



Kongress-Pressekonferenz anlässlich

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

Termin: Donnerstag, 20. September 2018, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Congress Center Rosengarten, Raum 4.5 Richard Wagner

Anschrift: Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

Themen und Referenten:

Neue Screening-Sprechstunde bei Rheuma

Was sich dadurch ändert – für Arzt und Patient

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

Liegt der Schlüssel im Erbgut? Genetische Ursachen seltener Rheuma-Erkrankungen

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

Rheuma heilbar machen: Wie die Deutsche Rheumastiftung Forschung vorantreibt – am Beispiel der Pseudogicht

Dr. med. Florian Schuch, Praxismgemeinschaft Rheumatologie – Nephrologie, Erlangen, Vorstandsmitglied der Deutschen Rheumastiftung

Der „kleinstmögliche Eingriff“ – Wie minimalinvasive Chirurgie heute bei Rheuma-Patienten eingesetzt wird

Professor Dr. med. Ralph Gaulke, Leiter der Sektion Obere Extremität, Fuß- und Rheumachirurgie, Ständiger Vertreter des Direktors an der Klinik für Unfallchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover
und

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

Rheuma kommt selten allein – Häufige Folge- und Nebenerkrankungen und worauf bei der Behandlung zu achten ist

Professor Dr. med. Andreas Krause, Ärztlicher Direktor der Klinik für Innere Medizin und Chefarzt der Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie am Immanuel Krankenhaus Berlin

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



Kongress-Pressekonferenz anlässlich

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

Termin: Donnerstag, 20. September 2018, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Congress Center Rosengarten, Raum 4.5 Richard Wagner (auf der Dorint-Seite des Kongresscenters)

Anschrift: Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

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, 19. bis 22. September 2018, Congress Center Rosengarten Mannheim

„Entzündungen kennen keine Organgrenzen“

Rheuma als interdisziplinäre Herausforderung

Mannheim, 20. September 2018 – Die körpereigene Abwehr patrouilliert durch den ganzen Körper: Die Botenstoffe der Immunzellen dringen in jedes Organ und jedes Gewebe vor. Für ihre Aufgabe, die Infektabwehr, ist das nötig. Bei Autoimmunkrankheiten und chronischen Entzündungen führt diese Schrankenlosigkeit der Immunzellen jedoch dazu, dass oft nicht nur ein Organ betroffen ist, sondern mehrere oder der gesamte Körper. Die Behandlung systemischer Entzündungen erfordert es daher, dass Mediziner unterschiedlicher Fachrichtungen eng zusammenarbeiten. Welche Möglichkeiten eine interdisziplinäre klinische Immunologie in Diagnostik und Differentialtherapie für Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen bietet und welche Herausforderungen damit verbunden sind, diskutierten Experten auf der heutigen Pressekonferenz in Mannheim anlässlich des 46. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh).

Bereits das Beispiel der häufigsten entzündlich-rheumatischen Erkrankung, der rheumatoiden Arthritis, zeigt, wie wenig sich das Immunsystem an Organgrenzen hält: Zu Beginn der Autoimmunerkrankung sind vor allem die Gelenke von der chronischen Entzündung betroffen. Im weiteren Verlauf der Krankheit können auch andere Organe wie Augen, Lunge, Blutgefäße oder Herz angegriffen werden. „Autoimmunerkrankungen sind daher immer als Entzündung zu betrachten, die den ganzen Körper betrifft“, sagt Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz, Präsident der DGRh und Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum Heidelberg. Bei der Therapie müsse der behandelnde Rheumatologe daher immer den gesamten Körper im Blick behalten. Diese systemische Herangehensweise erfordere eine sehr umfassende Expertise breit ausgebildeter, internistischer Rheumatologen und Internisten unterschiedlicher Fachgebiete, die ihr Wissen einbringen.

Dass die Fächer bei der Behandlung von Entzündungsleiden näher zusammenrücken, liegt nicht nur in der Natur der Erkrankungen selbst. Auch die antientzündlichen Medikamente haben ein breites Wirkungsspektrum und entfalten es im ganzen Körper. Vor allem die in den vergangenen zwei Jahrzehnten entwickelten Biologika und Immuntherapeutika, die sehr effektiv Entzündungszellen oder ihre Botenstoffe blockieren, wirken in der Regel an mehreren Zielorganen zugleich. Als Beispiel nennt Lorenz den gegen B-Zellen gerichteten Antikörper Rituximab: Er kann in der Therapie der rheumatoiden Arthritis ebenso eingesetzt werden wie bei der Behandlung des B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphoms, bei Gefäßentzündungen ebenso wie bei der Multiplen Sklerose, bei der die Entzündungsherde im zentralen Nervensystem liegen. „Die Immuntherapie ist daher immer eine interdisziplinäre Systemtherapie“, sagt der DGRh-Präsident.

Auch der enorme Wissenszuwachs auf dem Gebiet der Immunbiologie und die damit einhergehende Zunahme der therapeutischen Möglichkeiten führt dazu, dass Mediziner einer Fachrichtung nicht mehr alle Feinheiten anderer Disziplinen überblicken können und daher auf Kooperationen angewiesen sind. „Viele Universitätsklinika tragen dem schon Rechnung, etwa indem sie interdisziplinäre Entzündungsboards einführen“, sagt Lorenz. Hier arbeiten Rheumatologen unter anderem mit Hautärzten, Stoffwechsel-, Nieren- und Lungenfachärzten zusammen. So können die unterschiedlichen Facetten der jeweiligen Erkrankung berücksichtigt und eine für den Patienten optimale Therapie konsentiert werden. Jedes große Zentrum mit Entzündungsexpertise sollte ein solches interdisziplinäres Zentrum einrichten, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass chronisch entzündliche Erkrankungen Charakteristika einer Volkskrankheit haben und hohe Kosten verursachen, und dass sich die Entwicklung neuer Immuntherapeutika gerade für seltene Erkrankungen rasant fortentwickelt.

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, 19. bis 22. September 2018, Congress Center Rosengarten Mannheim

Rheuma schneller erkennen – Prognose für die Patienten verbessern Innovative Screening-Konzepte sollen die Zeit bis zur Diagnose verkürzen

Mannheim, 17. September 2018 – Patienten mit Rheumaverdacht müssen in manchen Regionen Deutschlands manchmal neun Monate auf einen Termin beim internistischen Rheumatologen warten. Je früher jedoch Patient und Arzt die Behandlung angehen, desto besser ist die Prognose bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Um dieser offensichtlichen Unterversorgung zu begegnen, werden deutschlandweit Screening-Konzepte entwickelt, die einen frühen Zugang zu Diagnose und Therapie sichern sollen. Einige dieser Konzepte werden auf dem 46. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) vorgestellt und auf der heutigen kongressbegleitenden Pressekonferenz in Mannheim diskutiert.

Der wohl wichtigste Schritt hin zu einem zügigeren Therapiebeginn ist eine effektive Vorauswahl der Patienten. „Längst nicht jeder Patient mit rheumatypischen Beschwerden leidet auch tatsächlich an einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung“, sagt Professor Dr. med. Christoph Fiehn, niedergelassener Internist und Rheumatologe in Baden-Baden und Tagungspräsident für die DGRh. Ein sinnvoller und inzwischen gut erprobter Ansatz ist es daher, Screening-Sprechstunden einzurichten, für die sehr kurzfristig Termine vergeben werden oder die mancherorts sogar ganz ohne Termin besucht werden können. Hier können diejenigen Patienten, die tatsächlich rheumatologisch behandelt werden müssen, schnell und zuverlässig identifiziert werden. Patienten, deren Probleme auf andere Erkrankungen zurückgehen, werden dagegen an Ärzte anderer Fachrichtungen verwiesen. Die oft über Monate ausgebuchten Rheumatologen-Sprechstunden werden so entlastet.

Auch das Screening wird in der Regel durch Rheuma-Fachärzte vorgenommen. „Es gibt allerdings vielversprechende Studien, die zeigen, dass man die Frühuntersuchung auch delegieren kann“, sagt Professor Fiehn und verweist unter anderem auf ein Modellprojekt des Düsseldorfer Universitätsklinikums. Dort wurden Studierende der Medizin so geschult,

dass sie das Screening vornehmen konnten – zur großen Zufriedenheit der Patienten und auch der Studierenden selbst.

Obwohl für den Besuch der Screening-Sprechstunde in der Regel eine hausärztliche Überweisung benötigt wird, bestätigt sich der Rheumaverdacht nur bei einem Viertel bis der Hälfte der überwiesenen Patienten. Aus dieser Beobachtung ergibt sich ein weiterer Ansatz, die Fachärzte zu entlasten: Indem Hausärzte stärker eingebunden werden, kann bereits hier eine effizientere Patientenvorauswahl stattfinden. „In einer Art Ärztenetzwerk werden Nicht-Rheumatologen systematisch geschult und bekommen spezielle Fragebögen als Untersuchungswerkzeug an die Hand“, erläutert Professor Fiehn ein Modell, das bereits in mehreren Regionen Deutschlands umgesetzt wird. Die Allgemeinmediziner können so ihre Verdachtsdiagnose besser überprüfen, bevor sie den Patienten an einen Rheumatologen oder eine Screening-Sprechstunde überweisen.

Wie dringend solche Konzepte benötigt werden, legt Fiehn anhand einer Erhebung aus Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen dar. Dort ist ein niedergelassener Rheumatologe bereits jetzt für durchschnittlich 1500 Patienten zuständig – mit steigender Tendenz. „Der Bedarf übersteigt damit die Kapazität der Kollegen bei Weitem“, sagt Fiehn. In einer alternden Gesellschaft werde die Zahl der Rheuma-Erkrankungen zudem noch weiter steigen, und allein über die Weiterbildung junger Rheumatologen könne der Bedarf auf absehbare Zeit nicht gedeckt werden.

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, 19. bis 22. September 2018, Congress Center Rosengarten Mannheim

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegsinfekte und Immunschwäche

Behandlung von Nebenerkrankungen bei Rheuma braucht fachkundiges Personal

Mannheim, 20. September 2018 – Rheumapatienten haben ein um bis zu 70 Prozent erhöhtes Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, ebenso haben sie häufiger Infektionen oder auch Depressionen. Als chronische Entzündungen betreffen rheumatische Leiden meist nicht nur ein Organ, sondern ziehen prinzipiell den ganzen Körper in Mitleidenschaft. Beim Gelenkrheuma etwa können je nach Ausprägung und Schweregrad auch die Haut, die Gefäße oder die inneren Organe befallen sein. Wie häufig diese Neben- und Folgeerkrankungen sind und wie sie sich auf die Patienten und die Therapie auswirken, darüber werden Experten auf der heutigen Pressekonferenz diskutieren, die im Rahmen des 46. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in Mannheim stattfindet.

Rheumatische Erkrankungen sind in der Regel auf eine Fehlfunktion des Immunsystems zurückzuführen, bei der sich Immunzellen unkontrolliert gegen körpereigene Strukturen richten. „Diese systemische Entzündungsneigung ist aber nur die eine Seite der Erkrankung“, sagt Professor Dr. med. Andreas Krause, Chefarzt der Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie am Immanuel Krankenhaus Berlin. „Oft führt die immunologische Fehlfunktion auch zu einer gestörten Infektabwehr.“ Menschen mit Rheuma ziehen sich daher häufiger als Gesunde Infektionen zu, die zudem einen schwereren Verlauf nehmen können.

In der Therapie stehen sich diese beiden Aspekte des Rheumas im Weg – denn die autoimmune Grunderkrankung wird in der Regel mit Medikamenten behandelt, die das Immunsystem hemmen. Damit aber wird die Infektabwehr zusätzlich ausgebremst. „Besonders problematisch ist die Behandlung mit Kortisonpräparaten“, erläutert Krause. Diese sollten daher so niedrig dosiert und so kurz wie möglich eingesetzt werden. Stattdessen kann die Entzündung mit gezielter wirkenden Biologika zurückgedrängt werden.

Als wichtigsten Baustein der Infektionsprävention sieht Krause jedoch einen umfassenden Impfschutz.

Ein weiterer Aspekt, den Ärzte bei der Behandlung dieser Rheuma-Patienten im Auge behalten müssen, ist deren erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen – ausgelöst durch die chronische Entzündung, die einer Arteriosklerose Vorschub leistet. „Patienten mit klassischem Gelenkrheuma haben ein bis zu 70 Prozent erhöhtes Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden“, sagt Krause. Zu allem Überfluss erhöhen auch einige Rheuma-Medikamente bei längerfristiger Einnahme das Herz-Kreislauf-Risiko – ein Faktor, der gerade bei Patienten mit kardiovaskulären Vorerkrankungen berücksichtigt werden muss.

Auch die Atemwege sind häufig in Mitleidenschaft gezogen: Entzündungen von Lunge und Bronchien können die Langzeitprognose der Erkrankung erheblich verschlechtern und zählen zu den häufigsten Todesursachen von Rheumapatienten. Hier sollte auf Rauchverzicht gedrungen und möglichst früh ein Lungenfacharzt hinzugezogen werden. Nicht zuletzt ist auch die Psyche der Patienten von der Erkrankung betroffen. Auf Nachfrage berichten 20 bis 30 Prozent der Rheuma-Patienten von depressiven Symptomen, die nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die Therapietreue beeinträchtigen können.

„Die Diagnose und Behandlung der vielfältigen Folge- und Nebenerkrankungen ist ein wichtiger Bestandteil der rheumatologischen Versorgung und bedarf einer fundierten internistischen Weiterbildung“, ergänzt Professor Dr. med. Christoph Fiehn, Kongresspräsident von Seiten der DGRh. Leider stehe für eine optimale Umsetzung weder ausreichend Personal noch eine gesicherte Vergütung zur Verfügung. Mit der Ausbildung rheumatologischer Fachassistenten, Patientenschulungen und dem Aufbau von Ärztenetzwerken habe man aber den richtigen Weg eingeschlagen, um die Versorgung von Rheuma-Patienten weiter zu verbessern. Bei der heutigen Pressekonferenz in Mannheim diskutieren Rheumaexperten gemeinsam, welche Faktoren für die optimale Versorgung von Rheumapatienten entscheidend sind.

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, 19. bis 22. September 2018, Congress Center Rosengarten Mannheim

Depressive Zeichen bei Wirbelsäulenleiden: Studie zur Axialen Spondyloarthritis ausgezeichnet

Mannheim, 20. September 2018 – Menschen mit Axialer Spondyloarthritis (AxSpA), einer chronischen Wirbelsäulenerkrankung, leiden häufiger an depressiven Symptomen als Gesunde und fühlen sich weniger wohl. Dies zeigt eine Studie von Imke Redeker aus Berlin. Für ihre Ergebnisse wird die Statistikerin jetzt mit dem Hans-Hench-Preis für Rehabilitations- und Versorgungsforschung 2018 ausgezeichnet. Der mit 2.000 Euro dotierte Preis wird im Rahmen des 46. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) verliehen, der vom 19. bis 22. September 2018 in Mannheim stattfindet. Die Erkenntnisse von Redeker und ihren Co-Autoren unterstreichen den Bedarf, depressive Symptome in zukünftige Behandlungskonzepte für Menschen mit AxSpa einzubeziehen.

„Die Arbeit ist sowohl in ihrer praktischen Bedeutung, ihrer wissenschaftlichen Relevanz und Methodik von ausgezeichneter Qualität, ebenso wie in ihrer Aktualität und Originalität“, betont Jurymitglied Professor Dr. med. Dirk Meyer-Olson, Rheumatologe aus Bad Pyrmont. Gemeinsam mit ihren Berliner Kollegen hatte Redeker das psychische Wohlbefinden von Patienten mit AxSpA mithilfe eines geprüften Screening-Instruments untersucht. Sie werteten die Fragebögen von Insgesamt 1.736 Männer und Frauen verschiedener Altersgruppen aus.

Daraus ergab sich, dass der Anteil von AxSpA Patienten mit depressiven Symptomen hoch ist: Nur 42 Prozent der Personen bezeichneten ihr Wohlbefinden als gut. Immerhin 28 Prozent äußerten leichte, 31 Prozent sogar mittlere bis schwere depressive Symptome. „Besonders bemerkenswert ist, dass Menschen mit AxSpa im mittleren Alter, also zwischen 40 und 59 Jahren, die höchste Prävalenz depressiver Symptome zeigten“, betont Imke Redeker. Stress und wenig Bewegung seien gepaart mit dem Einfluss der Krankheit möglicherweise dafür verantwortlich. Dagegen gaben ältere Personen am häufigsten ein gutes Wohlbefinden an. Aus den Ergebnissen leitet die Forscherin ab, dass bei AxSpa

Patienten insbesondere im Alter zwischen 40 und 59 depressive Symptome geprüft werden sollten.

Geboren 1989 in Wilhelmshaven studierte Redeker Mathematik in Cottbus, wo sie promoviert. Seit Anfang 2017 arbeitet sie als Statistikerin am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum DRFZ in Berlin im Programmbereich Epidemiologie. Für Ihre Publikation "Determinants of psychological well-being in axial spondyloarthritis: an analysis based on linked claims and patient-reported survey data" zeichnen die DGRh und die Hans-Hench-Stiftung sie mit dem gleichnamigen Preis aus. „Alle für den diesjährigen Preis eingereichten Arbeiten waren von herausragender Qualität“, freut sich Professor Meyer-Olson.

Die Hans-Hench-Stiftung zur Förderung der Rheumatologie e. V. in Freiburg und die DGRh verleihen in diesem Jahr zum vierten Mal einen Nachwuchspreis für herausragende wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der rheumatologischen Rehabilitation und Versorgungsforschung. Der Preis ist mit 2.000 Euro dotiert. Zugelassen sind Bewerber bis 35 Jahre. Namensgeber des Preises ist Hans Hench, Diplom-Ingenieur und Unternehmer aus Inzlingen. Er gründete im Jahre 1988 die Stiftung. Sie dient der „Förderung fortbildungswilliger Doktoranden, Diplomanden, Ärzte und Therapeuten, die nicht in der Lage sind, die dafür erforderlichen Kosten selbst aufzubringen“. Den Preis verleihen Stiftung und DGRh in der Regel im Rahmen des Jahreskongresses der Fachgesellschaft.

Literatur:

Redeker I, et al.: Determinants of psychological well-being in axial spondyloarthritis: an analysis based on linked claims and patient-reported survey data; Ann Rheum Dis 2018;0:1–8.

doi:10.1136/annrheumdis-2017-212629

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, 19. bis 22. September 2018, Congress Center Rosengarten Mannheim

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie ernennt drei Ehrenmitglieder

Mannheim, 20. September 2018 – Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh) ernennt im Rahmen ihres 46. Kongresses in Mannheim drei neue Ehrenmitglieder: Professor Dr. med. Peter Herzer aus München, Professor Dr. rer. nat. Fritz Melchers aus Berlin und Professor Dr. med. Monika Østensen aus Trondheim in Norwegen. Damit würdigt die Fachgesellschaft das langjährige fachliche Engagement und den großen persönlichen Einsatz der drei Forscherpersönlichkeiten für die Rheumatologie. Die Ehrung erfolgt während der feierlichen Eröffnung des Kongresses am 19. September in Mannheim.

Peter Herzer studierte an den Universitäten Mainz, Zürich und München Humanmedizin. Ende der 70er Jahre forschte er in Mainz mit einem Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Ab 1978 war Herzer am Universitätsklinikum München ärztlich und wissenschaftlich tätig, um sich 1993 mit einer Praxis für Innere Medizin und Rheumatologie dort niederzulassen. Im Jahr 1985 erlangte er die Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie. Wissenschaftlich publizierte Herzer insbesondere über Kollagenosen, infektbedingte Arthritiden und Lyme-Borreliose. Für seine Fortbildungs- und Gutachtertätigkeit auf dem Gebiet der Lyme-Borreliose wurde er mehrfach ausgezeichnet. Seit 2016 behandelt er im interdisziplinären Medizinischen Versorgungszentrum „MEDICOVER“ München.

„Peter Herzers beständigem Einsatz für die Rheumatologie in Deutschland verdankt die DGRh Impulse auf vielen Gebieten“, betont Laudator Professor Dr. med. Klaus Krüger, Sprecher der Kommission Pharmakotherapie der DGRh aus München. Eine ganz besondere Rolle spielte er demnach als Pionier auf dem Gebiet der Borreliose-Forschung: „Die Bedeutung der Erkrankung erkannte er bereits, als diese noch weitgehend unbekannt und unerforscht war, seine Untersuchungen brachten ihm frühzeitig weltweite Anerkennung“, so Krüger. Bei allem Engagement in der Forschung stünde für Peter Herzer jedoch immer die unmittelbare Arbeit mit dem Patienten im Mittelpunkt seines Wirkens.

Der Chemiker, Biochemiker und Genetiker Professor Dr. rer. nat. Fritz Melchers studierte und promovierte an der Universität zu Köln und habilitierte sich in Freiburg. Nach drei Jahren Postdoc-Forschung am Salk Institute in La Jolla, California, gründete er eine Gruppe zur Erforschung der Antikörpersynthese am Max-Planck-Institut für Molekulare Genetik in Berlin. Ab 1981 leitete Melchers für 20 Jahre das Basel Institut für Immunologie in der Schweiz. Im Mittelpunkt seiner wissenschaftlichen Karriere steht die Analyse der Entwicklung von B-Zellen und ihrer Bedeutung in physiologischen und pathophysiologischen Zusammenhängen. Sein tiefes Interesse an klinisch-immunologischen Problemen widerspiegelt seine Rolle als ein Gründungsvater des Deutschen Rheumaforschungszentrums (DRFZ). „Seine international hoch anerkannten Forschungsergebnisse haben es ermöglicht, die Entwicklung von B-Zellen und die Bildung von Antikörpern in all ihren Facetten zu erkennen, nicht zuletzt im Bereich von Autoimmunerkrankungen, Leukämien und Lymphomen“, sagt Laudator Professor Dr. med. Jochen Kalden, Rheumatologe aus Erlangen und selbst Ehrenmitglied der DGRh. Als Senior Research Group Leader kehrte Melchers 2003 nach Berlin zurück an das Max-Planck-Institut für Infektiologie, um dort Lymphozytenentwicklung zu untersuchen. Seit 2017 ist diese Forschergruppe im DRFZ angesiedelt. Melchers trägt Ehrentitel mehrerer Universitäten und ist Ehrenmitglied vieler immunologischer Fachgesellschaften weltweit.

Auch bei Professor Monika Østensen spiegelt ihre Vita die umfassende Expertise und Begeisterung für ihren fachlichen Schwerpunkt wider, meint Laudatorin Privatdozentin Dr. med. Rebecca Fischer-Betz: „Monika Østensen hat durch ihre internationale Forschung und insbesondere durch ihren stetigen Einsatz, das Wissen zur Sicherheit von Antirheumatika in der Schwangerschaft und Stillzeit zu optimieren und in die Klinik zu integrieren entscheidend dazu beigetragen, dass sich viele Frauen mit rheumatischen Erkrankungen heute ihre Familienplanung erfüllen können.“, sagt die Leiterin der Schwangerschaftsambulanz und Stellvertretende Leiterin der Poliklinik für Rheumatologie am Universitätsklinikum Düsseldorf.

Monika Østensen studierte in Freiburg und absolvierte ihre Facharztausbildung in Tromsø, Norwegen. Von 1991 bis 1999 leitete Østensen den Bereich Rheumatologie am Universitätsklinikum in Trondheim. Den Schwerpunkt ihrer Forschung bilden die Effekte einer Schwangerschaft auf rheumatisch-entzündliche Erkrankungen, deren Immunologie und die Therapie während Schwangerschaft und Stillzeit. Für die Erforschung und eine bessere Versorgung dieser Patientinnen baute sie in Norwegen ein Zentrum für Müttergesundheit auf. Anschließend gründete sie ein ebensolches Zentrum am Universitätsklinikum Bern in der Schweiz, das sie bis 2009 leitete. Unter ihrer Leitung wurden 2016 die EULAR-Empfehlungen zur antirheumatischen Therapie in der Schwangerschaft erstellt. Als wissenschaftliche Beraterin ist sie heute am Universitätsklinikum Trondheim und am Sorlandet Krankenhaus in Norwegen tätig.

Professor Østensen ist die fünfte Frau unter mittlerweile rund 60 Ehrenmitgliedern der DGRh. Für das Engagement ihrer Ehrenmitglieder bedankt sich die Fachgesellschaft unter anderem mit freiem Zugang zum Kongress. Mit mehr als 1.400 Mitgliedern ist die DGRh im Bereich der Rheumatologie die größte medizinische Fachgesellschaft in Deutschland. Sie repräsentiert seit 90 Jahren die rheumatologische Wissenschaft und Forschung und deren Entwicklung in Deutschland. Als gemeinnütziger Verein arbeitet die DGRh unabhängig zum Nutzen der Allgemeinheit ohne dabei wirtschaftliche Ziele zu verfolgen.

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, 19. bis 22. September 2018, Congress Center Rosengarten Mannheim

Arbeitsgruppe Kerndokumentation mit Kussmaul-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie ausgezeichnet

Mannheim, 20. September 2018 – Für die langjährige Erfassung und Analyse der Behandlungsdaten von Menschen mit entzündlich- rheumatischen Erkrankungen zeichnet die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) das Team Kerndokumentation des Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ) mit der Kussmaul-Medaille 2018 aus. Die DGRh ehrt mit der silbernen Plakette herausragende Persönlichkeiten und Projekte, die mit ihrem Lebenswerk oder einer bedeutsamen Leistung die Rheumatologie in Deutschland entscheidend geprägt haben. Die offizielle Ehrung findet im Rahmen der Eröffnung des 46. Kongresses der DGRh am 19. September 2018 in Mannheim statt.

Seit 1993 widmet sich die bundesweite Kerndokumentation der Regionalen Kooperativen Rheumazentren dem Ziel, Gesundheitsversorgung und Lebensqualität rheumakranker Menschen zu verbessern. Sie liefert aktuelle Daten, Auswertungen und Berichte für die Versorgungsplanung und die Analyse von Mängeln. Und sie erstellt auch regelmäßig Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. „Der langfristig und konsequent erhobene Datensatz erlaubt nicht nur regionale Bedarfsanalysen“ betont Laudator Professor Dr. med. Christof Specker, Vorstandsmitglied der DGRh aus Essen, „die belastbaren Versorgungsdaten belegen auch sehr differenziert, dass Menschen mit Rheuma in Deutschland im Laufe der Jahre zwar besser, aber selbst heute noch immer unzureichend versorgt sind. So wird auch klar was wir verändern müssen.“ Aktuell bringen 16 Kliniken und Praxen regelmäßig ihre Daten in das Projekt ein: Jahr für Jahr dokumentieren Rheumatologen rund 15.000 Patienten. Diese geben zusätzlich in Fragebögen Auskunft über ihr Befinden und die Folgen der Krankheit. Unter Leitung der Ärztin Dr. med. Katinka Albrecht arbeiten am DRFZ eine Statistikerin und drei medizinische Dokumentare an der Auswertung der Daten.

Die Idee dazu entstand im Jahr 1991 zwischen Professor Dr. med. Ekkehard Genth, Professor Dr. med. Heiner Raspe und Professor Dr. rer. pol. Angela Zink. Ein Jahr später

nahm das Projekt an sieben Klinikambulanzen und acht rheumatologischen Praxen in Berlin seinen Anfang, die entzündlich-rheumatische Diagnosen erfassten. „Anschließend begannen wir mit der Evaluierung der Versorgungsleistung von bundesweit 22 Rheumazentren, die durch das Bundesgesundheitsministerium gefördert wurden“, erinnert sich Mitbegründerin Professor Angela Zink, Leiterin des Programmbereichs Epidemiologie am DRFZ. Im Jahr 2007 gelang es, eine Gemeinschaftsförderung durch die Arbeitsgemeinschaft Kooperativer Rheumazentren (AGRZ) der DGRh und die Korporativen Mitglieder der DGRh zu etablieren – dies sind pharmazeutische Firmen. Die Kerndokumentation arbeitet dabei gänzlich unabhängig von den Unternehmen, stellt diesen aber regelmäßig Auswertungen zur Verfügung. Auch die Methodik modernisierte sich mehrfach: Seit 2006 werden die Daten mit Hilfe zeitgemäßer elektronischer Dokumentationssysteme erhoben. Schon 1997 startete auch die "Kinder-Kerndokumentation". Sie umfasst heute mehr als 14.000 Fälle aus 66 kinderrheumatologischen Zentren.

In diesem Jahr feiert die bundesweite Kerndokumentation ihr 25-jähriges Jubiläum. „Sie ist ein einzigartiges Instrument der Versorgungsforschung, das lange und aussagekräftige Zeitverläufe erfasst“, urteilt Professor Specker. „Kaum ein anderes Fachgebiet in der Medizin verfügt über so kontinuierlich erfasste Daten, die fundierte Langzeitaussagen über Therapien und den Bedarf in der Versorgung zulassen“, unterstreicht der Essener Rheumatologe. Mehr als 60 Publikationen sind bislang daraus hervorgegangen – über Trends in der Versorgung von rheumatoider Arthritis, systemischem Lupus Erythematodes oder Spondyloarthritis. Die großen Fallzahlen erlauben auch Analysen seltener Erkrankungen, die sonst nicht möglich wären. Die DGRh verleiht die Kussmaul-Medaille im Rahmen der Eröffnung ihres diesjährigen Kongresses. Teamleiterin Dr. Katinka Albrecht und Dokumentar Sascha Bischoff nehmen den Preis entgegen.

Dem Team Kerndokumentation gehören an:

Dr. Katinka Albrecht Ärztin (Teamleitung), Sascha Bischoff (medizinischer Dokumentar), Dr. Johanna Callhoff (Statistikerin), Gregor Förster (medizinischer Dokumentar), Dr. Dörte Huscher (Statistikerin (bis 03/2018)), Katja Thiele (medizinische Dokumentarin), Prof. Dr. Angela Zink (Leitung Bereich Epidemiologie am DRFZ).

Terminhinweis:

Eröffnung des 46. Kongresses der DGRh mit Verleihung der Kussmaul-Medaille
Congress Centrum Mannheim Rosengarten, Saal Wolfgang Amadeus Mozart
19. September 2018, 18.00 Uhr

Hintergrund:

Mit der Kussmaul-Medaille fördert die DGRh die Rheumaforschung und den Austausch wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen. Sie würdigt mit der Auszeichnung wissenschaftliche Konzepte der Aus-, Weiter- und Fortbildung in der

Rheumatologie und der Patientenschulung. Sie zeichnet damit auch besondere Leistungen aus, die dazu beitragen, Ärzteschaft und Öffentlichkeit über wissenschaftliche Fragen zu den Grundlagen der Erkennung, Behandlung, Rehabilitation und Verhütung rheumatischer Krankheiten zu informieren.

Namensgeber der Auszeichnung ist der deutsche Internist Adolf Kussmaul, geboren 1822 in Graben bei Karlsruhe, gestorben 1902 in Heidelberg. Kussmaul wirkte in Heidelberg, Erlangen, Freiburg und Straßburg. Im Rahmen seiner Arbeit beschrieb er die „Kussmaul-Atmung“, etwa beim diabetischen Koma und den „Kussmaul-Puls“ bei Perikarditis. Er forschte zudem mit einem Vorläufer des Gastroskops. Zusammen mit Maier beschrieb er 1866 die Kussmaul-Maier-Krankheit. Bei dieser lateinisch Panarteriitis nodosa bezeichneten entzündlich-rheumatischen Erkrankung entzündeten sich die Arterien, vernarben und führen in der Folge zu Gefäßaussackungen und Organversagen.

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) ist mit mehr als 1.400 Mitgliedern die größte medizinische Fachgesellschaft in Deutschland im Bereich der Rheumatologie. Sie repräsentiert seit 90 Jahren die rheumatologische Wissenschaft und Forschung und deren Entwicklung in Deutschland. Als gemeinnütziger Verein arbeitet die DGRh unabhängig zum Nutzen der Allgemeinheit und ohne wirtschaftliche Ziele.

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

Screening-Sprechstunden und Früharthritis-Ärztetze: Was sich dadurch ändert – für Arzt und Patient

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

In weiten Teilen Deutschlands ist die Situation der rheumatologischen Versorgung unbefriedigend. Auf dem aktuellen Kongress werden Daten einer Fragebogenauswertung aus Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen gezeigt, die darlegen, dass sich die Situation in den letzten Jahren teilweise sogar weiter verschlechtert hat (Keyßer et al.). In diesem Zeitraum ist dort die Anzahl der betreuten Patienten pro niedergelassenem Rheumatologen und Quartal um 25 Prozent von 1200 auf 1500 gestiegen, gleichzeitig haben sich die Wartezeiten auf einen Termin beim Rheumatologen von durchschnittlich acht auf 11 Wochen verlängert. Die Weiterbildung junger Rheumatologen, welche ebenfalls analysiert wurde, kommt nicht hinterher, diesen steigenden Bedarf zu decken. Dies ist umso problematischer, da wir inzwischen wissen, wie wichtig die frühe Diagnose und Therapie der rheumatoiden Arthritis, aber auch anderer entzündlich-rheumatischer Erkrankungen für die Prognose ist.

Überall in Deutschland werden deswegen Konzepte entwickelt um die frühe und adäquate Therapie von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen sicherzustellen. Ein wesentliches Problem dabei ist die Vorauswahl der Patienten, denn nur ein Teil der beim Rheumatologen vorgestellten Patienten hat wirklich eine rheumatische Erkrankung.

Ein möglicher Lösungsansatz liegt in Screening-Sprechstunden. Hier werden Patienten von Fachärzten früh gesehen, entweder mit einem kurzfristigen Termin oder aber in einer sogenannten „Run-in“-Sprechstunde ohne Termin. Entzündlich-rheumatische Erkrankungen werden auf diese Weise vom Fachmann früh erkannt und die Patienten bekommen Folgetermine für die weitere Behandlung. Beispiele für solche systematisch evaluierten Projekte sind das SCREENED-Projekt aus Heidelberg oder die Run-in-Sprechstunde aus Düsseldorf. Bei Letzterem wird im sogenannten D-KUR-Projekt auch die Delegation des Screenings an Studierende der Medizin untersucht – äußerst erfolgreich, was die Zufriedenheit der Patienten wie auch die der Studierenden angeht. Eine Gemeinsamkeit aller Screening-Sprechstunden ist, dass die Wartezeiten kurz sind. Allerdings haben nur 45 Prozent der Patienten in Heidelberg und 22 Prozent in Düsseldorf tatsächlich eine entzündlich-rheumatische Erkrankung. Wird eine RA dann aber früh diagnostiziert, so ergeben sich hohe Remissionraten. In Düsseldorf liegt diese nach sieben Jahren bei 50 Prozent und damit doppelt so hoch wie eine Kontrollkohorte, und das bei nur dem halben Bedarf an Biologika in dieser Gruppe.

Ein anderer Ansatz ist der von Ärztenetzen, in denen Nicht-Rheumatologen systematisch geschult werden und ihnen spezielle Fragebögen als Werkzeug zur Verfügung gestellt bekommen. Auch davon werden mehrere auf diesem Kongress vorgestellt. Das Ziel ist, dass die zuweisenden Ärzte vor der Vorstellung ihres Patienten beim Rheumatologen ihre Verdachtsdiagnose besser überprüfen können. Dies ist der Ansatz etwa bei dem Projekt Rheuma-VOR in Rheinland-Pfalz oder RhePort in der Region Aachen. Beide ermöglichen auf diese Weise einen raschen Zugang zum Rheumatologen für die richtigen Patienten. Im Rheuma-VOR-Projekt konnte gezeigt werden, dass nach zwei Jahren eine DAS-Remission der rheumatoiden Arthritis bei 75 Prozent der Patienten zu finden ist. Dies ist deutlich mehr als in anderen Kohorten beobachtet und kommt direkt einer günstigeren Prognose der Patienten zugute.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass es viele Projekte gibt, die sich dem Problem der Unterversorgung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen verschrieben haben und dem Mangel an Terminen und den langen Wartezeiten vor der Vorstellung beim Rheumatologen entgegenwirken. Einige werden hier auf dem Kongress vorgestellt. Gemeinsam ist ihnen, dass der so wichtige rasche Zugang des Patienten zum Rheumatologen gewährleistet wird, weil eine frühe Diagnose und Therapie zu einer besseren Prognose führt.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Mannheim, September 2018

Liegt der Schlüssel im Erbgut? Genetische Ursachen seltener Rheuma-Erkrankungen

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 Aktivierung des Immunsystems eines jeden Menschen hängt entscheidend von dem genetischen Bausatz ab. Bedeutend ist hier die Komposition aus 12 sogenannten HLA-Genen, die jeweils zu gleichen Teilen von Vater und Mutter vererbt werden. Die Durchmischung dieser HLA-Gene bedingt, ob ein Patient bestimmte Viren oder Bakterien gut „abarbeiten“ kann oder sehr unter dem Infekt leidet. Aus demselben Grund lässt sich erklären, warum einzelne Patienten auf die identische Impfung heftig oder kaum reagieren und warum im nächsten Jahr auf einen ähnlichen Impfstoff, wie etwa bei der Grippeimpfung, umgekehrt kaum oder heftig reagiert wird. Ähnlich wichtig ist die Zusammensetzung der HLA-Moleküle in der Transplantationsmedizin: Hier werden gerade in der Stammzelltransplantation, aber auch in der Organtransplantation HLA-Moleküle vor der Transplantation beim Empfänger bestimmt und die Spender gemäß dieser HLA-Komposition möglichst passend gewählt, um eine möglichst identische HLA-Zusammensetzung zu gewährleisten und damit die Abstoßung des Organs oder der Stammzellen weitgehend zu verhindern.

Seit vielen Jahren ist bekannt, dass einzelne HLA-Moleküle für die Entstehung von Autoimmunerkrankungen eine zentrale Rolle spielen. Dies ist besonders beeindruckend bei dem Molekül HLA-B27, das für die ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) in der Entstehung wichtig zu sein scheint: 95 Prozent der Patienten mit Morbus Bechterew sind HLA-B27 positiv.

Das HLA-B27 ist in Südeuropa nur etwa bei einem Prozent der Bevölkerung vorhanden, während in Nordeuropa zehn bis 15 Prozent der Bevölkerung positiv für HLA-B27 sind. Man könnte dies so erklären, dass in den frühen Jahren der Menschheitsgeschichte mit fehlender medizinischer Versorgung und unter schlechten hygienischen Bedingungen ein besonders guter HLA-Bausatz wichtig war, um Infekte abzuwehren. Das HLA-B27 scheint in den Gegenden mit langen Wintern und nasskaltem Wetter besser geeignet gewesen zu sein, insbesondere Viren abzuwehren, dies begründet, warum Träger des HLA-B27 in Nordeuropa wohl länger überlebt und entsprechend mehr Nachkommen zeugen konnten, somit ihr Molekül HLA-B27 weitergeben konnten.

Tierexperimentelle Daten zeigen, dass die Expression von HLA-B27 alleine nicht genügt, die entzündlich-rheumatische Erkrankung zu provozieren, zusätzlich müssen die HLA-B27-positiven Versuchstiere mit Viren oder Bakterien konfrontiert werden, um die Erkrankung

zum Ausbruch zu bringen. Ähnlich stellt es man sich auch beim Menschen vor. Wichtig ist dabei noch zu konstatieren, dass trotz der Positivität für HLA-B27 ca. 90 Prozent der Genträger nicht an der Erkrankung leiden werden. Es sind also zusätzliche Faktoren neben der Genetik relevant, damit die Krankheit zum Ausbruch kommt: Genetik ist nicht alles.

Andere Beispiele für die Bedeutung genetischer Veränderungen für entzündlich-rheumatische Erkrankungen sind die monogenetischen Fiebersyndrome wie das Mittelmeerfieber: Hier zeigt sich, dass Mutationen in bestimmten Genen, die ebenfalls vererbt werden, eine Überreaktion des Immunsystems bedingen, was sich dann in wiederkehrenden Fieberepisoden, Bauchschmerzen, Halsentzündungen und einer im Blut messbaren sehr hohen entzündlichen Aktivität ausdrückt. Üblicherweise verlaufen diese Erkrankungen in Schüben, was wiederum belegt, dass trotz der weiterhin vorhandenen Genmutation auch regulatorische Mechanismen ablaufen, die die Krankheit immer wieder einfangen und phasenweise kontrollieren.

Ein letzter Beleg zur Einschätzung der Bedeutung der Genetik für Immunreaktionen inklusive entzündlich-rheumatischer Erkrankungen sei zitiert: Eineiige Zwillinge besitzen die identische genetische Ausstattung inklusive ihrer HLA-Moleküle. Es gibt gute Daten aus diesen Bevölkerungsstudien mit eineiigen Zwillingen, die belegen, dass bei Erkrankung eines der Zwillingsgeschwister das Risiko für den Zwilling, dieselbe rheumatische Erkrankung zu bekommen, deutlich erhöht ist, was die Bedeutung des genetischen Bausatzes für die Entstehung von Autoimmunerkrankungen belegt. Allerdings zeigen diese Daten in ähnlich überzeugender Weise, dass weitere Faktoren neben der Genetik wichtig sind, da die Auftretenswahrscheinlichkeit dieser entzündlich-rheumatischen Erkrankung des bisher gesunden Zwillingsgeschwisters deutlich unter 50 Prozent liegt. Dies bedeutet, dass neben der Genetik auch Umwelteinflüsse wichtig sind für die Auslösung der Autoimmunerkrankung. Hier wird neben Infektionen ganz häufig auch das Rauchen erwähnt.

Spannend sind neue Forschungsarbeiten, in denen die Rolle der Epigenetik in der Entstehung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen untersucht wird: Unter Epigenetik versteht man Modifikationen gerade im Vorläufer, dem sogenannten Promoter von Genen, also dem Areal, das für das An- oder Abschalten der Genaktivierung wichtig ist. Wir wissen, dass diese Promotoren durch Azetylierung oder Methylierung von Nukleinsäuren einmal besser, einmal schlechter aktiviert werden können. Diese epigenetischen Veränderungen führen dann ebenfalls zu einer unterschiedlichen Reaktionsweise des Immunsystems auf bestimmte Reize wie z. B. Infektionen oder Nikotinabusus und können somit die Entstehung von Autoimmunreaktionen mit unterstützen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Genetik für die Entstehung und die Modifikation sowie den Ausprägungsgrad von chronischer Entzündung (nicht nur) bei chronisch entzündlichen rheumatischen Erkrankungen von entscheidender Bedeutung ist, wenngleich nur selten genetische Modifikationen als alleinige Ursache zur Entstehung der Erkrankung angeführt werden können.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Mannheim, September 2018

Rheuma heilbar machen: Wie die Deutsche Rheumastiftung Forschung vorantreibt – am Beispiel der Pseudogicht

Redemanuskript von Dr. Florian Schuch,
Praxisgemeinschaft Rheumatologie-Nephrologie, Erlangen, Vorstandsmitglied der
Deutschen Rheumastiftung

Die plötzliche akute Entzündung eines Gelenkes und damit massive Schmerzen können bisher gesunde Menschen „überfallen“ und erhebliche Beeinträchtigungen verursachen. Der Klassiker ist sicher der Gichtanfall. Typische Risikofaktoren und Veranlagung spielen eine Rolle. Viel weniger bekannt, und oft ältere Menschen betreffend, ist die "Pseudogicht" oder Kalziumpyrophosphatdihydrat (CPPD)-Kristallarthropathie oder Chondrokalzinose. Dies ist die häufigste Ursache der Monarthrit, also der Entzündung eines Gelenkes, bei Menschen ab dem 60. Lebensjahr. Besonders häufig ist das Knie betroffen. Auch polyarthritische Verläufe, teils mit Fieber als Ausdruck der systemischen Entzündung, können auftreten. Die Chondrokalzinose zeichnet sich durch Kristalle in Faserknorpeln und hyalinen Knorpeln sowie im Kapselbandapparat der Gelenke und Wirbelsäule aus. Also kann die Manifestation letztlich überall sein.

Oft ist die Pseudogicht mit anderen internistischen Erkrankungen, zum Beispiel dem Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Akromegalie oder der Hämochromatose ("Eisenspeicherkrankheit"), vergesellschaftet. Schwellung, Rötung, Schmerzen, Überwärmung und Dysfunktion, also die Kardinalzeichen der Entzündung, sind bei diesen Patienten oft über lange Zeiträume wiederkehrend und die Diagnose gestaltet sich schwierig. Die Erkrankung ist im Kernspin nicht erkennbar, sichtbare degenerative Veränderungen, die bei älteren Menschen ja häufig sind, führen auf die falsche Fährte.

Dank einer großzügigen privaten Spende ist die Deutsche Rheumastiftung in der Lage, Forschungsprojekte zur Kalziumpyrophosphatdihydrat (CPPD)-Kristallarthropathie zu fördern. Die Förderung mit einem Gesamtvolumen von 300.000 Euro erstreckt sich über einen Zeitraum von zwei Jahren. Nach eingehender Prüfung der hochkarätigen Bewerbungen hat sich das Gutachtergremium für zwei Projekte entschieden, die kooperieren werden. Die beiden Forscherteams Professor Dr. Jessica Bertrand und Professor Dr. Uwe Kornak sowie Professor Dr. Thomas Pap und Professor Dr. Georg Schett und deren Nachwuchsforscherteams an den vier Standorten Magdeburg, Berlin, Münster und Erlangen werden einerseits die Untersuchung der zellulären Prozesse der Chondrokalzinose systematisch voranbringen und zudem neue Konzepte zur Diagnostik und Therapie entwickeln.

Die Möglichkeit die Entstehung und Pathophysiologie der akuten fulminanten Entzündung zu verstehen wird durch die Forschungsförderung der Deutschen Rheumastiftung ermöglicht. Eine Vorstellung der Forschungsergebnisse wird auf dem Jahreskongress der DGRh und der Jahrestagung der EULAR, dem jährlichen Europäischen Rheumakongress, erfolgen.

Die Deutsche Rheumastiftung

Die Deutsche Rheumastiftung fördert und unterstützt seit nunmehr zehn Jahren Patientenprogramme, Stiftungsprofessuren und Forschung, um mit "Rheuma" besser leben zu können und irgendwann "Rheuma heilbar zu machen "!

Die Deutsche Rheumastiftung feiert 2018 ihren zehnten Geburtstag. Die Deutsche Rheumastiftung wurde von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und der Deutschen Rheuma-Liga 2008 gegründet. Sie ist die erste und einzige gemeinnützige Stiftung in Deutschland, die gemeinsam von der wissenschaftlichen Fachgesellschaft und der Patientenselbsthilfeorganisation getragen wird. Sie hat sich das Motto „Rheuma heilbar machen“ auf die Fahnen geschrieben. Die Rheumastiftung fördert Grundlagenforschung, Versorgungsprojekte und schreibt regelmäßig Ideenwettbewerbe für neue Forschungsideen aus. Aktuell finanziert die Deutsche Rheumastiftung neben dem Forschungsprojekt zur Chondrokalzinose eine Stiftungsprofessur für Versorgungsforschung in der Rheumatologie am Deutschen Rheumaforschungszentrum (DRFZ).

(Es gilt das gesprochene Wort)

Mannheim, September 2018

Der „kleinstmögliche Eingriff“ – Wie minimalinvasive Chirurgie heute bei Rheuma-Patienten eingesetzt wird

Redemanuskript von Professor Dr. med. Ralph Gaulke,
Leiter der Sektion Obere Extremität, Fuß- und Rheumachirurgie, Ständiger Vertreter des
Direktors an der Klinik für Unfallchirurgie der Medizinischen Hochschule Hannover

Die minimalinvasive Chirurgie gewinnt nicht nur aufgrund der kleineren Hautnarben aus kosmetischen Gründen zunehmend an Bedeutung. Medizinische Gründe für dieses Verfahren sind eine geringere Störung der Gewebedurchblutung und damit eine schnellere Heilung bei geringerer Infektionsgefahr. Die minimalinvasive Chirurgie wird in der Orthopädie und Unfallchirurgie seit Jahrzehnten in großer Zahl in der Arthroskopie der Gelenke eingesetzt. Auch in der Endoprothetik haben minimalinvasive Zugänge ihren Stellenwert, sind aber aufgrund spezifischer Komplikationen wie bleibender Nervenschäden umstritten. In der Unfallchirurgie konnte durch minimalinvasive Osteosynthesen in der Behandlung von Knochenbrüchen eine höhere Heilungsrate bei schnellerer Heilung des Knochens durch eine geringere Störung der Gewebedurchblutung nachgewiesen werden.

Mit der Einführung einer wirksameren Immunsuppression durch die sogenannten Biologika um die Jahrtausendwende können zunehmend auch beim Rheumatiker minimalinvasive Verfahren eingesetzt werden. Wo früher aufgrund der Entzündungen der die Gelenke umgebenden Gewebe wie z. B. der Sehnenscheiden große Zugänge erforderlich waren, um die erkrankten Gewebe radikal zu entfernen, sind diese heutzutage deutlich seltener erforderlich. Somit können die Vorteile der minimalinvasiven Chirurgie zunehmend auch für Rheumatiker genutzt werden. Dies ist insbesondere deshalb von Bedeutung, da die entzündungshemmenden Medikamente und die Artherosklerose zu einer verzögerten Knochenheilung führen können. Ein weiterer Vorteil schnellerer Knochenheilung ist die kürzere Ruhigstellung mit einer geringeren Gefahr eines Bewegungsverlustes.

Wichtig bei der Durchführung der minimalinvasiven Chirurgie beim Rheumatiker ist, dass keine Kompromisse bezüglich der Gründlichkeit der Operation eingegangen werden, nur um auf Biegen und Brechen minimalinvasiv operieren zu können. Die besondere Herausforderung für den orthopädischen Rheumatologen ist daher, die Indikation für die minimalinvasiven Verfahren oder das offene Vorgehen korrekt zu stellen, sowie die Bereitschaft, dann auf ein offenes Verfahren umzuschwenken, wenn sich das minimalinvasive Verfahren intraoperativ als nicht geeignet herausstellen sollte. Die minimalinvasive Chirurgie erweitert das Spektrum in der operativen Behandlung von Rheumatikern erheblich, die Indikationsstellung hierfür erfordert aber mindestens ebenso viel Erfahrung und Fingerspitzengefühl wie die Durchführung dieser Operationen.

*Pressekonferenz anlässlich des 46. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
Donnerstag, 20. September 2018, 12 bis 13 Uhr, Mannheim*

Da künftig durch die großen Fortschritte der immunologischen Forschungen mit einer weiteren Verbesserung der medikamentösen Immunsuppression zu rechnen ist, werden die minimalinvasiven Operationsverfahren in der operativen rheumaorthopädischen Therapie weiter an Bedeutung gewinnen.

(Es gilt das gesprochene Wort)

Mannheim, September 2018

Rheuma kommt selten allein – Häufige Folge- und Nebenerkrankungen und worauf bei der Behandlung zu achten ist

Redemanuskript von Andreas Krause,

Ärztlicher Direktor der Klinik für Innere Medizin und Chefarzt der Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie am Immanuel Krankenhaus Berlin

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen sind in der Regel entzündliche Systemerkrankungen, die nicht nur die Gelenke, sondern auch die Haut und innere Organe befallen können. Zudem führt der chronische Entzündungsprozess nicht selten zu Folgeerkrankungen. So litten nach den Daten der Kerndokumentation 2015 ca. 80 Prozent der Patienten unter mindestens einer Folge- oder Nebenerkrankung (1). Diese bestimmen nicht selten den Krankheitsverlauf, beeinträchtigen zusätzlich die Lebensqualität der Patienten und erschweren eine effektive Behandlung der rheumatischen Grunderkrankung. Insbesondere sind hier erhöhte kardiovaskuläre und Infektionsrisiken, ein Befall der Atemwege und Depressionen zu nennen.

Viele rheumatische Erkrankungen sind auf eine Fehlfunktion des Immunsystems zurückzuführen. Hierdurch kommt es einerseits zu unzureichend kontrollierten und gegen den Körper selbst gerichteten immunologischen Reaktionen, andererseits zu einer gestörten Infektionsabwehr. Folge sind vermehrte, schwerer verlaufende und seltene Infektionskrankheiten. Das Infektionsrisiko hängt dabei u. a. von der Aktivität der Grundkrankheit und von Begleiterkrankungen ab wie z. B. chronische Atemwegserkrankungen, chronische Nierenschwäche oder Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) (2). Zudem muss das Risiko der medikamentösen Therapie bedacht werden, die oftmals auf eine Hemmung des Immunsystems (Immunsuppression) abzielt. Besonders problematisch ist dabei eine längerfristige und höher dosierte Behandlung mit Glukokortikoiden (Kortisonpräparaten). Um das Infektionsrisiko zu mindern ist es also erforderlich, die rheumatische Grunderkrankung mit modernen, den Leitlinien entsprechenden Therapiestrategien möglichst gut zu kontrollieren, dabei Glukokortikoide so niedrig dosiert und so kurz wie möglich einzusetzen und Begleiterkrankungen mit zu behandeln. Die effektivste Methode zur Verhinderung oder Abmilderung von Infektionskrankheiten ist aber die Impfung. Ein umfassender Impfschutz gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut gehört daher zu einer ganzheitlichen rheumatologischen Behandlung (3).

Schon lange ist bekannt, dass Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen tragen. So konnte z. B. in verschiedenen Studien gezeigt werden, dass das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (klassischem Gelenkrheuma) gegenüber der Normalbevölkerung um bis zu 70 Prozent erhöht ist. Dieses Risiko trägt ganz entscheidend zur verkürzten Lebenserwartung von Rheuma-Patienten bei. Die Ursachen für das erhöhte kardiovaskuläre

Risiko sind vielschichtig. Zum einen gelten auch für Rheuma-Patienten die klassischen Risikofaktoren wie Rauchen, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung und Zuckerkrankheit. Diese müssen konsequent behandelt werden. Zudem führt der chronische Entzündungsprozess, der sich nicht nur auf die Gelenke beschränkt, sondern den ganzen Körper einbezieht zu einer vorzeitigen und beschleunigten Gefäßalterung (Arteriosklerose). Gute medikamentöse Kontrolle des Rheumas lindert also nicht nur die Schmerzen und schützt die Gelenke, sondern mindert auch das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dieses Ziel sollte allerdings möglichst ohne Glukokortikoide oder zumindest nur mit geringen Dosierungen erreicht werden, da bekannt ist, dass diese Medikamente in der längerfristigen Behandlung dosisabhängig ebenfalls das kardiovaskuläre Risiko erhöhen. Auch kortisonfreie, sogenannte nicht-steroidale Antirheumatika wie z. B. Ibuprofen oder Diclofenac, können das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse erhöhen und sollten daher unter Berücksichtigung kardiovaskulärer Komorbiditäten und zumindest in Risikogruppen nicht oder nicht längerfristig eingesetzt werden. Der Bedeutung des Themas entsprechend hat die Europäische Rheumaliga (EULAR) Empfehlungen zum kardiovaskulären Risikomanagement herausgegeben (4).

Erkrankungen der Bronchien und entzündliche Lungengerüsterkrankungen (interstitielle Lungenerkrankungen) gehören zu den häufigsten Organmanifestationen bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Sie bestimmen nicht selten den Krankheitsverlauf und die Langzeitprognose der Erkrankung und gehören zu den häufigsten Todesursachen von Rheuma-Patienten. Die Ursachen hierfür sind noch nicht vollständig geklärt, aber sicherlich trägt das Zigarettenrauchen dazu bei. Auch könnte z. B. bei der rheumatoiden Arthritis eine Aktivierung des in den Atemwegen angesiedelten Immunsystems eine wichtige Rolle spielen. Bei der Behandlung von Rheuma-Patienten ist es daher wichtig, auf Symptome einer Atemwegsbeteiligung zu achten, eine entsprechende Diagnostik zu veranlassen und gegebenenfalls in einem interdisziplinären Austausch mit Lungenfachärzten die optimale Therapie festzulegen (5). Raucher sollten aufgefordert und unterstützt werden, mit dem Rauchen aufzuhören, da neben einer direkten Schädigung der Atemwege auch der Verlauf der Rheumaerkrankung und das Ansprechen auf die medikamentöse Therapie negativ beeinflusst werden.

Zu den unterdiagnostizierten Komorbiditäten gehört sicher die Depression. In der Kerndokumentation nur zu etwa 5 Prozent berichtet zeigen gezielt nach Depressionen fragende Erhebungen bei 20 bis 30 Prozent der Rheuma-Patienten depressive Symptome. Diese sind meist Folge der chronischen Schmerzen und Behinderungen, aber auch des langfristigen Entzündungsprozesses und wirken sich ganz erheblich auf die Lebensqualität aus. Zudem beeinträchtigen sie auch die Therapieadhärenz und somit den Therapieerfolg. Hausärzte und Rheumatologen sollten also daran denken, Rheuma-Patienten regelmäßig

nach depressiven Symptomen zu fragen bzw. diese mittels validierter Fragebögen zu erfassen (6).

Die Diagnose und Behandlung von Folge- und Nebenerkrankungen ist somit wichtiger Bestandteil einer guten und umfassenden rheumatologischen Versorgung. Leider gibt es hier noch großen Nachholbedarf (7), was ganz wesentlich an den mangelhaften strukturellen Voraussetzungen liegt. Personelle Unterversorgung, Budgetierung und fehlende Vergütung von entsprechenden Leistungen, um nur die wichtigsten zu nennen, behindern derzeit noch die optimale Umsetzung der in der Rheumatologie gesetzten Ziele. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, der Berufsverband Deutscher Rheumatologen, der Verband rheumatologischer Akutkliniken und die Rheumaakademie haben in Zusammenarbeit mit der Deutschen Rheumaliga schon vor vielen Jahren Maßnahmen eingeleitet wie z. B. die Ausbildung von rheumatologischen Fachassistent/innen, Patientenschulung und Aufbau lokaler ärztlicher Netzwerke, um so die Versorgung von Rheuma-Patienten nachhaltig weiter zu verbessern.

Literatur:

1. Kerndokumentation 2015 des Deutschen Rheumaforschungszentrums Berlin
2. Strangfeld A, et al. Treatment benefit or survival of the fittest: what drives the time-dependent decrease in serious infection rates under TNF inhibition and what does this imply for the individual patient? *Ann Rheum Dis* 2011; 70:1914-1920
3. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut – 2018/2019. *Epidemiologisches Bulletin* 34/2018
4. Agca R, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis* 2017 Jan;76(1):17-28
5. Leuschner G, Neurohr C. Was der Rheumatologe vom Pneumologen lernen kann. *Z Rheumatol.* 2018 Jul 13. doi: 10.1007/s00393-018-0507-5
6. Englbrecht M, et al. Depression als Systemeffekt bei rheumatoider Arthritis. *Z Rheumatol* 2012;71:859–863
7. Dougados M, et al. Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (COMORA). *Ann Rheum Dis* 2014;73:62–68

(Es gilt das gesprochene Wort)

Mannheim, 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 rheumakranker Menschen beteiligten Berufsgruppen organisiert. Das KNR vereint alle in der Rheumaforschung aktiven Ärzte und Wissenschaftler aus verschiedenen Institutionen und Fachrichtungen. Dieses Zusammenspiel von Forschung, Wissenschaft und Praxis unter dem Dach der DGRh sichert die nachhaltige Entwicklung in der Rheumatologie und den Transfer in die Patientenversorgung.

Kooperationen

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

Mitglieder

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

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