Kernteam besteht aus dem Teamleiter und weiteren Fachärzten: Nephrologe (Nierenfacharzt), Pulmonologe (Lungenfacharzt), Dermatologe (Hautarzt), Orthopäde/Unfallchirurg mit Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie, wobei diese je nach Erfordernis der rheumatologischen Erkrankung zu Untersuchung und Therapiefestlegung am Ort der Teamleitung zusammenkommen.
- Ergänzend hinzuzuziehende Fachärzte (z. B. Kardiologe (Herzspezialist) oder Neurologe (Nervenfacharzt)) können durch den Teamleiter per Überweisung bei Bedarf angefordert werden.

Diese ASV-Struktur bedeutet für den Patienten eine umfassende, spezialisierte Versorgung „aus einem Team“.

Diese ASV-Struktur bedeutet für die Krankenhäuser eine Öffnung in den ambulanten Sektor und für entsprechend betroffene stationäre Patienten eine direkt an die Entlassung anschließende ambulante Behandlung.

Diese ASV-Struktur bedeutet für niedergelassene Rheumatologen eine zusätzliche Patientenversorgung neben der vertragsärztlichen Tätigkeit.

ASV – Für welche Patienten?

In der ASV werden Rheumapatienten mit komplexen Erkrankungen und/oder besonderen Krankheitsverläufen (z. B. schwer therapierbare, komplikative, die Organe schwer betreffende wie auch seltene Rheumaerkrankungen) behandelt.

Der Zugang:

- erfolgt mittels Überweisung z. B. durch den Hausarzt oder
- erfolgt direkt aus der akut-stationären Rheumabehandlung durch den Krankenhausarzt.
- bedeutet im Notfall eine 24/7-Versorgung (24 Stunden, an jedem Wochentag, das ganze Jahr hindurch) durch das Krankenhaus.
- ist zeitlich unbefristet und hängt in Dauer und Ausmaß nur von der Erkrankung selbst ab.
- ist unabhängig von entstehenden Kosten. Denn die Leistungen aus der ASV werden extrabudgetär und ohne Mengenbegrenzung vergütet.
- ist frei wählbar, d. h., grundsätzlich kann der Patient „sein“ ASV-Team frei wählen, wenn weitere ASV-Teams in der Region für diese Erkrankung verfügbar sind.
- zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln für Patienten erfolgt durch die ASV nach dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit.

Für den Patienten heißt das: Allein die Diagnose und der Krankheitsverlauf entscheiden über die Behandlung; Medikamente können verordnet werden.

ASV – Was heißt das für Betroffene?

Qualität wird großgeschrieben!

Die Behandlung in der ASV Rheuma:

- erfolgt grundsätzlich durch einen Facharzt für Rheumatologie, der auch Teamleiter ist. Neueste Erkenntnisse und Forschungsergebnisse werden hier umgesetzt.
- ist interdisziplinär, d. h. alle erforderlichen zusätzlichen Fachärzte werden eingebunden in Diagnostik und Therapie.
- nimmt sich Zeit für die besonderen Krankheitsprobleme der Patienten.
- ermöglicht bei Komplikationen, Verschlechterung im Krankheitsverlauf oder Problemen mit der Therapie eine schnelle, notfalls auch sofortige (akut-stationäre) Behandlung.

- umfasst umfangreiche Informationen zu Erkrankung und Therapie und weitere Unterstützungsangebote; diese erhöhen die Patientensicherheit.
- bezieht den Patienten in seine Behandlung aktiv mit ein (Partizipation).

Genauere Ausführungen werden noch in der Anlage ASV-Rheuma festgeschrieben.

ASV – Wie hat sie sich entwickelt?

Zum 1.1.2012 ist das GKV-Strukturgesetz (GKV-VStG) in Kraft getreten, das einen neuen Versorgungsbereich, nämlich die ASV geschaffen hat.

Dieses Gesetz löste die bisherige Regelung des § 116b SGB V ab. Die bisherigen 49 § 116b-Ambulanzen an Krankenhäusern haben in weiten Teilen das Konzept der jetzigen ASV gelebt, es kommen nun neu die niedergelassenen Rheumatologen und die MVZ hinzu. Für Patienten, die bisher in einer § 116b-Ambulanz am Krankenhaus betreut wurden, ändert sich kaum etwas.

Der Start der ASV wird zum Ende des Jahres 2017 erwartet, wenn der GBA (Gemeinsamer Bundes-Ausschuss, www.g-ba.de) die Anlage „Rheumatologie“ der ASV veröffentlicht und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales den Inhalten zustimmt.

ASV – Wie geht es weiter?

Wenn Ende 2017 beziehungsweise Anfang 2018 alle Formalien erfüllt sind, werden sich zusätzliche ASV-Ambulanzen besonders aus dem Bereich der niedergelassenen Fachärzte, aber auch weitere Krankenhäuser mit einer Rheumafachabteilung etablieren.

Was ist also das Besondere an der ASV?

- Eine Weiterentwicklung der erfolgreich tätigen § 116b-Krankenhausambulanzen.
- Umfangreichere Versorgung von Rheumapatienten mit besonderem Krankheitsverlauf.
- Interdisziplinär (Rheumatologe + andere Fachrichtungen nach Bedarf).
- Besonders hohe Versorgungsqualität in einer „dritten“ Versorgungsebene flächendeckend und mit mehr Kapazität.
- Höhere Patientensicherheit und -zufriedenheit.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Berlin, August 2017

Stand: April 2017

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

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

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

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

Die Zahlen im Einzelnen:

1. Rheumatoide Arthritis („entzündliches Gelenkrheuma“)

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

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

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

3. Psoriasis-Arthritis

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

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

Hierzu gehören u.a:

4.1 Systemischer Lupus Erythematoses (SLE)

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

4.2 Polymyalgia rheumatica und Riesenzellerarteriitis

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

4.3 Systemische Sklerodermie

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

4.4 Vaskulitiden

- Vaskulitiden sind entzündliche Gefäßerkrankungen, die etwa 15-20 unterschiedliche Krankheitsbilder umfassen¹⁷. Man unterscheidet sie danach, ob sie große, mittlere oder kleine Gefäße betreffen. Sie können entweder primär oder als Folge anderer entzündlich-rheumatischer Krankheiten auftreten. Die einzelnen Krankheitsbilder sind selten, so beträgt z.B. die Häufigkeit der Granulomatosis mit Polyangiitis (früher Wegener's Granulomatose) 2,4-15,7/100.000 Erwachsene¹⁹
- Häufigkeit erhöht bei: Frauen (ca. zweimal häufiger als bei Männern)¹

Gesamtgruppe der Kollagenosen und Vaskulitiden:

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

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

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

6. Arthrosen

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

Häufigkeit:

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

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

Häufigkeit von röntgenologisch gesicherter, klinisch symptomatischer Arthrose:

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

Häufigkeit erhöht bei Frauen, höherem Alter, Übergewicht⁷

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

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

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

7. Kristallarthropathien

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

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

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

8. Osteoporose

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

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

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

9. Fibromyalgie

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

Häufigkeit: ca. 3,5% der Bevölkerung²⁷

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

Quellen

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

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

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

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

Aufgaben und Ziele

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

Struktur und Gremien

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

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

Kooperationen

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

Berlin, Stand April 2017
DGRh-Geschäftsstelle

Geschäftsstelle der DGRh

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)
Anna Julia Voormann
Sprecherin des Vorstands
Köpenicker Str. 48/49
10117 Berlin
Tel.: 030 240484-70
Fax: 030 240484-79
E-Mail: anna.voormann@dgrh.de
URL: www.dgrh.de

Curriculum Vitae

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

*1968



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------------|--|
| 1988–1994 | Studium der Humanmedizin an der Ruhr-Universität Bochum |
| 1992–1995 | Promotion: Phagozytose im septischen Schock: Stimulation durch ω -3-Fettsäuren, Arginin und Ribonukleotide <i>in vitro</i> . |
| 1994 | Department of Anesthesiology, Labor Prof. L. Gyermek, University of California, Los Angeles (UCLA), Los Angeles, USA. |
| 01/1995–06/1996 | Arzt im Praktikum. Kernklinik für Innere Medizin (Dir. Prof. Dr. H. Schatz), Medizinische Klinik und Poliklinik, Klinikum Bergmannsheil, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum. |
| 07/1996–08/1998 | Assistenzarzt, Abteilung für Rheumatologie (Dir. Prof. Dr. W.L. Gross), Medizinische Universität zu Lübeck, Rheumaklinik Bad Bramstedt. |
| 08/1998–06/2002 | Kernklinik für Innere Medizin (Dir. Prof. Dr. H. Schatz), Medizinische Klinik und Poliklinik, Klinikum Bergmannsheil, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum. |
| 02/2003 | Habilitation im Fach Innere Medizin an der Ruhr-Universität Bochum: Der Granulozyten-Kolonie-stimulierende Faktor (G-CSF): Bedeutung für Pathogenese und Therapie von Neutropenien bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. |
| 06/2002–09/2007 | Leitender Oberarzt, Poliklinik für Rheumatologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck und Rheumaklinik Bad Bramstedt (Dir. Prof. Dr. W.L. Gross) |
| Seit 10/2007 | Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Rheumatologie und Immunologie der Medius Kliniken Kirchheim, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen. |
| 10/2009 | Ernennung zum apl. Professor an der Universität Tübingen. |

Qualifikationen:

Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Diabetologie DDG, Notfallmedizin

Repräsentanz in nationalen und internationalen Gremien:

- Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) 2017 (Jahreskongress in Stuttgart)
- Vorstandsmitglied im Verband rheumatologischer Akutkliniken (VRA)
- Rubrikherausgeber der Zeitschrift für Rheumatologie
- Koordinator der Leitliniengruppe „Großgefäßvaskulitiden“ der DGRh
- Co-Koordinator der AG „EULAR Recommendations „Großgefäßvaskulitiden“ der EULAR (Antragsverfahren)
- Mitglied der AG „EULAR Recommendations ANCA-assoziierte Vaskulitiden“ der EULAR (Publikation 2016)
- Mitglied im wissenschaftlichen Kuratorium der Rheumaakademie der DGRh, Vorsitzender des Zertifizierungsausschusses

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz
Präsident der DGRh, Leiter der Sektion Rheumatologie am
Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinisch-wissenschaftlicher
Leiter des Rheumazentrums Baden-Baden



* 1962

Beruflicher und wissenschaftlicher Werdegang:

| | |
|-----------------------|---|
| 1981–1983 | vorklinisches Studium an der Universität Regensburg |
| 1983 | Physikum |
| 1983–1988 | klinisches Studium an der Universität Heidelberg |
| 1985 | 1. Staatsexamen |
| 1987 | 2. Staatsexamen |
| 1988 | 3. Staatsexamen |
| 1987–1988 | Praktisches Jahr am Diakoniekrankenhaus Schwäbisch Hall |
| 30.05.1988 | Approbation als Arzt |
| 28.04.1988 | Promotion mit der Arbeit „Beeinflussung von Herzrhythmus und Herzfrequenz durch Atropin bei herzgesunden Patienten unter Isoflurannarkose“ (Prof. Dr. H. Lutz, Klinik für Anästhesiologie am Klinikum Mannheim der Universität Heidelberg, Benotung „magna cum laude“) |
| 1988–1989 | Zivildienst im klinischen Dienst an der Ludwigs-Maximilians-Universität München, Klinikum Großhadern (Kardiologie, Prof. Dr. Riecker) und der Universität Erlangen-Nürnberg (Med. Klinik III – Hämatologie, Rheumatologie und klinische Immunologie, Prof. Dr. J.R. Kalden) |
| 03.12.1989–28.02.1990 | Mitarbeit in der kardiologisch-internistischen Praxis, Dr. Bernard Lorenz, Regensburg |
| 01.03.1990–31.10.1990 | Anstellung an der Universität Erlangen-Nürnberg. Med. Klinik III (Hämatologie, Rheumatologie und klinische Immunologie, Prof. Dr. J.R. Kalden) |

| | |
|--|---|
| 1991–1992 | DFG-Stipendiat an der University of Alabama in Birmingham/USA, Abteilung für Rheumatologie und klinische Immunologie, Labor von Prof. Dr. Kenneth J. Hardy |
| Bis 06/1993 | Anstellung an der University of Alabama in Birmingham/USA, Abteilung für Rheumatologie und klinische Immunologie, Labor von Prof. Dr. Kenneth J. Hardy |
| Seit 07/1993 | Anstellung als wissenschaftlicher Assistent (C1) an der Universität Erlangen-Nürnberg, Med. Klinik III (Hämatologie, Rheumatologie und klinische Immunologie, Prof. Dr. J.R. Kalden) |
| 01/1996–03/1996 | Rotation im Rahmen der Facharztausbildung in die Medizinische Klinik I der Universität Erlangen-Nürnberg (Prof. Dr. E. Hahn) |
| 04/1996–01/1997 | Rotation im Rahmen der Facharztausbildung in die Medizinische Klinik II der Universität Erlangen-Nürnberg (Prof. Dr. K. Bachmann) |
| 01/1997–03/1997 und 07/1997–09/1997 | Rotation im Rahmen der Facharztausbildung in die gemeinsame Notaufnahme der Medizinischen Kliniken der Universität Erlangen-Nürnberg |
| 03.12.1997 | Facharztanerkennung als Internist |
| 18.07.1998 | Erteilung der Lehrbefähigung (Habilitation) mit der Habilitationsschrift „Untersuchungen über physiologische immuninhibierende Mechanismen am Beispiel der Signaltransduktion durch CD45 und der Regulation des programmierten Zelltodes“ |
| 03.12.1998 | Erteilung der Lehrbefugnis mit Ernennung zum Privatdozenten |
| 10.12.1998 | Anerkennung der Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie |
| 01/1999 | Ernennung zum Oberarzt der Medizinischen Klinik III |
| 01.07.2003 | Ernennung zum wissenschaftlichen Oberassistenten (C2) |
| Seit 01.01.2004 | Leiter der Sektion Rheumatologie an der Med. Klinik V der Universität Heidelberg (C3-Professur) in Verbindung mit der medizinisch-wissenschaftlichen Leitung des Rheumakrankenhauses Baden-Baden |
| 01.02.2005–30.04.2006 | Ernennung zum komm. leitenden Oberarzt der Med. Klinik V der Universität Heidelberg |
| 30.03.2006 | Zertifizierung als „Fachimmunologe“ der Deutschen Gesellschaft für Immunologie |

05/2006–08/2013 geschäftsführender Oberarzt der Med. Klinik V der Universität
Heidelberg

Wissenschaftliche Leistungen:

01/1991–12/1992 Ausbildungsstipendium der Deutschen
Forschungsgemeinschaft No Lo437/1-1

07/1994–06/1996 Hoechst Stipendium (On the mode of action of Leflunomide)

08/1994–07/1996 Sachbeihilfe der Deutschen Forschungsgemeinschaft No
Lo437/3-1

09/1996–12/1996 Sachbeihilfe der Deutschen Forschungsgemeinschaft No
Lo437/3-2

01/1997–12/2002 Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) im
Sonderforschungsbereich 263 „Immunologische Mechanismen
bei Infektion, Entzündung und Autoimmunität“, Teilprojekt C11

04/2002–07/2003 ELAN-Fonds der FAU Erlangen: Identifizierung und funktionelle
Analyse regulatorischer CD4+CD25+ T-Zellen in humanen
Autoimmunopathien (Martin Kriegel, Hanns-Martin Lorenz)

10/1996–09/2004 Stipendium des Bundesministeriums für Bildung und Forschung
(BMBF) im Interdisziplinären Zentrum für klinische Forschung
(IZKF) der Universität Erlangen-Nürnberg
„Entzündungsprozesse: Genetik, Diagnostik und Therapie,
Teilprojekt C2“, (ab 6/01: C13)

07/2002–07/2004 Stipendium der Dr. Robert Pflieger-Stiftung zu „Infektionen
zwischen aktivierten Lymphozyten und Fibroblasten bei
Rheumatoider Arthritis“ (Thomas Geiler, Hanns-Martin Lorenz)

07/2002 Mittragsteller des Graduiertenkollegs „Lymphozyten“ GRK
592 der Deutschen Forschungsgemeinschaft

10/2002–09/2004 Stipendium des Bundesministeriums für Bildung und Forschung
(BMBF) im Interdisziplinären Zentrum für klinische Forschung
(IZKF) der Universität Erlangen-Nürnberg über
„Untersuchungen zur Chemokin-Expression in Granulozyten-
Subpopulationen bei entzündlichen Erkrankungen“ (Ulrich
Beuscher, Hanns-Martin Lorenz)

04/2003–09/2006 Sachbeihilfe der Deutschen Forschungsgemeinschaft No
Lo437/5-1 über „Untersuchungen zur Rolle Apoptose-
vermittelter Prozessierung und extranukleärer Expression von
Zellkern-Autoantigenen für die Entstehung von Autoimmunität“

- 07/2003–07/2004 ELAN-Fonds der FAU Erlangen:
Die Rolle von Membranmikrodomänen in T-Lymphozyten für die differenzielle T-Zell-Aktivierung in Zellen von Normal Spendern oder Patienten mit chronisch-entzündlichen Autoimmunerkrankungen (zusammen mit N. Blank)
- 02/2007–01/2009 Sachbeihilfe der Deutschen Forschungsgemeinschaft No Lo437/5-3 über „Entstehung und molekulare Komposition apoptotischer Blebs und ihre Bedeutung in der Regulation von Autoimmunität im Menschen“ (zusammen mit Dr. M. Schiller)
- 12/2006–12/2008 Stipendium nach dem Landesgraduiertenförderungsgesetz (Ram Kumar Chowdary) des Landes Baden-Württemberg
- 10/2007–09/2009 Phänotypisierung und funktionelle Charakterisierung regulatorischer T-Lymphozyten im arthritischen und arthrotischen Synovium (Stiftung Orthopädische Klinik Schlierbach; zusammen mit Dr. F. Zeifang)
- 08/2008–09/2009 Molecular characterization of the reduced responder T cell sensitivity towards the suppressive function of Natural Regulatory T cells in patients with Systemic Lupus Erythematosus and other Inflammatory Autoimmune Diseases. (Postdoktoranden-Programm der Med. Fakultät Heidelberg zusammen mit Dr. R.K.V. Chowrady)
- 04/2009–04/2010 Stipendium Fa. Wyeth: The Role of TNF- α and other Immunological factors in the regulation of Responder T cell sensitivity towards the suppressive function of CD4+CD25^{high}CD127^{-low} Regulatory T cells (zusammen mit Dr. R.K.V. Chowdary)
- 04/2009–02/2010 „Start-up“-Stipendium der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie: Rolle regulatorischer B-Lymphozyten im Erhalt der Toleranz und in der Pathogenese des Systemischen Lupus Erythematoses (zusammen mit Frau Dr. T. Tretter)
- 10/2009–09/2011 Beteiligung inflammatorischer T-Lymphozyten und Cytokine in der Pathogenese der RA und OA (Kooperationsgelder Orthopädie/Univ.-Klinikum; zusammen mit Drs. F. Zeifang, B. Moradi, T. Tretter)
- 10/2011–09/2013 Consortialantrag BMBF: Modulation of T helper cell activity in Rheumatoid Arthritis through signals provided by regulatory B cells (zusammen mit Frau Dr. Tretter)

| | |
|-----------------|---|
| 10/2011–09/2015 | EU-Regionalförderfonds: Aufbau einer Datenbank und Genbank für Patienten mit Systemischem Lupus Erythematodes im Rheingraben |
| 01/2014–03/2016 | Wucherpfennig-Stiftung: Unterstützung des Projekts „Einfluss des inflammatorischen Mikromilieus auf die immunmodulierenden Eigenschaften von MSC und dessen Bedeutung für die Transplantat-Toleranz“ |
| 02/2014-01/2017 | DFG-Sachbeihilfe (zusammen mit Dr. Schiller) Lo437/9-1: „Membranmikropartikel apoptotischer Zellen: molekulare Charakterisierung, immunfunktionelle Kapazität und Bedeutung in der Pathogenese des SLE“ |
| 08/2016–07/2019 | EU-Regionalfonds Oberrhein: Netzwerkbildung seltene Erkrankungen |

Curriculum Vitae

Dr. med. Ludwig Bause
Tagungspräsident DGORh, Chefarzt der Klinik für
Rheumatologie am St. Josef-Stift Sendenhorst



- Facharzt für Chirurgie
- Facharzt für Orthopädie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie
- Zusatzbezeichnung orthopädische Rheumatologie
- Seit 2008 Chefarzt der Klinik für Rheumaorthopädie am St. Josef-Stift Sendenhorst
- Spezialgebiet konservativ orthopädische und operative Therapie rheumatischer Erkrankungen
- Vorstandsarbeit in der Rheumaliga NRW, dem Rheumazentrum Münsterland und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORH)

Curriculum Vitae

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



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

Rotraud Schmale-Grede
Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, Berlin



Beruflicher Werdegang:

- Nach Schulabschluss Ausbildung zur Sozialversicherungsfachangestellten
- In diesem Beruf mit wechselnden Schwerpunkten – einschließlich Dozententätigkeit für Aus- und Fortbildung – bis 2007 bei der AOK tätig
- Ab 2007 im Vorruhestand
- Seit 1979 Mitglied der Rheuma-Liga Baden-Württemberg
- Seit 1980 bis heute Leitung einer Arbeitsgemeinschaft Schwäbisch Hall der Rheuma-Liga Baden-Württemberg
- Seit 1985 im Vorstand der Rheuma-Liga Baden-Württemberg, davon seit 1994 als Vizepräsidentin
- In den Jahren 2000–2016 Vizepräsidentin im Bundesverband der Deutschen Rheuma-Liga. Seit November 2016 Präsidentin des Bundesverbandes
- Seit 2008 alternierende Vorsitzende der Rheumastiftung
- Vertretung der Deutschen Rheuma-Liga in externen Gremien:
 - Kuratorium zur Entwicklung von Kriterien und Standards für ein Qualitätsgütesiegel im Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten IFK e.V., Bochum
 - Lenkungsausschuss bei der Bone and Joint Decade
 - Stiftungsvorstand Stiftung Wolfgang Schulze, Berlin
 - AK Rahmenvereinbarung Funktionstraining bei der BAR
 - Fachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie bei der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH

Curriculum Vitae

Professor Dr. Heinz-Jürgen Lakomek
Vorstandsvorsitzender des Verbandes Rheumatologischer
Akutkliniken (VRA) und Direktor der Klinik für Rheumatologie und
Geriatric am Universitätsklinikum JWK Minden der RUB

*1949



Beruflicher und wissenschaftlicher Werdegang:

| | |
|--------------|--|
| 1970–1975 | Humanmedizin an den Universitäten Göttingen und Düsseldorf |
| 1976 | Promotion (Experimentelle Pathologie der Universität Düsseldorf) |
| 1976–1977 | Medizinalassistent Med. Klinik II der Universitätsklinik Düsseldorf und Krankenhaus Mönchengladbach-Neuwerk |
| 1977 | 6-monatige Tätigkeit in der Radiologie des Elisabeth-Krankenhauses Mönchengladbach-Rheydt |
| 1985 | Habilitation in der Inneren Medizin der Universität Düsseldorf Thema: „Der systemische Lupus erythematosus in der Differenzial- diagnostik entzündlich rheumatischer Erkrankungen“ |
| 1977–1988 | Assistenzarzt der Med. Klinik C der Universitätsklinik Düsseldorf Herbst |
| 1989 | 2. Listenplatz: C4-Lehrstuhl Rheumatologie, Universität Lübeck |
| 1988–1990 | Oberarzt der Med. Klinik C der Universitätsklinik Düsseldorf |
| Seit 1990 | APL-Professur an der Universität Düsseldorf |
| Seit 1990 | Chefarzt der Klinik für Rheumatologie und Physikalische Medizin mit den Schwerpunkten Endokrinologie, Diabetologie und Osteologie am Klinikum Minden (seit 2008: Johannes-Wesling-Klinikum Minden) |
| Seit 2008 | Chefarzt der Klinik für Geriatrie |
| Seit 10/2016 | W3-analoge Professur der RUB für Altersmedizin |

Weiterbildung:

| | |
|-----------|---|
| Seit 1982 | Arzt für Innere Medizin |
| Seit 1983 | Arzt für Rheumatologie |
| Seit 1988 | Arzt für Endokrinologie |
| Seit 1990 | Bereichsbezeichnung „Physikalische Medizin“ |
| Seit 1996 | Arzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation |
| Seit 2004 | Diabetologe DDG |
| Seit 2005 | Osteologe DVO (rezertifiziert 2016) |
| Seit 2007 | Geriatler |
| 2015 | Erfolgreiche Teilnahme an „Intensivkurs Krankenhausmanagement“ des mibeg-Instituts |

Wissenschaftliche Leistungen:

| | |
|------|--|
| 1991 | Verleihung des Bechterew-Preises |
| 2015 | Verleihung der Kußmaul-Medaille der DGRh |

Publikationen:

- Über 110 wissenschaftliche nationale und internationale Veröffentlichungen
(siehe Publikationsliste)
- Herausgeber der Zeitschrift „arthritis + rheuma“



Bestellformular Fotos:

Vorab-Pressekonferenz anlässlich

des 45. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 31. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der 27. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)

Termin: Mittwoch, 30. August 2017, 11 bis 12 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin, Raum 0107

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

- Professor Dr. med. Bernhard Hellmich
- Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz
- Dr. med. Ludwig Bause
- Professor Dr. med. Kirsten Minden
- Rotraud Schmale-Grede
- Dr. med. Ludwig Kalthoff

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

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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