



Vorab-Pressekonferenz anlässlich

des 46. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)

Termin: Mittwoch, 5. September 2018, 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:

Neue Behandlungs-Leitlinie zur rheumatischen Arthritis: Was ändert sich dadurch für Patienten?

Professor Dr. med. Christoph Fiehn, Tagungspräsident DGRh, Praxis für Rheumatologie und Klinische Immunologie am Medical Center Baden-Baden

Fächerübergreifende Immuntherapie: Warum interdisziplinäre Behandlung entscheidend für den Therapieerfolg ist

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

“Tissue Engineering” – Wiederherstellung von Knorpel anstelle künstlicher Gelenke? Chancen und Grenzen der neuen Behandlungsmethode

Professor Dr. med. Kolja Gelse, Leitender Oberarzt und ständiger Vertreter des Leiters der Unfallchirurgischen Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen
und

Professor Dr. med. Bernd Swoboda, Tagungspräsident DGORh, Chefarzt der Orthopädisch-Rheumatologischen Abteilung in der Orthopädischen Universitätsklinik im Malteser Waldkrankenhaus St. Marien, Erlangen

Status quo der Versorgung in Deutschland: Erhalten Rheuma-Patienten die medizinisch notwendige Versorgung?

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

Neue Klassifikationskriterien für Lupus: Schneller erkennen – besser behandeln

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

Moderation: *Janina Wetzstein, DGRh Pressestelle, 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 46. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)

Termin: Mittwoch, 5. September 2018, 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

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



46. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, 9. bis 22. September 2018, Congress Center Rosengarten Mannheim

Neue Leitlinie zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis: DGRh empfiehlt zielgenaue Therapie und frühere Kontrolle

Berlin, 5. September 2018 – Eine frühzeitige und gezielte Therapie kann bei Menschen mit rheumatoider Arthritis (RA) die Zerstörung der Gelenke häufig verhindern. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) zeigt in einer neuen Leitlinie auf, wie die Behandlung trotz knapper Ressourcen erfolgen muss. Besonders wichtig sind erste Kontrolltermine schon nach sechs Wochen und eine gezielte Behandlung anstelle langfristiger Kortisontherapie. Heute wird die S2e-Leitlinie „Behandlung der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten (DMARDs)“ online veröffentlicht. Auf dem 46. Kongress der DGRh im September in Mannheim stellen die Autoren sie umfassend vor. Neue Behandlungsmöglichkeiten bei RA werden auch Thema der heutigen Vorab-Presskonferenz sein.

In Deutschland sind rund 550 000 Erwachsene von einer rheumatoiden Arthritis betroffen. Sie ist die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung. Die chronische Gelenkentzündung verläuft in Schüben und kann bis zu Gelenkverformungen oder gar kompletten Gelenkzerstörungen führen. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie hatte zuletzt im Jahr 2012 eine Leitlinie zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis veröffentlicht. Schon damals forderte die DGRh, die Therapie innerhalb der ersten drei Monate nach dem Einsetzen der Beschwerden zu beginnen. Die Patienten sollten dabei nicht nur entzündungshemmende Mittel wie Kortison erhalten, sondern auch sogenannte „Disease-modifying anti-rheumatic drugs“ (DMARDs), krankheitsmodifizierende Medikamente: Diese können den Krankheitsverlauf verlangsamen und eine Zerstörung der Gelenke verhindern. „Dies gelingt aber nur, wenn die Patienten regelmäßig untersucht werden und bei einer fehlenden Verbesserung ein frühzeitiger Wechsel des DMARDs erfolgt“, erläutert Professor Dr. med. Christoph Fiehn vom Medical Center Baden-Baden, Erstautor der Leitlinie und diesjähriger Kongresspräsident des Rheumatologen-Kongresses in Mannheim. Das Ziel der Behandlung bleibt dabei das Erreichen einer Remission, also das völlige Verschwinden der Krankheitsaktivität oder, wenn das nicht möglich ist, zumindest die niedrigmögliche Krankheitsaktivität.



Das Prinzip „Treat-to-Target“, das für eine zielgenaue Behandlung mit DMARDs steht, hat sich seit den letzten Empfehlungen nicht flächendeckend durchgesetzt. Nach aktuellen Zahlen weist ein Drittel der Patienten mit rheumatoider Arthritis nach zwei Jahren noch eine mäßige bis hohe Krankheitsaktivität auf, und jeder zweite dieser Patienten wird hochdosiert mit Kortison behandelt. „Diese Patienten haben ein erhöhtes Risiko auf Infektionen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Osteoporose“, warnt der Experte.

An medikamentösen Alternativen zu Kortison fehlt es nicht. Zu den konventionellen synthetischen DMARD-Medikamenten wie Methotrexat (MTX) und den biologischen DMARD sind in den letzten Jahren zwei gezielte synthetische DMARDs mit den Wirkstoffen Baricitinib und Tofacitinib, hinzugekommen. „Ein Grund für den seltenen Einsatz sind vermutlich die hohen Preise für diese Medikamente“, vermutet Professor Fiehn. Die neue S2e-Leitlinie berücksichtige diese Bedenken. Die Therapie solle mit Methotrexat beginnen. „Bei vielen Patienten gelingt es, die Krankheit allein mit MTX zu kontrollieren“, sagt Professor Fiehn. Bei Patienten, die MTX nicht vertragen, könnten Ärzte zunächst günstige, synthetische DMARDs wie Leflunomid oder Sulfasalazin anwenden.

Wichtig sei allerdings, dass die Wirksamkeit der Erstbehandlung frühzeitig kontrolliert wird. Die neue Leitlinie fordert daher einen ersten Kontrolltermin bereits nach sechs Wochen, statt wie bisher nach 12 Wochen. „Nach sechs Wochen sollten die Verträglichkeit und die Adhärenz, also die Therapietreue des Patienten, und auch die Richtigkeit der Dosierung kontrolliert werden“, erläutert Professor Dr. med Hanns-Martin Lorenz, Präsident der DGRh und Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum Heidelberg. Bei weiteren Kontrollen nach drei Monaten sollte dann eine messbare Verbesserung eingetreten und nach sechs Monaten das Therapieziel erreicht worden sein. Je nach Ansprechen und Prognosefaktoren könne der Arzt dann ein anderes DMARD verordnen, zwei konventionelle Präparate kombinieren oder aber eine Behandlung mit den biologischen oder gezielt synthetischen DMARD beginnen.

Ein wichtiges Ziel der Empfehlungen zur rheumatoiden Arthritis bleibt die frühzeitige Senkung der Kortison-Dosis, idealerweise bis zum kompletten Absetzen. Noch immer verordnen viele Ärzte ihren Patienten dauerhaft Kortison in einer niedrigen Dosis. Professor Fiehn warnt: „Es gibt keinen Beweis, dass Kortison in niedriger Dosierung ungefährlich ist oder bei einer optimierten DMARD-Therapie einen zusätzlichen Nutzen mit sich bringt.“



Einige Rheumapatienten werden unter einer optimierten Therapie auf Dauer beschwerdefrei. Die S2e-Leitlinie gibt daher erstmals Empfehlungen zur „Deeskalation“, einem Senken der Medikamente. Das ist nur möglich, wenn die Patienten kein Kortison mehr einnehmen und seit sechs Monaten beschwerdefrei sind. Die neue Leitlinie geht zudem auch erstmalig in separaten Kapiteln auf den Einfluss von Lebensstilmodifikationen und das Thema der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Patient und behandelndem Arzt ein.

Die S2e-Leitlinie erschien im Juli als Online-Publikation. Wie sich die Behandlungswirklichkeit von Patienten mit rheumatoider Arthritis durch die Empfehlungen der neuen Leitlinie verbessern lässt, darüber diskutieren Experten auf dem 46. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) vom 19. bis 22. September 2018 in Mannheim.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Literatur:

Fiehn, C., Holle, J., et al. Z Rheumatol (2018) 77(Suppl 2): 34.

<https://doi.org/10.1007/s00393-018-0481-y>

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



46. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, 9. bis 22. September 2018, Congress Center Rosengarten Mannheim

Gezüchteter Knorpel: Wann er eine schonende Alternative für ein Kunstgelenk ist

Berlin, 5. September 2018 – Endlich schmerzfrei: Für einige Rheumapatienten, deren Gelenke aufgrund der chronischen Entzündung stark angegriffen sind, ist dies nur noch mit einem künstlichen Knie- oder Hüftgelenk zu erreichen. Zunehmend wird jedoch versucht, patienteneigene Knorpelzellen im Labor zu transplantierbarem Ersatzknorpel heranzuzüchten und so den Einsatz eines künstlichen Gelenks hinauszuzögern oder zu umgehen. Welche Möglichkeiten diese als Tissue-Engineering bezeichnete Methode bietet und wo ihre Grenzen liegen, wird ein Thema auf der heutigen Vorab-Pressekonferenz sein, die anlässlich des 46. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in Berlin stattfindet.

Ein Blick in die Statistik zeigt, dass bei der Behandlung verschlissener Knie- oder Hüftgelenke der künstliche Gelenkersatz bislang das unangefochtene Mittel der Wahl ist. „Pro Jahr werden in Deutschland mehr als 400.000 Endoprothesen eingesetzt“, sagt Professor Dr. med. Kolja Gelse, Leitender Oberarzt in der Unfallchirurgischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen. Dem gegenüber stehen nur 1.700 registrierte Eingriffe, bei denen versucht wird, den Knorpel im Gelenk zu rekonstruieren.

Der Grund hierfür ist, dass die seit der Jahrtausendwende etablierte Technik bislang nur dann als aussichtsreich gilt, wenn es um die Reparatur eng umgrenzter, von gesundem Knorpelgewebe umgebener Defekte geht. „Solche begrenzten Läsionen liegen bei chronisch-entzündlichen Krankheiten wie Rheuma meist nicht vor“, erläutert Gelse. Doch werde zunehmend versucht, das Anwendungsspektrum für die Knorpelreparatur auch auf solche degenerativen Schäden auszuweiten. Bei kleineren Läsionen seien in Studien auch schon gute Erfolge erzielt worden.

Eine größere Herausforderung stellen großflächige degenerative Knorpeldefekte dar. „Derzeit wird in der Forschung und Wissenschaft intensiv daran gearbeitet, auch solche arthrotischen Läsionen mit Ersatzknorpel behandeln zu können“, sagt Gelse. Neue Techniken erlaubten es inzwischen, auch größere und dreidimensionale Knorpelkonstrukte in guter Qualität herzustellen. Allerdings weist der Experte auch auf einen Nachteil dieser Transplantate hin: Je stabiler und belastbarer sie sind – messbar an einem hohen



Proteoglykangehalt –, desto weniger leicht verbinden sie sich mit dem umgebenden Knorpel und dem darunterliegenden Knochen. Wie sich auch solche Konstrukte gut verankern lassen, wird derzeit noch wissenschaftlich ausgelotet.

Viel grundlegender ist allerdings das Problem, dass der neue Knorpel in dieselbe Umgebung verpflanzt wird, die den alten Knorpel zerstört hat. „Die zugrundeliegenden mechanischen und biologischen Faktoren müssen dringend berücksichtigt und mittherapiert werden“, betont Professor Dr. med. Bernd Swoboda, Tagungspräsident seitens der DGRh und Chefarzt der Orthopädisch-Rheumatologische Abteilung in der Orthopädischen Universitätsklinik im Malteser Waldkrankenhaus St. Marien, Erlangen. So müssten bei Bedarf etwa die Beinachse korrigiert und mögliche Schäden an Meniskus oder Bändern behoben werden. Außerdem sei es notwendig, entzündliche oder andere schädliche Prozesse therapeutisch zu unterdrücken. Denn ohne solche Anpassungen werde kein noch so guter Ersatzknorpel langfristig intakt bleiben.

Zum Thema „Tissue Engineering - Wiederherstellung von Knorpel anstelle künstlicher Gelenke?“ wird Professor Gelse auch auf der Pressekonferenz am 5. September referieren. Weitere Vorträge werden sich unter anderem mit der neuen Leitlinie zur Behandlung der Rheumatischen Arthritis und der Qualität der Versorgung von Rheuma-Patienten in Deutschland beschäftigen.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

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





46. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, 9. bis 22. September 2018, Congress Center Rosengarten Mannheim

Neue Klassifikationskriterien für Rheuma-Erkrankung: Lupus Erythematodes besser erkennen und behandeln

Berlin, 5. September 2018 – Der systemische Lupus erythematodes (SLE) ist eine Autoimmunerkrankung, die in Deutschland etwa eine von tausend Frauen und einen von zehntausend Männern betrifft. Seine Symptome reichen von Hautveränderungen und Gelenkschmerzen bis hin zu lebensbedrohlichen Entzündungen – beispielsweise von Nieren oder Gehirn. Um Lupus-Patienten künftig noch schneller mit passenden Therapien helfen zu können, hat ein internationales Projektteam unter Leitung deutscher Rheuma-Experten neue Klassifikationskriterien für den SLE entwickelt und heute beim internationalen Jahreskongress der European League Against Rheumatism (EULAR) in Amsterdam vorgestellt. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) begrüßt den Vorstoß ausdrücklich: Eine frühe Diagnose und Behandlung stelle die bestmögliche medizinische Versorgung der SLE-Patienten sicher und bringe zudem Forschung und ärztliche Ausbildung in dem Bereich weiter voran, so die Experten der DGRh.

Die Vielfalt der möglichen Krankheitserscheinungen des SLE macht es für Ärzte schwer, Patientinnen und Patienten sicher und zügig zu erkennen. „Die bisherigen Klassifikationskriterien für den SLE waren bereits gut, hatten aber in der Empfindlichkeit und Genauigkeit Schwächen“, sagt Professor Dr. med. Martin Aringer, Leiter der Rheumatologie an der Medizinischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden. Am Anfang jeder Behandlung steht eine ausführliche Untersuchung durch den behandelnden Arzt. Besteht der Verdacht, können Tests bestätigen, ob tatsächlich ein SLE vorliegt.

Drei entscheidende Änderungen der Klassifikationskriterien erleichtern es künftig, den SLE sicher zu erkennen. An erster Stelle steht nun ein Autoantikörpertest auf sogenannte anti-nukleäre Antikörper (ANA). Fast alle SLE-Patienten haben positive ANA – allerdings trifft das auch auf viele andere Menschen zu. Darüber, ob es sich tatsächlich um SLE handelt, entscheiden weitere Kriterien, die nun neu gewichtet wurden: Eine über eine Gewebeprobe der Niere festgestellte Nierenentzündung wiegt nun schwerer als ein nicht erklärtes Fieber. Und zuletzt: Kriterien dürfen nur gezählt werden, wenn es dafür keine bessere Erklärung gibt



als den SLE. „Diese Verbesserungen entsprechen dem, was Experten schon viele Jahre intuitiv gemacht haben. Die neuen Klassifikationskriterien erhöhen die Sicherheit, dass eine Patientin wirklich an einem SLE leidet“, sagt Aringer, der die Projektgruppe gemeinsam mit Sindhu Johnson, einer Forscherin aus Kanada, geleitet hat.

Beim SLE produziert das Immunsystem fehlerhafte Antikörper gegen körpereigene Bestandteile, sogenannte Autoantikörper. Antikörper schützen den gesunden Körper etwa bei Infektionen oder nach Impfungen gegen erneute Erkrankungen. Autoantikörper greifen hingegen den eigenen Körper, seine Organe und Gewebe an, indem sie Zellen zerstören und Entzündungen hervorrufen. Symptome des SLE können von Gelenkschmerzen und Fieber über Hautausschläge und Gelenkentzündungen bis zu schweren, lebensbedrohlichen Entzündungen in Niere oder Gehirn reichen. In jedem einzelnen Krankheitsfall können die Symptome in verschiedenen Kombinationen vorkommen und unterschiedlich ausgeprägt sein. „Gerade mit Blick auf die schwerwiegenden, mitunter lebensbedrohlichen Folgen des SLE ist es entscheidend, die Klassifikationskriterien weiter zu verfeinern“, sagt DGRh-Experte Professor Dr. med. Thomas Dörner von der Charité, der als zweiter deutscher Rheumatologe zur Projektgruppe gehörte. Dies sei wichtig für die weitere Erforschung des SLE und erleichtere zudem die Ausbildung von Medizinstudenten und Ärzten in dem Bereich.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Abstract, EULAR 2018:

Topic: 16. SLE, Sjögren's and APS - clinical aspects (other than treatment)

Submission N°: EULAR18-3679

VALIDATION OF NEW SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS CLASSIFICATION CRITERIA

M. Aringer¹, K. H. Costenbader², R. Brinks³, D. Boumpas⁴, D. Daikh⁵, D. Jayne⁶, D. Kamen⁷, M. Mosca⁸, R. Ramsey-Goldman⁹, J. S. Smolen¹⁰, D. Wofsy⁵, B. Diamond¹¹, S. Jacobsen¹², W. J. McCune¹³, G. Ruiz-Irastorza¹⁴, M. Schneider¹⁵, M. B. Urowitz¹⁶, G. Bertias¹⁷, B. Hoyer¹⁸, N. Leuchten¹, C. Tani⁸, S. Tedeschi², Z. Touma¹⁶, B. Anic¹⁹, F. Assan²⁰, T. M. Chan²¹, A. E. Clarke²², M. K. Crow²³, L. Czirják²⁴, A. Doria²⁵, W. Graninger²⁶, S. Hasni²⁷, P. Izmirly²⁸, M. Jung²², B. Kiss²⁴, X. Mariette²⁰, I. Padjen¹⁹, J. M. Pego-Reigosa²⁹, J. Romero-Díaz³⁰, I. Rúa-Figueroa³¹, R. Seror²⁰, G. Stummvoll¹⁰, Y. Tanaka³², M. Tektonidou⁴, C. Vasconcelos³³, E. Vital³⁴, D. J. Wallace³⁵, S. Yavuz³⁶, R. P. Naden³⁷, T. Dörner³⁸, S. R. Johnson¹⁶

¹TU Dresden, Dresden, Germany, ²Harvard Medical School, Boston, MA, United States, ³Hiller Center for Research in Rheumatology, Düsseldorf, Germany, ⁴University of Athens, Athens, Greece, ⁵UCSF, San Francisco, CA, United States, ⁶University of Cambridge, Cambridge, United Kingdom, ⁷MUSC, Charleston, SC, United States, ⁸University of Pisa, Pisa, Italy, ⁹Northwestern University, Chicago, IL, United States, ¹⁰Medical University of



Vienna, Vienna, Austria, ¹¹Feinstein Institute, Manhasset, NY, United States, ¹²Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark, ¹³University of Michigan, Ann Arbor, MI, United States, ¹⁴UPV/EHU, Bizkaia, Spain, ¹⁵Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Germany, ¹⁶University of Toronto, Toronto, Canada, ¹⁷University of Crete, Heraklion, Greece, ¹⁸UKSH, Kiel, Germany, ¹⁹University Hospital, Zagreb, Croatia, ²⁰Université Paris Sud, Paris, France, ²¹University of Hong Kong, Hong Kong, China, ²²University of Calgary, Calgary, Canada, ²³HSS, New York, NY, United States, ²⁴University of Pécs, Pécs, Hungary, ²⁵University of Padova, Padova, Italy, ²⁶Medical University of Graz, Graz, Austria, ²⁷NIAMS, NIH, Bethesda, MD, ²⁸NYU, New York, NY, United States, ²⁹University of Vigo, Vigo, Spain, ³⁰INCMNSZ, Mexico City, Mexico, ³¹Hospital Dr Negrin, Las Palmas, Spain, ³²University of Occupational & Environmental Health, Kitakyushu, Japan, ³³University of Porto, Porto, Portugal, ³⁴University of Leeds, Leeds, United Kingdom, ³⁵Cedars-Sinai, Los Angeles, CA, United States, ³⁶Istanbul Bilim University, Istanbul, Turkey, ³⁷New Zealand Ministry of Health, Auckland, New Zealand, ³⁸Charité University, Berlin, Germany

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

Neue Behandlungs-Leitlinien zur rheumatoiden Arthritis: Was ändert sich dadurch für Patienten?

Redemanuskript von Professor Dr. med. Christoph Fiehn,
Tagungspräsident DGRh, Praxis für Rheumatologie und Klinische Immunologie am Medical Center Baden-Baden

Die rheumatoide Arthritis (RA) ist die häufigste der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und bestimmt die Arbeit der Rheumatologen am stärksten. Innovationen in der Behandlung der RA haben immer wieder den Takt für Entwicklungen auch für andere Erkrankungen gegeben.

Dies trifft z. B. auf Therapiestrategien zu, wie den stufenweisen Aufbau der Therapie mit dem selektiven Einsatz von innovativen, aber teuren Therapien. Genauso auch die Anwendung von „Treat-to-Target“, also der Orientierung der Therapie an einem konkreten Ziel. Dieses Therapieziel der Remission, nämlich das scheinbare Verschwinden der Entzündung, ist in der Behandlung der RA heutzutage sehr realistisch geworden. Wird sie erreicht, garantiert sie dem Patienten, dass ihm das Schicksal einer voranschreitenden, die Gelenke zerstörenden und auch das Leben verkürzenden Erkrankung erspart bleibt.

Mit der neuen S2e-Leitlinie inklusive einem graphischen Therapiealgorithmus stellt die Autorengruppe nun ein Update der Therapieleitlinie der RA von 2012 vor. Die neue Leitlinie wurde in einer Konsensgruppe erarbeitet, welche sich auf eine systematische Literaturresearch stützen konnte. Wie in modernen Leitlinien gefordert, ist daher die umfangreiche Evidenz die Basis des Konsenses, in den zusätzlich die Erfahrung der teilnehmenden Ärzte der Gruppe eingeht.

Die Leitlinie hat dabei den Anspruch nicht nur die derzeitige Realität der Behandlung der RA abzubilden, sondern Impulse zu geben, in welche Richtung sich diese in Zukunft entwickeln könnte und sollte. Grundlage dafür ist immer das Ziel, die Behandlungswirklichkeit der Patienten mit RA in Deutschland zu verbessern und die Qualität für jeden Patienten mit RA zu gewährleisten. Dass dabei knappe Ressourcen, insbesondere der rheumatologischen Versorgung, und hohe Kosten von Medikamenten in die Überlegungen miteinbezogen werden, versteht sich von selbst.

In der auf diesem Kongress vorgestellten Leitlinie werden wir erstmals Vorstellungen darüber erläutern, wie die so wichtige frühe Behandlungsphase, also die ersten sechs Monate ab Erstvorstellung und Behandlungsbeginn, gestaltet werden sollten. Die empfohlene erste Wiedervorstellung nach sechs Wochen, statt erst nach den üblichen drei Monaten, ist noch nicht zur Beurteilung des Ansprechens der Therapie gedacht. Stattdessen dient sie dazu, die Adhärenz, also die Therapietreue des Patienten, zu verbessern und die Verträglichkeit der

Medikamente zu kontrollieren. Dosisanpassung der Medikamente, aber vor allem eine erneute Information und Kommunikation mit dem Patienten stehen im Mittelpunkt dieses ersten Wiedervorstellungstermins. Moderne Konzepte der Delegation ärztlicher Leistungen an Fachpersonal und eventuell auch an die Telemedizin können dabei helfen, diese zusätzliche Konsultation auch mit knappen Ressourcen in der rheumatologischen Versorgung zu gewährleisten.

Medikamentös bleibt die bewährte Strategie des frühen Beginns einer DMARD-Therapie, in der Regel Methotrexat, in Kombination mit Prednison in absteigender Dosis, die Basis der frühen Phase. Nach drei Monaten sollte dann ein Ansprechen der Erkrankung und nach sechs Monaten das Therapieziel der Remission erreicht sein. Definiert sind das Ansprechen durch eine mindestens 50-prozentigen Verbesserung des Composites-Score, also in der Regel des disease activity scores der 28 Gelenke (DAS-28). Die Remission wird inzwischen definiert nach den neuen strikten Kriterien mit einem simplified disease activity score (SDAI) von $<3,3$. Der Patient hat nun also ein sehr rasches und eng getaktetes Vorgehen zu erwarten, was ihn sehr schnell in Richtung des Erreichens einer möglichst optimalen Therapie bringt.

Im Verlauf der Erkrankung wird die Stratifizierung nach Prädiktoren einer schlechten Prognose beibehalten. Bei Fehlen prognostisch ungünstiger Parameter kann immer noch zunächst eine DMARD-Kombinationstherapie erfolgen. Andernfalls stehen neben biologischen dann neu auch targeted-synthetic (ts) DMARDs zur Verfügung. Diese sogenannten JAK-Inhibitoren können per oral als Tabletten gegeben werden. Sie haben sich in Studien als hochwirksam und insgesamt gut verträglich herausgestellt.

Der Nutzen von Biomarkern und personalisierter Medizin, z. B. bei der Entscheidung, welches DMARD als Erstes eingesetzt werden sollte, wird intensiv diskutiert. Ist das Therapieziel der Remission mal erreicht, besteht die Möglichkeit der Deeskalation, d. h. der Dosisreduktion der Therapie aus ökonomischen Gründen. Klar ist die Evidenz dafür, dass zwar Verlängerungen der Applikationsfrequenzen von biologischen DMARD, nicht aber das komplette Absetzen unter Umständen möglich sind. Voraussetzung dafür sind jedoch eine anhaltende Remission für mindestens sechs Monate. Diese Erkenntnis bewahrt viele Patienten vor vermeidbaren Schüben ihrer Erkrankung, welche durch Versuche ausgelöst werden könnten, aus Kostengründen z. B. ein teures Biologikum in der trügerischen Hoffnung auf anhaltende Remission wieder abzusetzen.

Erstmalig wird in der Leitlinie auch in separaten Kapiteln auf den Einfluss von Lebensstilmodifikationen (Rauchentwöhnung, Gewichtabnahme) auf den Erfolg einer

DMARD-Therapie, die Dosierung von Glukokortikoiden wie auch das Thema der gemeinsamen Entscheidungsfindung (shared decision) in der Behandlung der RA eingegangen.

Anhang Fakten:

Ergebnisse der Fin-Neo-RACo-Studie – schlechte Adhärenz des Arztes an Treat-to-Target verschlechtert Outcome der Patienten:

78% vs. 46% Remission und 1,2 vs. 2,0 mittleres DAS-28 nach 2 Jahren bei gutem vs. schlechtem Befolgen von Treat-to-Target durch den Arzt. Außerdem häufigeres Benutzen von biologischen DMARD in der Gruppe mit schlechter Adhärenz zu Treat-to-Target.
Kuusalo et al. Impact of physicians´adherence to treat to target strategy on outcomes in early rheumatoid arthritis in the NEO-RACo-trial. Scand J Rheumatol 2015; 44(6):449-55

Ergebnisse einer prospektiven randomisierten Studie: Monatliche Kontakte nach Therapiebeginn (in diesem Fall durch Telemedizin-Monitoring) resultieren in signifikant besserem Outcome nach 1 Jahr als 3-monatliche Arztkontakte.

35% vs. 21% Remission und 20% vs. 10% fehlende radiologische Progression in der Telemonitoring vs. der Kontrollgruppe.

Salaffi et al. Effectiveness of a telemonitoring intensive strategy in early rheumatoid arthritis: comparison with the conventional management approach. BMC Musculoskeletal Disorders 2016; Apr 02: 146

(Es gilt das gesprochene Wort)

Berlin, September 2018

Fächerübergreifende Immuntherapie: Warum interdisziplinäre Behandlung entscheidend für den Therapieerfolg ist

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

Das Immunsystem darf kraft seines Amtes keine Organgrenzen kennen, denn es muss sowohl die Haut wie auch alle inneren Organe von der Haarspitze bis zur Zehenspitze vor Infekten oder vor Tumoren schützen. Bei Autoimmunerkrankungen wie entzündlich rheumatischen Krankheiten leistet das Immunsystem zu viel, es greift den eigenen Körper an, und dies an ganz verschiedenen Stellen und Organsystemen des Körpers. Dies ist die Grundlage für die Erkenntnis, dass Autoimmunreaktionen sich in der Regel nie nur auf ein Organ beziehen, sondern immer Ausdruck einer systemischen Entzündungsreaktion sind. Somit existieren ganz viele entzündlich rheumatische Erkrankungen, die auch Entzündungsreaktionen z. B. an Haut, Nieren, Lunge, ZNS etc. manifestieren. Darüber hinaus zeigen große Registerdateien, dass bei Patienten mit chronischer Entzündung als „Kollateralschaden“ mehr Herzinfarkte oder bösartige Lymphknotentumoren. Entzündungsmedizin muss somit immer systemische Allgemeinmedizin (den ganzen Körper im Visier) mit sehr spezialisierten Werkzeugen sein.

Die anti-entzündliche Therapie hat in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten eine geradezu revolutionäre Entwicklung genommen. Bis in die 1980er Jahre kannte man Cortison und Azathioprin, dann kam Methotrexat als erster großer Fortschritt. Durch die gentechnologischen Möglichkeiten, monoklonale Antikörper in großen Mengen zu produzieren, um sie im Menschen einsetzen zu können, erfolgte die nächste Revolution in Form einer monoklonalen Antikörpertherapie, initial gegen B-Lymphozyten gerichtet, gegen Immunhormone wie Tumor-Nekrose-Faktor-Alpha, gefolgt von Antikörpern gegen viele Immunhormone (Zytokine) wie Interleukin-6, Interleukin-12, Interleukin-23, Interleukin-17A, Interleukin-4 und viele andere Zytokine sowie zellgerichtete Biologika wie Abatacept gegen T-Lymphozyten. In der Tumorthherapie sind inzwischen Antikörper etabliert, die als Checkpoint-Inhibitoren das Immunsystem wieder aggressiv werden lassen gegen den Tumor, nachdem diese Immunzellen zuvor vom Tumor selbst abgeschaltet wurden. Die letzte Entwicklung sind synthetische Medikamente, die in Immunzellen die Weitergabe eines entzündungsfördernden Signals blockieren, die sogenannten Signaltransduktionsinhibitoren.

Die Interdisziplinarität der Immunologie zeigt sich auch in der Wirkung dieser spezialisierten Medikamente: So sei z. B. das Rituximab als B-Zell-depletierender CD20 Antikörper zitiert, der sehr gute Daten zeigt in der Rheumatoiden Arthritis, in der Therapie der B-Zell-Non-

Hodgkin-Lymphome, bei ANCA-assoziierten Gefäßentzündungen (Vaskulitiden), bei der Multiplen Sklerose, beim bullösen Pemphigoid. Dagegen hat Rituximab keine Rolle bei der Behandlung der Psoriasis und Psoriasisarthritis. TNF-Alpha Immunbiologika wirken jedoch sehr gut bei der Psoriasis, der Psoriasisarthritis, der rheumatoiden Arthritis, Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa, nicht bei der Multiplen Sklerose und nur bei einzelnen Vaskulitiden.

Aus der Erkenntnis, dass einzelne Immunhormone, die durch die Antikörper blockiert werden, bei unterschiedlichen Krankheiten aus verschiedenen Disziplinen unterschiedlich wirken, konnte die Wichtigkeit bestimmter Zellen wie B-Lymphozyten oder T-Lymphozyten oder die Wichtigkeit bestimmter Immunhormone wie Tumornekrosefaktor Alpha, Interleukin-6, Interleukin-1, Interleukin-17 etc. für die Pathogenese und die Propagation der chronischen Entzündung verschiedener Autoimmunerkrankungen erkannt werden.

Da diese Biologika und spezifischen Immuntherapeutika die Entzündung an unterschiedlichen Zielorganen gleichermaßen blockieren, ist die Immuntherapie immer eine interdisziplinäre Systemtherapie. Die Einführung dieser leider oft noch sehr teuren Medikamente hat dazu geführt, dass die klinische Immunologie als Spezialdisziplin der Entzündungsmedizin interdisziplinär aufgestellt werden muss. Dem tragen viele Universitätsklinika Rechnung, indem sie interdisziplinäre Entzündungsboards einführen, bei denen Kollegen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen wie Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Nephrologie und Pneumologie, um nur einige zu nennen, zusammenarbeiten mit dem Ziel, die optimale Therapie für die unterschiedlichen Facetten der Erkrankung des jeweiligen Patienten im Konsens zu beschließen. Dies drückt auch aus, dass die Medizin mit Zunahme der Kenntnis und mit der Steigerung der therapeutischen Möglichkeiten immer spezialisierter wird, so dass ein Kollege einer Fachdisziplin nie die Spezifika der anderen Fachdisziplinen überblicken können. Die optimale Therapie wird also in der Zukunft zunehmend in interdisziplinären Entzündungsboards gestaltet werden. Dem hat die Einführung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung in der Rheumatologie Rechnung getragen, indem Kollegen unterschiedlicher Disziplinen fächerübergreifend in gemeinsamen Boards die Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen mit gesonderter Abrechnungsmöglichkeit entwickeln und konsentieren.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Berlin, September 2018

„Tissue Engineering“- Wiederherstellung von Knorpel anstelle künstlicher Gelenke? Chancen und Grenzen der neuen Behandlungsmethode

Redemanuskript von Professor Dr. med. Kolja Gelse,
Leitender Oberarzt und ständiger Vertreter des Leiters der Unfallchirurgischen Abteilung,
Universitätsklinikum Erlangen

Seit der klinischen Etablierung der autologen Knorpelzelltransplantation in den 1990er Jahren haben sich die Technologien zur Knorpelreparatur stetig weiterentwickelt. Mittlerweile vorliegende Daten von randomisierten, prospektiven Studien zeigen zumindest in kurz- und mittelfristiger Hinsicht gute bis sehr gute klinische Ergebnisse (1-4).

Im Jahr 2017 wurden gemäß des deutschen Knorpelregisters der DGOU 1701 knorpelrekonstruktive Operationen durchgeführt (www.knorpelregister-dgou.de). Obwohl hier nur die im Register erfassten Eingriffe mitgezählt sind und die Zahl der reell durchgeführten Operationen deutlich höher liegt, sind die OP-Zahlen für Knie-Endoprothetik (187.000 Operationen) und Hüft-Endoprothetik (233.000 Operationen) um Größenordnungen höher (Jahr 2016; statistisches Bundesamt). Daraus wird ersichtlich, dass die zellbasierte Knorpelreparatur, auch fast zwei Jahrzehnte nach deren Einführung, den Einsatz von künstlichen Gelenken bei Weitem noch nicht verdrängt hat.

Der Grund hierfür liegt darin, dass das Indikationsspektrum für Knorpelreparaturmaßnahmen zum gegenwärtigen Zeitpunkt klar definiert und deutlich limitiert ist. Als geeignet gelten nur isolierte, von gesundem Umgebungsgewebe begrenzte Knorpeldefekte, die in der Regel traumatischer Genese sind. Auch die gegenüberliegende korrespondierende Gelenkfläche darf noch keine relevante Degeneration aufweisen. Weiterhin müssen die Menisken und der Bandapparat funktionell intakt sein. Da diese Konstellation in der klinischen Versorgungssituation nur selten vorliegt, wird das Indikationsspektrum bisweilen auch auf den begrenzt degenerativen Defekt ausgedehnt, mit zum Teil auch guten Erfolgen (5). Allerdings werden fortgeschrittene Arthrostadien grundsätzlich weiterhin als Kontraindikation zur zell-basierten Knorpelreparatur betrachtet.

Um den Einsatz auch auf großflächige degenerative Knorpelläsionen, d. h. Arthrose, auszuweiten, wird in der Forschung und Wissenschaft intensiv an Weiterentwicklungen des Tissue-Engineerings zur Knorpelreparatur gearbeitet. Insbesondere die Strategien zur Herstellung von großflächigen Konstrukten beispielsweise durch Cell-sheet-Technologien, Zell-Sphäroide, 3D-gedruckte Scaffolds oder 3D-Cell-Printing haben in den letzten Jahren enormes Entwicklungspotenzial gezeigt. Es ist mittlerweile möglich, qualitativ hochwertigen Reparaturknorpel in allen denkbaren Formen und größerer Ausdehnungen ex vivo herzustellen. Allerdings hat die Generierung von Konstrukten, die bereits ex vivo eine sehr hohe Knorpelqualität aufweisen, einen ganz entscheidenden Nachteil: Je höher die

biologische Qualität (insbesondere der Proteoglykangehalt) des Knorpelkonstruktes ist, umso geringer ist dessen Fähigkeit zur Integration mit dem umgebenden Knorpel und dem darunterliegenden Knochen. Dies liegt insbesondere an der anti-adhäsiv wirkenden proteoglykanreichen Matrix. Daher ist die biomechanisch langfristig stabile Verankerung von hochwertigen Tissue-Engineering-Konstrukten auf der Gelenkoberfläche, in der Regel dem subchondralen Knochen, grundsätzlich als sehr kritisch zu sehen. Darüber hinaus fehlt bei arthrotischen Läsionen die biomechanisch schützende umgebende Knorpelschulter (intakter Umgebungsknorpel), so dass enorme Scherkräfte direkt auf die transplantierten Konstrukte einwirken. Nichtsdestotrotz wird auch hinsichtlich der Verankerung an neuen Lösungen gearbeitet. Mögliche Strategien basieren auf biphasischen Konstrukten mit einer osteogenen und darüberliegenden chondrogenen Schicht oder auch modulare Konzepte mit speziellen Verankerungsmodulen.

Allerdings muss für den langfristigen Erfolg eines biologischen „Joint resurfacings“ Folgendes berücksichtigt werden: Solange die Ursache, die zur Degeneration des ursprünglichen physiologischen Gelenkknorpels geführt hat, nicht berücksichtigt und letztlich behoben wird, wird auch kein noch so gutes Reparaturkonstrukt in genau demselben Gelenk langfristig funktionell intakt bleiben und den Zeitpunkt des endoprothetischen Gelenkersatzes signifikant verzögern können.

Daher müssen zukünftige Strategien für das biologische „Joint resurfacing“ nicht nur den makroskopisch sichtbaren Defekt, sondern auch mechanische und vor allem auch biologische Faktoren zwingend berücksichtigen. D. h. neben Korrekturen der Beinachse und begleitender Behandlung von Bandinsuffizienzen und Meniskuspathologien müssen katabole Stoffwechselsituationen und inflammatorische Faktoren entsprechend therapiert werden. Allerdings werden genetische Ursachen der Arthrose oder auch die zelluläre Seneszenz im höheren Alter nicht mit Tissue-Engineering-Konzepten behandelbar sein.

Langfristig wird das biologische „Joint resurfacing“ nur dann realisierbar sein, wenn das synoviale Gelenk biomechanisch und biologisch als Ganzes betrachtet wird und auch Besonderheiten (Stoffwechsel, Inflammation etc.) des gesamten Organismus berücksichtigt werden. Für Forschung und Klinik ist daher eine eng verzahnte Interdisziplinarität auf den Gebieten der Orthopädie, Rheumatologie, Zellbiologie, Genetik und der Materialwissenschaften notwendig.

Literatur:

1. Crawford, D.C., DeBerardino, T.M., and Williams, R.J., 3rd. NeoCart, an autologous cartilage tissue implant, compared with microfracture for treatment of distal femoral cartilage lesions: an FDA phase-II prospective, randomized clinical trial after two years. *J Bone Joint Surg Am* 94, 979, 2012.
2. Saris, D., Price, A., Widuchowski, W., Bertrand-Marchand, M., Caron, J., Drogset, J.O., Emans, P., Podskubka, A., Tsuchida, A., Kili, S., Levine, D., and Brittberg, M. Matrix-Applied Characterized Autologous Cultured Chondrocytes Versus Microfracture: Two-Year Follow-up of a Prospective Randomized Trial. *Am J Sports Med* 42, 1384, 2014.
3. Basad, E., Ishaque, B., Bachmann, G., Sturz, H., and Steinmeyer, J. Matrix-induced autologous chondrocyte implantation versus microfracture in the treatment of cartilage defects of the knee: a 2-year randomised study. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 18, 519, 2010.
4. Vanlauwe, J., Saris, D.B., Victor, J., Almqvist, K.F., Bellemans, J., and Luyten, F.P. Five-year outcome of characterized chondrocyte implantation versus microfracture for symptomatic cartilage defects of the knee: early treatment matters. *Am J Sports Med* 39, 2566, 2011.
5. Minas, T., Gomoll, A.H., Solhpour, S., Rosenberger, R., Probst, C., and Bryant, T. Autologous chondrocyte implantation for joint preservation in patients with early osteoarthritis. *Clin Orthop Relat Res* 468, 147, 2010.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Berlin, September 2018

Rheuma-Patienten in Deutschland sind nicht ausreichend medizinisch versorgt

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

Versorgungsdefizite gefährden den Therapieerfolg von vielen Rheuma-Patienten. Und das, obwohl wir von einer großen Volkskrankheit reden. 17 Millionen Menschen sind in Deutschland an Rheuma erkrankt.

Je früher Rheuma erkannt wird, desto besser sind die Erfolgsaussichten bei der Behandlung. Es gibt ein Zeitfenster, in dem die Krankheit oftmals zum Stillstand gebracht werden kann. Allerdings wird genau diese Zeitspanne bei vielen Erkrankten nicht genutzt. Sie verlieren so den Wettlauf gegen die Zeit und erleben eine lebenslange Belastung durch chronische Schmerzen. Und im schlimmsten Falle werden sie arbeitsunfähig. Mit spürbaren Folgen für unsere Volkswirtschaft. Warum verlieren wir so viel Zeit? Der Hauptgrund ist: Es fehlen Rheumatologen. Dazu veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie schon 2017 ein Update ihres Memorandums „Bedarf an rheumatologischer Versorgung in Deutschland“, das deutlich zeigt, wie groß der Missstand hier bei uns immer noch ist. Allein in der ambulanten Versorgung bräuchten wir rund 600 Mediziner mehr, in Krankenhäusern fehlen rund 400 und in den Reha-Einrichtungen über 80 Rheumatologen. Es gibt einfach zu wenige Lehrstühle an den Hochschulen. Ein Medizinstudent hat laut der Risa-Studie während seines gesamten Studiums nur 14 „Rheuma-Vorlesungsstunden“. Das ist nicht genug. Hinter dem Begriff Rheuma verbergen sich über 100 verschiedene Erkrankungen.

Deshalb setzt sich die Deutsche Rheuma-Liga gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie für mehr Lehrstühle im Fachgebiet internistische Rheumatologie ein. In einer gemeinsamen Aktion haben wir zum Beispiel die Bundesärztekammer und die Dekane der Hochschulen von den medizinischen Fakultäten in Deutschland angeschrieben und eindringlich auf diesen Zustand hingewiesen.

Die Bundesregierung versucht den Zugang zu Rheumatologen unter anderem über das Terminservice- und Versorgungsgesetz zu verbessern, indem Zulassungssperren befristet aufgehoben werden. Das ist ein Anfang und wir begrüßen dieses Engagement. Dennoch muss aus Sicht der Rheuma-Liga sichergestellt werden, dass die Versorgung rheumakrankter Menschen nicht nur in den Großstädten verbessert wird, sondern auch in Mittelzentren und ländlichen Regionen. Gerade auf dem Land müssen Patienten lange Wege, immense Fahrzeiten und damit hohe finanzielle Belastungen hinnehmen, um überhaupt medizinisch versorgt zu werden. Eine Onlineumfrage der Rheuma-Liga von 2017 belegt, dass Patienten durch Fahrtkosten und andere Faktoren ganz erheblich finanziell belastet werden. Wir fragen

uns: Warum übernehmen die Krankenkassen diese Fahrtkosten nicht? Die so genannte „Ambulantisierung“ von Therapien ist vom Gesetzgeber ausdrücklich erwünscht.

Neben der ärztlichen Versorgung haben viele Betroffene Probleme mit ihren medizinisch notwendigen Hilfsmitteln, wie zum Beispiel Rollstühlen, Gehilfen, Schienen und Orthesen. Sie werden restriktiv bewilligt oder in schlechter Qualität ausgeliefert. Darüber hinaus werden Ausschreibungen zu vielen Hilfsmitteln nach wie vor über den Preis entschieden. Die Folge: Betroffene müssen auf Alternativen ausweichen und diese selbst bezahlen. Dadurch entstehen erneut Zusatzkosten. Diese Versorgungspraxis unterläuft aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga den berechtigten Anspruch der Betroffenen auf gleichberechtigte Teilhabe am Leben. Hilfsmittel sind keine Luxusgüter, sie ermöglichen den Rheuma-Patienten ein möglichst eigenständiges Leben. Wir setzen uns deshalb ein für:

- Mehr Lehrstühle für internistische Rheumatologie
- Problemlose Zulassung für internistische Rheumatologen
- Gesetzesänderungen, die bewirken, dass Krankenkassen den aus der Behinderung folgenden Mehrbedarf an Hilfsmitteln erstatten
- Krankenkassen-Verträge mit den Hilfsmittelherstellern, die so gestaltet sind, dass eine ausreichende Qualität der Versorgung gesichert ist

Denn nur so können die Krankheitsfolgen der von Rheuma betroffenen Menschen gemindert und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben mit der Erkrankung ermöglicht werden.

Deshalb ist es ein großes Anliegen der Deutschen Rheuma-Liga, dass man über uns spricht. Über Menschen mit Rheuma, über ihre notwendigen Anliegen und Bedürfnisse. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns mit Ihrer Berichterstattung dabei unterstützen.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Berlin, September 2018

Neue Klassifikationskriterien für Lupus: Schneller erkennen – besser behandeln

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

Wie werden die neuen Klassifikationskriterien für den systemischen Lupus erythematoses (SLE, Lupus), die ein internationales Projektteam unter Leitung deutscher Rheuma-Experten entwickelt hat, das Leben der Lupus-Erkrankten verändern? Auch wenn die neuen Klassifikationskriterien die Basis für jede weitere Forschung und Versorgung auf dem Gebiet des SLE sind, machen sie wahrscheinlich erst einmal merkbar keinen Unterschied für die schon Betroffenen. Heute gehört diese systemische Autoimmunerkrankung, die etwa zehnmal häufiger (vor allem junge) Frauen betrifft (Prävalenz in Deutschland: Frauen ~1:1.000; Männer ~1:10.000), zu den 15 häufigsten Todesursachen bei jungen Frauen. Zudem leiden die Betroffenen unter Symptomen wie Hautveränderungen und Gelenkschmerzen oder lebensbedrohlichen Entzündungen – beispielsweise von Nieren oder Gehirn. Hinzu kommen starke Allgemeinsymptome, wie eine unerklärte Müdigkeit, die die Teilhabe der Betroffenen weiter einschränkt und häufig eine berufliche Tätigkeit behindern. Auch wenn sich die Prognose (Lebenserwartung) des SLE in den letzten 30 Jahren durch verbesserte Verfügbarkeit von Laboruntersuchungen und Optimierung bekannter Therapieoptionen deutlich verbessert hat, scheinen die Möglichkeiten dieses Prozesses der internationalen Evidenzgewinnung und -verbreitung weitgehend ausgeschöpft, wie an der fehlenden Verbesserung der Bedingungen für Lupus-Patienten in den letzten 10 Jahren deutlich wird. Jetzt werden neuen Therapieoptionen benötigt, deren Basis eine optimale Klassifikation ist.

Die saubere Klassifikation einer Erkrankung als SLE ist gerade für einen so heterogenen Symptomenkomplex, wie er beim SLE vorliegt, von entscheidender Bedeutung. Hier bilden die neuen Klassifikationskriterien jetzt das Fundament mit einer bisher nicht bekannten Sensitivität und Spezifität. Damit geben die neuen Kriterien eine deutlich verbesserte Startbasis für klinische Studien, die leider beim SLE bisher viel zu häufig gescheitert sind. Zur weiteren Optimierung dieser Studien werden zudem weitere Differenzierungsmerkmale und Ansprechparameter („Biomarker“) benötigt, für die die neuen Klassifikationskriterien jetzt ebenfalls die Basis darstellen, die von einer Projektgruppe unter Leitung von Professor Martin Aringer, Leiter der Rheumatologie an der Medizinischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum der Technischen Universität Dresden, gemeinsam mit Sindhu Johnson, einer Forscherin aus Kanada, in einem komplexen Prozess entwickelt wurden.

Auch wenn diese neuen Kriterien für die Klassifikation und nicht für die Diagnose eines SLE entwickelt wurden, werden sie auch wie ihre Vorgänger für die Diagnose eingesetzt werden. Die Verknüpfung von klinischen Symptomen und Laborbefunden, wie die Kriterien sie fordern, erleichtern sicher auch eine frühe Diagnose und damit Behandlung. Die hohe Spezifität der Kriterien verhindert weitgehend, dass Menschen fälschlicherweise die nach wie vor schwerwiegende Diagnose SLE bekommen. Zudem erlaubt die neue Wichtung der verschiedenen Symptome und Organbefunde ein einfacheres Erkennen der Schwere des SLE. So reicht eine gesicherte Entzündung der Nieren teilweise schon zur Klassifikation aus. Die Zukunft des SLE beginnt!

Abstract, EULAR 2018:

Topic: 16. SLE, Sjögren's and APS - clinical aspects (other than treatment)

Submission N°: EULAR18-3679

VALIDATION OF NEW SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS CLASSIFICATION CRITERIA

M. Aringer¹, K. H. Costenbader², R. Brinks³, D. Boumpas⁴, D. Daikh⁵, D. Jayne⁶, D. Kamen⁷, M. Mosca⁸, R. Ramsey-Goldman⁹, J. S. Smolen¹⁰, D. Wofsy⁵, B. Diamond¹¹, S. Jacobsen¹², W. J. McCune¹³, G. Ruiz-Irastorza¹⁴, M. Schneider¹⁵, M. B. Urowitz¹⁶, G. Bertsias¹⁷, B. Hoyer¹⁸, N. Leuchten¹, C. Tani⁸, S. Tedeschi², Z. Touma¹⁶, B. Anic¹⁹, F. Assan²⁰, T. M. Chan²¹, A. E. Clarke²², M. K. Crow²³, L. Czirják²⁴, A. Doria²⁵, W. Graninger²⁶, S. Hasni²⁷, P. Izmirly²⁸, M. Jung²², B. Kiss²⁴, X. Mariette²⁰, I. Padjen¹⁹, J. M. Pego-Reigosa²⁹, J. Romero-Díaz³⁰, I. Rúa-Figueroa³¹, R. Seror²⁰, G. Stummvoll¹⁰, Y. Tanaka³², M. Tektonidou⁴, C. Vasconcelos³³, E. Vital³⁴, D. J. Wallace³⁵, S. Yavuz³⁶, R. P. Naden³⁷, T. Dörner³⁸, S. R. Johnson¹⁶

¹TU Dresden, Dresden, Germany, ²Harvard Medical School, Boston, MA, United States, ³Hiller Center for Research in Rheumatology, Düsseldorf, Germany, ⁴University of Athens, Athens, Greece, ⁵UCSF, San Francisco, CA, United States, ⁶University of Cambridge, Cambridge, United Kingdom, ⁷MUSC, Charleston, SC, United States, ⁸University of Pisa, Pisa, Italy, ⁹Northwestern University, Chicago, IL, United States, ¹⁰Medical University of Vienna, Vienna, Austria, ¹¹Feinstein Institute, Manhasset, NY, United States, ¹²Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark, ¹³University of Michigan, Ann Arbor, MI, United States, ¹⁴UPV/EHU, Bizkaia, Spain, ¹⁵Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Germany, ¹⁶University of Toronto, Toronto, Canada, ¹⁷University of Crete, Heraklion, Greece, ¹⁸UKSH, Kiel, Germany, ¹⁹University Hospital, Zagreb, Croatia, ²⁰Université Paris Sud, Paris, France, ²¹University of Hong Kong, Hong Kong, China, ²²University of Calgary, Calgary, Canada, ²³HSS, New York, NY, United States, ²⁴University of Pécs, Pécs, Hungary, ²⁵University of Padova, Padova, Italy, ²⁶Medical University of Graz, Graz, Austria, ²⁷NIAMS, NIH, Bethesda, MD, ²⁸NYU, New York, NY, United States, ²⁹University of Vigo, Vigo, Spain, ³⁰INCMNSZ, Mexico City, Mexico, ³¹Hospital Dr Negrin, Las Palmas, Spain, ³²University of Occupational & Environmental Health, Kitakyushu, Japan, ³³University of Porto, Porto, Portugal, ³⁴University of Leeds, Leeds, United Kingdom, ³⁵Cedars-Sinai, Los Angeles, CA, United States, ³⁶Istanbul Bilim University, Istanbul, Turkey, ³⁷New Zealand Ministry of Health, Auckland, New Zealand, ³⁸Charité University, Berlin, Germany

(Es gilt das gesprochene Wort)

Berlin, September 2018

Stand: August 2018

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 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 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 August 2018

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