



Eröffnungs-Presskonferenz anlässlich des 38. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)

Mittwoch, 15. September 2010, 12.00 bis 13.00 Uhr
CCH Congress Center Hamburg, Saal 7 (1. Obergeschoss)

„Therapie mit Weitblick: Rheuma interdisziplinär betrachten und behandeln“

Themen und Referenten:

Von Knackpunkten und Schnittstellen: Wie profitiert die Rheumatologie vom Blick über den Tellerrand?

Professor Dr. med. Wolfgang Rüter
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) 2009/2010,
Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie des Universitätsklinikums
Hamburg-Eppendorf und der Klinik für Orthopädie des Klinikums Bad Bramstedt

Schmerzen und Schmerztherapie bei Rheuma

Professor Dr. med. Christoph Baerwald
Direktor der Medizinischen und Poliklinik IV am Universitätsklinikum Leipzig

Erhöht Rheuma das Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall?

Professor Dr. med. Jürgen Braun
1. Vizepräsident der DGRh, Ärztlicher Direktor des Rheumazentrums Ruhrgebiet,
St. Josefs-Krankenhaus, Herne

Medikament oder Operation: Wie entscheiden Ärzte, welche Therapie dem Patienten hilft?

Professor Dr. med. Christoph H. Lohmann
Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Magdeburg, Otto-von-Guericke-
Universität, Magdeburg

Sind junge Menschen mit Rheuma nahtlos versorgt?

Dr. med. Kirsten Minden
Funktionsoberärztin an der Universitäts-Kinderklinik, Charité, Sozialpädiatrisches
Zentrum (SPZ), c/o Deutsches Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ), Berlin

THIEME PR-Agentur
Medizinkommunikation Stuttgart
Silke Stark/Corinna Spirgat
Rüdigerstraße 14 * 70469 Stuttgart
Berliner Büro:
Luisenstraße 59 * 10117 Berlin
Tel.: +49 (0)711 8931-572
Fax: +49 (0)711 8931-167
stark@medizinkommunikation.org

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.
Pressestelle
Sandra Wittig
Luisenstraße 41 * 10117 Berlin
Tel.: +49 (0)30 240484-80
Fax: +49 (0)30 240484-79
sandra.wittig@dgrh.de



Eröffnungs-Presskonferenz anlässlich des 38. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)

Mittwoch, 15. September 2010, 12.00 bis 13.00 Uhr
CCH Congress Center Hamburg, Saal 7 (1. Obergeschoss)

„Therapie mit Weitblick: Rheuma interdisziplinär betrachten und behandeln“

Inhalt:

Pressemitteilungen

**Innovationen aus Rheumaforschung und -therapie:
Mehr als 2 000 Rheumaexperten tagen ab heute in
Hamburg**

**Effektive und verträgliche Wirkstoffe:
Optimale Schmerztherapie bei Rheumapatienten**

**Nicht nur eine Gefahr für die Gelenke:
Rheuma erhöht Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall**

**Versorgungslücke schmälert Therapieerfolge:
Zu wenig Ärzte für junge Rheumapatienten**

Redemanuskripte

Professor Dr. med. Wolfgang Rüter

Professor Dr. med. Christoph Baerwald

Professor Dr. med. Jürgen Braun

Professor Dr. med. Christoph H. Lohmann

Dr. med. Kirsten Minden

Curriculum Vitae der Referenten

Faktenblatt Rheuma

Selbstdarstellung Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)

Bestellformular für Fotos

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

Sämtliche Pressemappen-Inhalte finden Sie auch zum Download auf www.dgrh-kongress.de/presse-konferenzen.html

THIEME PR-Agentur
Medizinkommunikation Stuttgart
Silke Stark/Corinna Spirgat
Rüdigerstraße 14 * 70469 Stuttgart
Berliner Büro:
Luisenstraße 59 * 10117 Berlin
Tel.: +49 (0)711 8931-572
Fax: +49 (0)711 8931-167
stark@medizinkommunikation.org

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.
Pressestelle
Sandra Wittig
Luisenstraße 41 * 10117 Berlin
Tel.: +49 (0)30 240484-80
Fax: +49 (0)30 240484-79
sandra.wittig@dgrh.de



38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
mit der 20. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
und der 24. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO)
15. bis 18. September 2010, CCH Congress Center Hamburg

Innovationen aus Rheumaforschung und -therapie

Mehr als 2 000 Rheumaexperten tagen ab heute in Hamburg

Hamburg, 15. September 2010 – Heute beginnt im Congress Center Hamburg (CCH) der 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh). Bis zum 18. September diskutieren mehr als 2 000 Fachärzte und Wissenschaftler neueste Erkenntnisse in der Diagnostik und Behandlung rheumatischer Erkrankungen. Die DGRh zielt mit ihrem Kongress vor allem auf einen interdisziplinären Austausch zwischen allen an der Rheumatherapie beteiligten Fachgruppen. Deshalb tagt sie gemeinsam mit der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO) und der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR). Ein Patientenforum ergänzt das wissenschaftliche Programm des Kongresses.

Im Mittelpunkt des Kongresses steht neben entzündlich-rheumatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sowie neuesten biotechnologischen Medikamenten auch die Behandlung der Arthrose. In Deutschland leiden etwa fünf Millionen Menschen an dieser Erkrankung, bei der sich der Gelenkknorpel nach und nach abbaut. „Dabei ist die weit verbreitete Ansicht, Arthrose sei allein eine Verschleißerkrankung, so nicht richtig“, sagt Professor Dr. med. Wolfgang Rüter, DGRh-Präsident und Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Stoffwechselstörungen, Infektionen und Unfallfolgen können erste Schäden am Gelenkknorpel verursachen. Daraus entwickelt sich dann über viele Jahre eine Arthrose. „Trotzdem wissen wir noch immer zu wenig über die Mechanismen der Krankheitsentstehung und können sie auch noch immer nicht zufriedenstellend behandeln. Deshalb haben wir die Arthrose zu einem Schwerpunktthema des diesjährigen Kongresses gemacht“, so Rüter.

Auch bei der Behandlung der etwa 20 000 rheumakranken Kinder und Jugendlichen in Deutschland ist der interdisziplinäre Austausch von großer Bedeutung. Neben

Kinderrheumatologen müssen häufig Nieren-, Haut- und Herzspezialisten in die Therapie eingebunden werden. „Gerade bei kleinen Kindern wird eine rheumatische Erkrankung häufig nicht in Erwägung gezogen. Eine rechtzeitige und bedarfsgerechte Therapie ist aber für Wachstum und Entwicklung des Kindes und zur Vermeidung von Folgeschäden von großer Bedeutung“, erklärt Professor Dr. med. Dirk Föll, Kongress-Präsident der GKJR aus Münster. Ein weiteres Problem stelle der Übergang zur Erwachsenenmedizin dar: „Leider fehlt es hierfür häufig an entsprechenden Angeboten für Jugendliche“, bemängelt Föll.

Neue biotechnologische Medikamente haben in den vergangenen Jahren die Therapie der rheumatoiden Arthritis entscheidend verbessert. Doch die Präparate können nicht allen Patienten helfen. „In manchen Fällen ist eine Operation nach wie vor unumgänglich“, sagt Privatdozent Dr. med. Thomas Pauly, Kongresspräsident der ARO aus Meerbusch-Lank. Die Teilnehmer des 38. DGRh-Kongresses diskutieren deshalb unter anderem die Behandlung des rheumatischen Schultergelenks, Gelenkinfektionen infolge entzündlicher Grunderkrankungen und sogenannte kristallbedingte Erkrankungen wie zum Beispiel die Gicht. Darüber hinaus rechnet Pauly mit einem regen, auch berufspolitischen, internistisch-orthopädischen Austausch.

Mehr als 400 Referenten stellen in der Zeit vom 15. bis zum 18. September 2010 im Congress Center Hamburg aktuelle Erkenntnisse aus allen Teilbereichen der Rheumatologie vor. In mehr als 800 freien Vorträgen, Symposien und Plenarsitzungen können sich die Teilnehmer über Fortschritte in Forschung und Praxis informieren. Die Landesverbände Niedersachsen, Hamburg und Schleswig-Holstein der Deutschen Rheuma-Liga veranstalten zudem am 18. September 2010 ein Patientenforum zum Thema „Forschung für rheumakranke Menschen“. Hier können sich Betroffene, deren Angehörige und Interessierte aus erster Hand über Neuerungen in der Rheumatologie informieren. Eine Industrieausstellung mit 52 Ausstellern ergänzt das wissenschaftliche Programm des Kongresses. Weiterführende Informationen finden Interessierte auch im Internet unter www.dgrh-kongress.de.

Unter dem Begriff Rheuma fassen Experten mehr als 100 verschiedene entzündliche Erkrankungen des Bewegungsapparates zusammen. Auch die verschleißbedingten Krankheiten wie Arthrose zählen zum sog. „rheumatischen Formenkreis“. Menschen jeden Alters sind von diesem oft schweren, schmerzhaften und vielgestaltigen Leiden betroffen: Etwa 1,5 Millionen Deutsche leiden allein an einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung. Durchschnittlich dauert es 13 Monate bis Betroffene mit einer rheumatoiden Arthritis zu einem Rheumatologen gelangen und dort Hilfe finden.



38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
mit der 20. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
und der 24. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO)
15. bis 18. September 2010, CCH Congress Center Hamburg

Effektive und verträgliche Wirkstoffe

Optimale Schmerztherapie bei Rheumapatienten

Hamburg, 15. September 2010 – Rheumatologische Erkrankungen sind in Deutschland die häufigste Ursache chronischer Schmerzen. Bei gut jedem Dritten der insgesamt rund acht Millionen Schmerzpatienten stecken entzündliche Gelenkbeschwerden hinter den Problemen. Angesichts der demografischen Entwicklung wird die Zahl der Betroffenen in den kommenden Jahren weiter ansteigen. Welche Medikamente Rheumapatienten bei Schmerzen am besten helfen und welche neuen Wirkstoffe kurz vor der Zulassung stehen, erörtern Experten auf dem 38. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) vom 15. bis 18. September 2010 in Hamburg.

Neben einer eingeschränkten Bewegungsfreiheit belasten andauernde Schmerzen Rheumapatienten am meisten. Um diese zu lindern, können Ärzte auf eine große Auswahl verschiedener Wirkstoffklassen zurückgreifen. Dazu gehören die nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR), zu denen etwa Ibuprofen, Diclofenac oder der Aspirin-Wirkstoff Acetylsalicylsäure (ASS) zählen. Eine Alternative dazu bieten die sogenannten Coxibe oder COX-2-Hemmer: Diese Mittel sind für Magen und Darm verträglicher als die konventionellen NSAR.

Eine dritte Option zur Linderung von Schmerzen am Bewegungsapparat sind Opiode. „Diese Medikamente sind zwar hochwirksam, allerdings gibt es bislang keine Studien zu ihrer Langzeitwirkung“, sagt Professor Dr. med. Christoph Baerwald von der Universitätsklinik Leipzig auf dem 38. DGRh-Kongress. „Gerade weil viele Patienten die Einnahme wegen Nebenwirkungen abbrechen, sollten Rheumatologen regelmäßig prüfen, ob Opiode wirklich noch benötigt werden und helfen.“

Seit einigen Jahren verordnen Ärzte schwer kranken Patienten auch sogenannte Biologicals. Diese biotechnologisch hergestellten Substanzen können Entzündungsprozesse gezielt stoppen und erreichen so oft eine vollständige Symptombefreiheit. „Weitere vielversprechende Wirkstoffe sind derzeit in Entwicklung und stehen teilweise kurz vor der Zulassung“, betont Baerwald. „Sie werden unsere Möglichkeiten deutlich verbessern, den Patienten eine effektive und gleichzeitig gut verträgliche Therapie der Grundkrankheit anzubieten und dadurch die Schmerzen zu lindern.“

Aber selbst modernste Medikamente können nicht jedem Patienten die Schmerzen nehmen. Viele Menschen haben bereits chronische Schäden entwickelt, die ihrerseits wiederum Beschwerden verursachen. Zudem werden die Patienten immer älter und leiden dadurch vermehrt auch an anderen schmerzhaften Erkrankungen. „Gerade wenn Schmerzen verschiedene Ursachen haben, erfordert die Therapie ein vielfältiges Vorgehen“, so Baerwald. „Dann sollte die medikamentöse Behandlung stets von psychologischen, physio- und ergotherapeutischen Verfahren begleitet werden.“

Welche Wirkstoffklassen bei bestimmten Patientengruppen den größten Erfolg versprechen, diskutieren Experten auf dem 38. DGRh-Jahreskongress vom 15. bis 18. September 2010. Der Kongress findet gemeinsam mit der 20. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) und der 24. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO) im CCH Congress Centrum Hamburg statt.

Terminhinweis:

Symposium „Schmerz ist nicht gleich Schmerz – neue Erkenntnisse zu Schmerzverarbeitung und Schmerztherapie“

Freitag, 17. September 2010, 10.00 bis 11.30 Uhr

CCH Congress Center Hamburg, Saal 3, Messeplatz 1, 20357 Hamburg

Unter dem Begriff Rheuma fassen Experten mehr als 100 verschiedene entzündliche Erkrankungen des Bewegungsapparates zusammen. Auch die verschleißbedingten Krankheiten wie Arthrose zählen zum sog. „rheumatischen Formenkreis“. Menschen jeden Alters sind von diesen oft schweren, schmerzhaften und vielgestaltigen Erkrankungen betroffen: Etwa 1,5 Millionen Deutsche leiden allein an einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung. Durchschnittlich dauert es 13 Monate bis Betroffene mit einer rheumatoiden Arthritis zu einem Rheumatologen gelangen und dort Hilfe finden.



38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
mit der 20. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
und der 24. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO)
15. bis 18. September 2010, CCH Congress Center Hamburg

Nicht nur eine Gefahr für die Gelenke

Rheuma erhöht Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall

Hamburg, 15. September 2010 – Eine entzündlich-rheumatische Erkrankung schädigt nicht nur die Gelenke. Auch Blutgefäße werden in Mitleidenschaft gezogen. Rheumapatienten haben deshalb ein erhöhtes Risiko, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden. Darauf weist die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) anlässlich ihres Jahreskongresses hin. Wie sich die Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen minimieren lassen, diskutieren Fachärzte und Wissenschaftler vom 15. bis 18. September 2010 im Congress Center Hamburg.

Etwa 440 000 Menschen in Deutschland leiden an einer rheumatoiden Arthritis. Bei dieser häufigsten entzündlich-rheumatischen Erkrankung greift das Immunsystem körpereigenes Gewebe in den Gelenken an. Es kommt zu einer Entzündung, die nicht nur den Bewegungsapparat betrifft, sondern zum Beispiel auch die Wände der Blutgefäße. Zudem tritt bei Rheumapatienten vermehrt eine Verkalkung der Gefäße, eine Arteriosklerose, auf. „Sie haben dadurch ein um 30 bis 60 Prozent höheres Risiko, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden“, berichtet Professor Dr. med. Jürgen Braun, Ärztlicher Direktor des Rheumazentrums Ruhrgebiet in Herne. „Die Gefahr steigt weiter, wenn die Patienten erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck, Diabetes oder Übergewicht haben.“

Eine besonders schädliche Wirkung hat das Rauchen. Denn die Inhaltsstoffe des Tabaks begünstigen die Bildung von entzündungsfördernden Antikörpern. Gleichzeitig verschlechtern sie die Blutversorgung zum Gelenkknorpel. „Rheumapatienten, die rauchen, haben stärkere Schmerzen, benötigen eine höhere Dosis an Medikamenten und haben insgesamt schlechtere Funktionsergebnisse“, sagt Braun anlässlich des 38. DGRh-Kongresses. Bei Menschen mit einer Vorbelastung für die

Entwicklung einer rheumatoiden Arthritis könne Rauchen sogar den Ausbruch der Erkrankung beschleunigen.

Ein Rauchstopp führt nicht nur dazu, dass die Krankheit milder verläuft und die Medikamente besser helfen. Er senkt auch das Risiko für Begleiterkrankungen an Herz und Niere. Dieses ist bei rheumatischen Erkrankungen an sich schon deutlich erhöht und wird durch das Rauchen zusätzlich gesteigert.

Eine frühzeitige Behandlung der rheumatischen Erkrankung schützt ebenfalls Herz und Blutgefäße. Da sie die Entzündung im Körper hemmen, lindern bestimmte Rheumamedikamente nicht nur die Gelenkbeschwerden. Sie können darüber hinaus auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verhindern. Dies gilt zum Beispiel für den Wirkstoff Methotrexat, ein Basistherapeutikum, das langfristig das Fortschreiten der Rheumaerkrankung verlangsamt: „Durch die Einnahme des Medikaments sinkt das Herzinfarktrisiko um 18 Prozent, das Schlaganfallrisiko um 11 Prozent“, berichtet Braun. Aber auch für andere Medikamente, wie zum Beispiel die sogenannten TNF-alpha-Blocker, werde eine schützende Wirkung angenommen. „Ein frühzeitiger Therapiebeginn ist bei rheumatischen Erkrankungen von entscheidender Bedeutung – nicht nur für die Gelenke, sondern auch für die Auswirkungen des Rheumas auf Herz und Kreislauf“, so Braun.

Die Risiken einer rheumatischen Erkrankung für Herz und Kreislauf sind ein Thema auf dem 38. DGRh-Kongress vom 15. bis 18. September 2010. Dieser findet gemeinsam mit der 20. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) und der 24. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO) im CCH Congress Centrum Hamburg statt.

Terminhinweis:

Symposium „Kardiovaskuläre Risiken entzündlich-rheumatischer Erkrankungen“

Samstag, 18. September 2010, 8.00 bis 9.00 Uhr

CCH Congress Center Hamburg, Saal 6, Messeplatz 1, 20357 Hamburg

Unter dem Begriff Rheuma fassen Experten mehr als 100 verschiedene entzündliche Erkrankungen des Bewegungsapparates zusammen. Auch die verschleißbedingten Krankheiten wie Arthrose zählen zum sog. „rheumatischen Formenkreis“. Menschen jeden Alters sind von diesen oft schweren, schmerzhaften und vielgestaltigen Erkrankungen betroffen: Etwa 1,5 Millionen Deutsche leiden allein an einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung. Durchschnittlich dauert es 13 Monate bis Betroffene mit einer rheumatoiden Arthritis zu einem Rheumatologen gelangen und dort Hilfe finden.



38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
mit der 20. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
und der 24. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO)
15. bis 18. September 2010, CCH Congress Center Hamburg

Versorgungslücke schmälert Therapieerfolge Zu wenig Ärzte für junge Rheumapatienten

Hamburg, 15. September 2010 – In Deutschland leiden etwa 20 000 Kinder und Jugendliche an rheumatischen Beschwerden. Bei jedem Zweiten von ihnen bleibt die chronisch-entzündliche Erkrankung bis ins Erwachsenenalter aktiv. Am Übergang von der Jugend- zur Erwachsenenmedizin sind diese Patienten jedoch derzeit häufig unzureichend versorgt. Diese Versorgungslücke kann langjährige Therapieerfolge in kurzer Zeit zerstören, beklagen die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) und die Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR). Wie sich eine nahtlose Betreuung gewährleisten lässt, erörtern Experten auf dem 38. Kongress der DGRh vom 15. bis 18. September 2010 in Hamburg.

Rheuma zählt bei Heranwachsenden zu den häufigsten Ursachen bleibender Behinderungen. Eine besonders schwierige Phase bei der Versorgung ist der Übergang zur Erwachsenenmedizin. „Während dieser Transition müssen Jugendliche besonders intensiv betreut werden, um die erreichten Behandlungserfolge nicht zu gefährden“, betont die Kinderrheumatologin Dr. med. Kirsten Minden von der Universitätskinderklinik der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Stattdessen besteht gerade bei diesen Patienten eine Versorgungslücke. Zwar haben manche kinderrheumatologische Einrichtungen sogenannte Übergangssprechstunden etabliert. Doch ein allgemeines Programm zur Unterstützung der jungen Patienten existiert in Deutschland bislang nicht.

Umfragen zeigen das Ergebnis dieses Versorgungsdefizits: Jeder vierte Patient im jungen Erwachsenenalter ist mit seiner Betreuung unzufrieden. Die Betroffenen klagen vor allem über lange Wartezeiten für einen Termin, zu kurze Gespräche beim Facharzt und das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden. Die Folge: Bei jedem dritten Patienten misslingt der Übergang in die Erwachsenenbetreuung.

„Viele Patienten brechen den immens wichtigen Kontakt zum Rheumatologen ab“, sagt Minden auf dem DGRh-Kongress. „Sie gehen erst dann wieder zum Arzt, wenn neue Komplikationen auftreten. Dann ist der Erfolg der früheren Therapie jedoch mitunter zunichtegemacht.“ Die Abkehr vom Facharzt ist umso problematischer, als viele junge Patienten sehr wenig über ihre rheumatischen Beschwerden wissen, erläutert Minden. Nur jeder Zweite kann seine Krankheit benennen und nimmt seine Medikamente eigenverantwortlich ein. Und höchstens jeder Dritte weiß, was er gegen einen einsetzenden Rheumaschub tun kann.

„Für die nötige intensive Betreuung dieser Patienten fehlt es an Zeit und Personal“, kritisiert Minden. „Dass die Versorgung während dieser kritischen Phase vom Engagement einzelner Rheumatologen abhängt, ist nicht akzeptabel. Chronisch kranke Jugendliche brauchen ein klares Betreuungsangebot, das kostendeckend vergütet werden muss.“ Welche Rahmenbedingungen die Versorgung von rheumakranken Heranwachsenden verbessern könnten, diskutieren Experten auf dem 38. DGRh-Jahreskongress vom 15. bis 18. September 2010 im CCH Congress Centrum Hamburg.

Unter dem Begriff Rheuma fassen Experten mehr als 100 verschiedene entzündliche Erkrankungen des Bewegungsapparates zusammen. Auch die verschleißbedingten Krankheiten wie Arthrose zählen zum sog. „rheumatischen Formenkreis“. Menschen jeden Alters sind von diesen oft schweren, schmerzhaften und vielgestaltigen Erkrankungen betroffen: Etwa 1,5 Millionen Deutsche leiden allein an einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung. Durchschnittlich dauert es 13 Monate bis Betroffene mit einer rheumatoiden Arthritis zu einem Rheumatologen gelangen und dort Hilfe finden.

Von Knackpunkten und Schnittstellen: Wie profitiert die Rheumatologie vom Blick über den Tellerrand?

Professor Dr. med. Wolfgang Rütter, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) 2009/2010, Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und der Klinik für Orthopädie des Klinikums Bad Bramstedt

Seit mehreren Jahren führt die DGRh ihre Jahreskongresse gemeinsam mit der ARO durch, der wissenschaftlichen Gesellschaft der Orthopädischen Rheumatologie. Seit letztem Jahr ist zusätzlich die Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie hinzugekommen, sodass jetzt internistische, orthopädische und pädiatrische Rheumatologen gemeinsam tagen.

Es ist der gegenseitige Informationsaustausch, von dem die Ärzteschaft profitiert, indem Internisten den Orthopäden zuhören und Orthopäden den Internisten. Die gemeinsame Behandlung Rheumakrankter unter den verschiedenen Aspekten profitiert.

Bei den internistischen Rheumatologen wächst das Verständnis für Operationsindikationen und für die Weiterbehandlung nach Operationen, zum Beispiel der Implantation von Endoprothesen. Dasselbe gilt für die technische Orthopädie, die auch in der Hand des internistischen Rheumatologen für die Behandlung des Rheumakranken von großer Bedeutung ist. Auf orthopädischer Seite werden Zusammenhänge zwischen einer Medikation und einem Operationserfolg erkannt, vor allem auch negative Einflüsse einer Medikation auf Operationskomplikationen, das heißt bezüglich Infektionen und Wundheilungsstörungen.

Zwar lassen sich die Therapieerfolge beim erwachsenen Rheumakranken nicht auf kranke Kinder übertragen, doch ist der diesbezügliche Fachaustausch zwischen Internisten und Pädiatern überaus befruchtend. Bedeutsam erscheint in diesem Zusammenhang auch die Transition, das heißt der Behandlungsübergang vom Kinderarzt zum Erwachsenenarzt. Neben den genannten therapeutischen Aspekten sind es auch die diagnostischen, die gerade bei der Früharthritis wesentliche Fortschritte gemacht haben. Die diagnostischen Kriterien sind für alle Gruppen in der Rheumatologie von großer Bedeutung.

Schließlich ist es auch die Forschung, die sowohl von internistischer Seite als auch von orthopädischer Seite in hohem Maße beachtet und in eigenen Labors durchgeführt wird. Beim Kongress sind es die Naturwissenschaftler, die ihre Ergebnisse zur Rheumatologie den Klinikern vortragen. Schließlich sind es Nachbargebiete wie die Nephrologie, die Angiologie, die Dermatologie und die Immunologie, die für die Behandlung Rheumakrankter von speziellem Interesse sind.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Hamburg, September 2010

Schmerz bei rheumatologischen Erkrankungen

Professor Dr. med. Christoph Baerwald, Direktor der Medizinischen und Poliklinik IV am Universitätsklinikum Leipzig

In Deutschland leiden rund acht Millionen Menschen an chronischen Schmerzen, davon 600 000 bis 800 000 Patienten an einem chronischen, schwer therapierbaren Schmerzsyndrom. Prinzipiell ist Schmerz das häufigste Symptom, das Patienten zu einem Arzt führt. Laut einer Umfrage ist bei 35 Prozent der Schmerzpatienten eine rheumatologische Erkrankung die Ursache. Damit sind rheumatologische Erkrankungen die häufigste Ursache chronischer Schmerzen. Aufgrund der demografischen Entwicklung der Bevölkerung ist mit einer Zunahme von Schmerzen im Allgemeinen und von Gelenkschmerzen im Besonderen zu rechnen, da mit zunehmendem Alter eine Zunahme rheumatologischer Erkrankungen zu verzeichnen ist. Untersuchungen in der deutschen Kerndokumentation haben ergeben, dass sich bei Patienten mit rheumatoider Arthritis eine Drittelung der Schmerzstärke bezogen auf die Patientenpopulation ergibt. So hat circa ein Drittel der Patienten sehr starke Schmerzen, ein Drittel der Patienten mittlere Schmerzen und ein Drittel der Patienten keine bis geringe Schmerzen. Diese prozentuale Verteilung der Schmerzstärke war interessanterweise unabhängig von der Krankheitsdauer, insofern als dass die Verteilung der Schmerzstärke bei zwei Jahren Krankheitsdauer genauso war wie nach zehn Jahren Krankheitsdauer. Der Schmerz stellt somit das mit am meisten belastende Symptom dar. Auch wenn es in einigen Fällen gelingt, durch eine remissionsinduzierende Therapie vor allem mit den Biologika Schmerzfreiheit zu erzielen, werden wir aus mehreren Gründen auch in Zukunft immer wieder mit dem Symptom Schmerz bei unseren Patienten konfrontiert werden. Zum einen wird auch unter den modernsten Therapieverfahren nicht immer eine Remission erreicht und es kann auch zu erneut auftretenden Schüben der Erkrankung kommen. Zum zweiten sind bei vielen Patienten schon chronische Veränderungen eingetreten, die entsprechend auch Ursache für chronische Schmerzen sein können. Drittens haben wir es mit älter werdenden Patienten zu tun, die auch entsprechend einer zunehmenden Komorbidität verschiedene Ursachen von Schmerzen haben können.

Bezüglich der Therapie von Schmerzen gab es in jüngster Zeit einige Metaanalysen und Leitlinien. Prinzipiell ist zu sagen, dass chronische Schmerzen häufig einen multimodalen Therapieansatz erfordern, insbesondere da nach heutigen Konzepten eher von einem „mixed pain“ ausgegangen wird. Dabei spielen sowohl nozizeptive Empfindungen als auch neuropathische Veränderungen bei jedweden Schmerzen in unterschiedlicher Ausprägung eine Rolle. Infolgedessen sollte eine medikamentöse Schmerztherapie immer auch begleitet werden von physiotherapeutischen, ergotherapeutischen und psychologischen Therapieverfahren.

Bei der medikamentösen Therapie stellen gerade in der Rheumatologie nichtsteroidale Antirheumatika und Coxibe einen wichtigen Bestandteil der Therapie dar. Neueste Studien belegen, dass Coxibe bezüglich der gastrointestinalen Sicherheit am gesamten Intestinaltrakt den konventionellen nichtsteroidalen Antirheumatika überlegen sind, selbst wenn letztere mit einem Protonenpumpeninhibitor kombiniert werden. Auch Opioide sind bei chronischen Schmerzen des muskuloskelettalen Systems wirksam, wobei hier jedoch die im letzten Jahr veröffentlichte S3-Leitlinie ergeben hat, dass keine Langzeitstudien zur Verfügung stehen. Von daher muss auch bei Opioiden immer wieder die Indikation und der Therapieerfolg überprüft werden, insbesondere da auch Opioide Nebenwirkungen haben können und in den Studien eine hohe Abbruchrate bei den Patienten zu verzeichnen war. Es sind jedoch neue Medikamente in der Entwicklung beziehungsweise stehen kurz vor der Zulassung, die ein besseres Nebenwirkungsprofil auf Seiten der NSAR beziehungsweise der Opioide haben.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass nach wie vor ein großer Bedarf an einer suffizienten Schmerztherapie bei Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen besteht. Aufgrund der neuen Entwicklungen und weiterer in Entwicklung befindlicher Medikamente besteht jedoch die Aussicht, dass den Patienten mit chronischen Schmerzen besser geholfen werden kann.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Hamburg, September 2010

Erhöhen entzündlich-rheumatische Erkrankungen das Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall?

Professor Dr. med. Jürgen Braun, 1. Vizepräsident der DGRh, Ärztlicher Direktor des Rheumazentrums Ruhrgebiet, St. Josefs-Krankenhaus, Herne

Patienten mit einer entzündlichen-rheumatischen Erkrankung haben ein doppelt so hohes Risiko für Herzinfarkte wie Gesunde – in etwa vergleichbar mit dem von Diabetikern. Zusätzliche, klassische Risikofaktoren für Herz- und Gefäßkrankheiten sollten daher unbedingt rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Dies kann mit Verweis auf die Empfehlungen der Europäischen Rheuma-Liga EULAR allgemein geraten werden.

Das kardiovaskuläre Risiko ist bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA), der häufigsten rheumatischen Gelenkerkrankung, schon zu Beginn der Krankheit erhöht. Dies lässt sich an Gefäßveränderungen belegen, die bei den Betroffenen schon früh auftreten. Es ist daher essenziell, sowohl die Krankheitsaktivität der RA so weit wie möglich durch geeignete Medikamente zu verringern als auch die traditionellen Risikofaktoren – hinsichtlich Rauchen, erhöhter Blutfettwerte, Bluthochdruck, Diabetes und Übergewicht – regelmäßig vom Arzt überprüfen zu lassen.

Bei Rauchern mit Diabetes Typ 2 und Bluthochdruck ist das kardiovaskuläre Risiko bekanntlich zehnmal höher als bei Menschen ohne Risikofaktoren. Kommen weitere Risikofaktoren hinzu, steigt es, zum Beispiel bei erhöhten Blutfettwerten, um das 40-Fache an und bei zusätzlichem Übergewicht um das 60-Fache. Bei der RA müssen diese Werte aufgrund der chronisch ablaufenden entzündlichen Prozesse allerdings zusätzlich noch einmal mit dem Faktor 1,5 multipliziert werden – insbesondere, wenn die Krankheit bereits mehrere Jahre andauert und wenn die Entzündungsmarker erhöht nachweisbar sind.

Medikamente, die rheumatische Entzündungen hemmen, verringern zum Teil die Gefahr von Herzinfarkten und Schlaganfällen. Ein europäisches Forscherteam hat herausgefunden, dass bestimmte Rheumamittel nicht nur Gelenkbeschwerden lindern, sondern auch Herz-/Kreislauferkrankungen verhindern können.

Eine große internationale Studie mit über 4 300 Patienten aus 15 Ländern bestätigte unlängst, dass Patienten mit RA von Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems besonders bedroht sind. Knapp zehn Prozent der untersuchten Patienten starben im Laufe der Studie an einem Herzinfarkt, Schlaganfall oder einer Erkrankung der Herzkranzgefäße. Besonders gefährdet waren die Patienten, die zusätzlich an Bluthochdruck, Übergewicht oder Diabetes litten.

Mit bestimmten Antirheumatika lässt sich diese Gefahr jedoch deutlich verringern. So senkt eine einjährige Einnahme des Wirkstoffs Methotrexat das Infarktisiko um 18 Prozent, und die Gefahr für einen Schlaganfall sinkt um elf Prozent. Aber auch andere Substanzen wie unter anderem die TNF α -Blocker können das Herz-/Kreislaufisiko vermindern.

Mit einer frühzeitigen Behandlung lassen sich also nicht nur die fortschreitende Zerstörung der Gelenke aufhalten, sondern auch lebensgefährliche Infarkte oder Schlaganfälle verhindern. Patienten mit RA haben ein 30 bis 60 Prozent höheres Risiko für diese Erkrankungen. Die RA schädigt auch das Herz und die Blutgefäße, weil sie oft zu einer Entzündung der Gefäßwände und einer Verkalkung der Gefäße (Arteriosklerose) führt. Bleibende Schäden lassen sich vor allem dann verhindern, wenn die rheumatologische Behandlung innerhalb der ersten drei Monate nach Auftreten der ersten Symptome begonnen wird.

Rauchen geht nicht nur auf die Lunge, sondern auch auf das Immunsystem und die Gelenke: Inhaltsstoffe des Tabaks begünstigen die Bildung von entzündungsfördernden Antikörpern und verschlechtern die Blutversorgung zum Gelenkknorpel. Auf diese Weise verschlechtert Rauchen das Krankheitsgeschehen bei entzündlichem Rheuma. Demzufolge haben Patienten, die rauchen, mehr Schmerzen und brauchen mehr Medikamente.

Rauchen mindert generell die Chancen auf einen milden und kontrollierbaren Krankheitsverlauf. Bei entzündlichem Rheuma bildet das Immunsystem Antikörper, die eine Zerstörung von körpereigenem Knorpelgewebe auslösen und verstärken können. Rauchende Rheumapatienten haben deutlich mehr von diesen sogenannten Autoantikörpern im Blut. Studien aus Schweden zeigen, dass diese Patienten bis zu 30 Prozent höhere CCP-Werte haben. Das sind Antikörper, die sich gegen häufig vorkommende Eiweißbestandteile in der Gelenkflüssigkeit richten. Rauchen befördert so die Entzündung, zunehmende Schmerzen und Funktionseinschränkungen können folgen. Gleichzeitig verengen sich beim Rauchen die Blutgefäße, sodass die Blutversorgung bereits entzündeter Gelenkareale vermindert wird. Reparaturvorgänge können daher kaum in Gang kommen. Gegensteuern lässt sich dann nur mit mehr oder anderen Medikamenten.

Bei erblicher Vorbelastung wirkt sich Tabakkonsum besonders negativ aus. CCP-Antikörper sind bis zu zehn Jahre vor den ersten Symptomen im Blut nachweisbar. Rauchen erhöht die Menge und kann den Ausbruch einer RA damit begünstigen. Erkrankte Patienten müssen deshalb ausführlich über die negativen Wirkungen des Rauchens aufgeklärt werden. Betroffene können durch einen Rauchstopp aber nur profitieren, da die Krankheit dann

milder verläuft und die Medikamente besser helfen. Außerdem sinkt das Risiko für Begleiterkrankungen an Herz und Niere, das bei rheumatischen Erkrankungen an sich schon deutlich erhöht ist, und durch das Rauchen zusätzlich gesteigert wird.

Zusammengefasst stellen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ihre konventionellen Risikofaktoren ein relevantes klinisches Problem bei Patienten mit entzündlichen Gelenkerkrankungen dar. Eine rechtzeitige Behandlung, die die chronische Entzündung effektiv unterdrückt, ist für den Behandlungserfolg bei RA essenziell. Auch bei anderen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wie der Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) liegt ein erhöhtes Risiko für Herz-/Kreislaufferkrankungen vor.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Hamburg, September 2010

Medikament oder Operation: Wie entscheiden Ärzte, welche Therapie dem Patienten hilft?

Professor Dr. med. Christoph H. Lohmann, Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Magdeburg, Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Bei der Therapie von entzündlichen Gelenkerkrankungen stellt sich immer die grundsätzliche Frage: Ist eine nicht-operative, konservative, medikamentengeführte Therapie ausreichend oder sogar erfolgversprechender als eine operative Behandlung des Patienten?

Der Arzt hat Orientierungskriterien für das therapeutische Vorgehen, wie sie durch die AWMF-Leitlinien vermittelt werden. Dazu zählen:

- das Stadium der Erkrankung,
- die angegebenen Schmerzen,
- das Lebensalter des Patienten,
- der Allgemeinzustand des Patienten,
- die Begleiterkrankung des Patienten,
- der Aktivitätsgrad des Patienten,
- die Berufssituation des Patienten,
- der bisherige Krankheitsverlauf,
- die Einschränkung der Lebensqualität.

Trotz dieser Entscheidungshilfen ist die Entscheidung für Medikament oder Operation im Einzelfall oft schwierig, da sie nicht nur mit objektiven Kriterien begründbar ist, sondern auch stark von den individuellen Erwartungen des Patienten abhängt.

Der Patient muss die Möglichkeit haben, über seine Therapieform mitzuentcheiden, weshalb eine umfassende Aufklärung des Patienten über mögliche Therapieoptionen immer der Entscheidung voranzustellen ist.

Gerade in der Therapie entzündlicher Gelenkerkrankungen stellt sich für den behandelnden Facharzt aber oft gar nicht die Frage Medikament oder Operation, wie in der Therapie degenerativer Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems. Vielmehr lautet hier das Diktum: erforderliche medikamentöse Therapie (lokale und systemische) begleitet von konservativen Maßnahmen und bei Verschlechterung eines Gelenkbefunds zur Verbesserung von Schmerz, ROM und Adl die stadienbezogene operative Therapie.

Auch hierfür existieren selbstverständlich Richtlinien im Sinne eines therapeutischen Stufenprogramms. Da moderne Medikamente ein Fortschreiten der Erkrankung deutlich

verlangsamen oder zum Stillstand bringen können, ist ein früher medikamentöser Behandlungsbeginn spätestens drei Monate nach Ausbruch der Erkrankung sinnvoll, um Gelenkschäden möglichst gering zu halten. Dabei kommen vorrangig zwei Gruppen von Medikamenten zum Einsatz: NSAR zur systemischen Therapie gegen Schmerz und Gelenksteife und krankheitsmodifizierende Medikamente gegen die übersteigerte Reaktion des Immunsystems, die sogenannten Basistherapeutika. Begleitet wird die medikamentöse Therapie von Anfang an mit spezieller Physiotherapie und physikalischen Maßnahmen. Ist nach Ausschöpfen dieser beiden Maßnahmen an einem oder mehreren Gelenken ein schmerzhafter, funktionsbehindernder Befund verblieben, sollte der Patient der stadiengerechten operativen Versorgung zugeführt werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Hamburg, September 2010

Sind junge Menschen mit Rheuma nahtlos versorgt?

Dr. med. Kirsten Minden, Funktionsoberärztin an der Universitäts-Kinderklinik, Charité, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), c/o Deutsches Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ), Berlin

Rheuma kann bereits im Kindesalter beginnen, etwa 20 000 Kinder und Jugendliche bundesweit sind hiervon betroffen. Die im Kindesalter beginnenden „juvenilen“ entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind keine auf das Kindes- und Jugendalter beschränkten Erkrankungen. Bei jedem zweiten Betroffenen bleibt die rheumatische Erkrankung bis ins Erwachsenenalter aktiv und führt aufgrund anhaltender Krankheitsaktivität und Krankheitsfolgen zu Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und Teilhabe der Betroffenen im Alltag. Junge Rheumatiker mit noch aktiver Erkrankung bedürfen selbstverständlich auch jenseits des Jugendalters einer spezialisierten medizinischen und psychosozialen Betreuung, das heißt einer Überleitung von der pädiatrischen in die internistische Rheumatologie. Der geplante Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin wird als Transition bezeichnet und gehört heute zu einer guten medizinischen Betreuung chronisch kranker Jugendlicher.

Aktuelle Untersuchungen zur Versorgung junger Erwachsener mit Rheuma in Deutschland zeigen allerdings erhebliche Defizite bei der Transition. Junge Rheumatiker sind heute noch mit ungenügendem Krankheitswissen und unzureichenden Fähigkeiten hinsichtlich des Krankheitsmanagements ausgestattet. Nur jeder zweite rheumakranke Jugendliche kann beispielsweise seine Erkrankung benennen und fühlt sich für die Einnahme seiner Medikamente selbst verantwortlich. Bestenfalls jeder Dritte weiß, was er selbst bei einem akuten Rheumaschub tun kann. Insgesamt gelingt es etwa einem Drittel der Betroffenen nicht, einen kontinuierlichen Übergang in die Erwachsenenmedizin zu organisieren. Der Kontakt zur notwendigen Spezialbetreuung bricht ab und wird oft erst dann wieder hergestellt, wenn – möglicherweise vermeidbare – Komplikationen aufgetreten sind. Langjährige Bemühungen zur Vermeidung von Krankheitsfolgen können so in kurzer Zeit zunichte gemacht werden. Unzureichende spezielle Betreuungsangebote für dieses besondere Patientenkollektiv spielen hier eine Rolle. Es fehlt an Zeit und Personal, um den höheren Betreuungsaufwand für einen chronisch kranken Jugendlichen beziehungsweise jungen Erwachsenen zu gewährleisten. In Kenntnis der Schnittstellenproblematik wurden in den letzten Jahren an einigen kinderrheumatologischen Einrichtungen sogenannte Übergangssprechstunden etabliert, um rheumakranke Jugendliche besser auf den Übergang vorzubereiten. Die Wirksamkeit dieser Sprechstunden wurde bisher nicht geprüft, ein allgemein akzeptiertes, standardisiertes, vor allem auch institutionell unterstütztes und finanziertes Programm zur Betreuung chronisch kranker Jugendlicher gibt es jedoch nicht. Insofern wird die Transition derzeit allein durch lokale Initiativen und individuelles

Engagement von pädiatrischen und internistischen Rheumatologen getragen, was nicht akzeptabel ist. Die Defizite in der Versorgung spiegeln sich in einer großen Unzufriedenheit mit der Betreuung in der Erwachsenenmedizin wider, die jeder vierte, im Durchschnitt 20-jährige Rheumapatient angibt. Vor allem lange Wartezeiten auf einen Termin, kurze Konsultationszeiten und das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, stören die jungen Rheumapatienten.

Eine nahtlose Versorgung junger Rheumatiker nach Abschluss der pädiatrischen Betreuung ist derzeit nicht gegeben. Die erkannten Versorgungsdefizite können nur durch Anerkennung der besonderen Betreuungsbedürfnisse chronisch kranker Jugendlicher, klare Empfehlungen zu Art und Umfang ihrer Betreuung und eine kostendeckende Vergütung derselben behoben werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Hamburg, September 2010

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Wolfgang Rüther
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
2009/2010, Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie des
Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und der Klinik für Orthopädie
des Klinikums Bad Bramstedt



Beruflicher Werdegang:

Ausbildung (Hochschulen):

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

Klinischer Werdegang:

Orthopädische Abteilung des Bundeswehrkrankenhauses Gießen, Chirurgische Abteilung
Waldkrankenhaus Bonn–Bad Godesberg

Seit 1982	Orthopädische Klinik der Universität Bonn (Professor Dr. Rössler)
1984	Facharzt für Orthopädie
1988–1990	Orthopädische Abteilung der Rheumaklinik Bad Bramstedt (Professor Dr. Tillmann)
1990	Anerkennung des Teilgebiets Rheumatologie
1991–1996	C3-Professur für Orthopädie und Rheumatologie an der Orthopädischen Klinik der Universität Düsseldorf (Professor Dr. Schulitz)
Seit 1996	Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Seit 1997	gleichzeitig Chefarzt der Orthopädischen Klinik des Klinikum Bad Bramstedt

Mitgliedschaften:

Präsident der ARO Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (2004–2010)
Präsident der DGRh (Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie) (2009–2010)
Vorstandsmitglied der DGOOC (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie)

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Christoph Baerwald
Direktor der Medizinischen und Poliklinik IV am
Universitätsklinikum Leipzig



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|----------------------|--|
| 4/1981 | Beginn des Studiums der Humanmedizin an der Philipps-Universität Marburg |
| 11.6.1987 | Erhalt der Approbation |
| 15.6.1987–31.12.1988 | Forschungsassistent bei Professor Dr. Goebel (Medizinische Poliklinik des Zentrums für Innere Medizin der Universität Marburg) |
| 25.11.1988 | Promotion zum Doctor medicinae |
| 1.1.1989–31.8.1994 | Wissenschaftlicher Assistent im Zentrum für Innere Medizin, Abteilung Medizinische Poliklinik (Direktor: Professor Dr. von Wichert) des Klinikums der Philipps-Universität Marburg |
| 1.9.1994–31.8.1996 | DAAD Research Fellow bei Professor G.S. Panayi, Molecular Immunogenetics and Rheumatology Units, Guy's Hospital, UMDS, London SE1 9RT, United Kingdom |
| 1.9.1996–31.5.1999 | Wissenschaftlicher Assistent im Zentrum für Innere Medizin, Abteilung Medizinische Poliklinik (Direktor: Professor Dr. von Wichert) des Klinikums der Philipps-Universität Marburg |
| 12/1998 | Facharzt für Innere Medizin
Habilitation im Fach Innere Medizin an der Universität Marburg |
| Seit 1.6.1999 | Professor für Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie an der Universität Leipzig |
| 6/2000 | Schwerpunkt Rheumatologie im Fachgebiet Innere Medizin |
| Seit 2002 | Sprecher des AK Schmerz der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) |
| Seit 2007 | Leiter der Sektion Rheumatologie/Gerontologie am Universitätsklinikum Leipzig |
| 2007 | Preis für herausragende Lehre der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig |

Forschungsschwerpunkte:

- Neuroendokrinoimmunologie
- Immungenetik bei rheumatologischen Erkrankungen
- Stressreaktivität bei rheumatoider Arthritis
- DFG Projekt BA 1770/2-1 (bis 2004)
- BMBF Projekt Nr. 01 GI 9955 (bis 2006)

Lehre:

- Mehrere Kurse mit Hochschuldidaktik unter anderem auch POL an der Universität Witten/Herdecke
- Mitglied der Studienkommission der Medizinischen Fakultät
- Seit 10/2008 Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Jürgen Braun
1. Vizepräsident der DGRh, Ärztlicher Direktor des Rheumazentrums
Ruhrgebiet, St. Josefs-Krankenhaus, Herne

* 1953



Beruflicher Werdegang:

1972–1973	Studium Germanistik, Romanistik, Philosophie und Theaterwissenschaften an der Albertus-Magnus-Universität zu Köln
1974–1977	Studium Deutsch, Französisch und Spanisch an der Heinrich-Heine-Universität zu Düsseldorf
1978–1985	Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin (FU)
13.5.1985	Ärztliche Prüfung an der Freien Universität Berlin (FU)
14.5.1985	Ärztliche Approbation durch den Gesundheitssenator von West-Berlin
Seit 15.5.1985	Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Klinikum Benjamin Franklin der FU Berlin in der Abteilung Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie (Leiter Professor Dr. A. Distler)
13.12.1987	Promotion zum Dr. med. an der Freien Universität Berlin (FU)
28.1.1993	Facharzt für Innere Medizin (Berliner Ärztekammer)
21.6.1993	Zusatzbezeichnung Sportmedizin (Berliner Ärztekammer)
Seit 1/1993	Oberärztliche Tätigkeit
Seit 1/1993	Regelmäßige Lehrtätigkeit in den Fächern Rheumatologie/ Immunologie/Innere Medizin (Vorlesungen, Seminare)
6.3.1995	Habilitation im Fach Innere Medizin an der Freien Universität Berlin
8.5.1996	Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie (Berliner Ärztekammer)
15.3.1997	Ernennung zum C2-'Oberassistenten' der Klinik
5.5.1998	Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie (Berliner Ärztekammer)
8.2.2000	APL-Professur am Universitätsklinikum Benjamin Franklin in Berlin
Seit 1.1.2001	Ärztliche Leitung des Rheumazentrums Ruhrgebiet in Herne
Ab 1/2001	Gastprofessur Rheumatologie an der Freien Universität Berlin (FU)

26.3.2001	Fachkunde Labor (Ärztchammer Münster)
7/2002	Fachkunde im Strahlenschutz (offene radioaktive Stoffe, Behandlung, Ärztkammer Münster)
12/2002	Berufung C3-Professur Rheumatologie der Universität Regensburg
10/2004	Visiting Professor in Toronto (McMaster University, Professor Bombardier)
Seit 8/2004	Professor für Rheumatologie an der Ruhr-Universität in Bochum
10/2008	Präsident des 6 th International Congress on SpA in Gent
Seit 1/2009	Vizepräsident der DGRh
Ab 1/2011	Präsident der DGRh

Auszeichnungen und Preise:

21.9.1996	Auszeichnung mit dem Forschungspreis 1996 der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
9/1998	Auszeichnung mit dem Tosse-Preis für Kinderrheumatologie
5/2000	Auszeichnung mit dem Carol-Nachman-Preis der Stadt Wiesbaden
6/2003	EULAR-Preis 2003 (zusammen mit Professor Sieper, Berlin)

Mitgliedschaften:

2003–2009	Mitglied des ASAS Steering Committees
2003–2009	Mitglied des GRAPPA Steering Committees

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Christoph H. Lohmann
Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Magdeburg,
Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

* 1967



Beruflicher Werdegang:

Studium:

Ab 10/1987	Studium der Humanmedizin an der Universität Göttingen
4/1990	Beginn des Zweitstudiums der Agrarwissenschaften
6/1994	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1/1995	Promotion
6/1995	Diplom im Studiengang Agrarwissenschaften

Beruf:

7/1995–12/1996	Arzt im Praktikum, Universitätsklinik Göttingen
Ab 1/1997	Assistenzarzt, Universitätsklinik Göttingen
4/1997–6/1997	Fellowship, Department of Orthopaedics, University of Florida, Gainesville, USA
7/1997–10/1998	Fellowship, Department of Orthopaedics, University of Texas at San Antonio, USA
10/1998–4/2001	Assistenzarzt (Orthopädie, Universitätsklinik Göttingen)
4/2001–6/2001	Fellowship, Department of Orthopaedics, University of Florida, Gainesville, USA
Seit 1.5.2001	Funktionsoberarzt in der Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg (Professor Dr. med. W. Rüter)
Seit 1.9.2002	Oberarzt für die Bereiche Endoprothetik und Orthopädische Onkologie
Januar 2003	Habilitation, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg
Seit 1.12.2003	Ernennung zum Universitätsprofessor C3, Universität Hamburg, stellvertretender Ärztlicher Direktor des Lehrstuhls für Orthopädie
17.1.2006	Außerdem stellvertretender Chefarzt der Orthopädie, Rheumaklinik Bad Bramstedt

Seit 1.4.2010 Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Promotion (Januar 1995):

Thema: Der Einfluss von Gastrin-Releasing-Peptide auf die exokrine
Pankreassekretion unter besonderer Berücksichtigung
CCK-abhängiger signalvermittelnder Mechanismen
(Doktorvater: Professor Dr. H. Köhler)

Abteilung: Universitätsklinik für Allgemeinchirurgie, Göttingen
(Professor Dr. H.-J. Peiper)

Habilitation (Januar 2003):

Thema: Die Regulation von osteogenen Zellen durch
Implantatoberflächen und durch Verschleißprodukte von
Endoprothesen

Abteilung: Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Universitätsklinikum
Eppendorf, Hamburg
(Professor Dr. med. W. Rüter)

Curriculum Vitae

Dr. med. Kirsten Minden
Funktionsoberärztin an der Universitäts-Kinderklinik, Charité,
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), c/o Deutsches
Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ), Berlin



Beruflicher Werdegang:

- 1990 Staatsexamen an der Humboldt-Universität zu Berlin
- 1996 Facharzt für Kinderheilkunde
- 1994–1997 Spezialisierung auf dem Gebiet der Kinderrheumatologie,
kinderrheumatologische Abteilung der II. Klinik für Kinderheilkunde und
Jugendmedizin des Klinikums Berlin-Buch
- 1998–2000 Durchführung einer rheumaepidemiologischen Studie zur Langzeitprognose
der juvenilen Arthritis am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum Berlin
- Seit 2001 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum
Berlin, Forschungsbereich Epidemiologie
Leitung der kinderrheumatologischen Arbeitsgruppe (unter anderem der
Projekte bundesweite Kinderkerndokumentation, Biologikaregister JuMBO,
Frühkohorte juvenile Arthritis)
- 2001–2006 Fachärztin, ab 2003 leitende Oberärztin in der Abteilung Kinderrheumatologie
der Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin des HELIOS-Klinikums
Berlin-Buch
- 2006 Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugendrheumatologie
- Seit 2006 Kinderrheumatologin am Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) der
Universitätskinderklinik der Charité

Volkskrankheit Rheuma

Zahlen und Fakten:

Die Weltgesundheitsorganisation definiert als rheumatische Erkrankungen alle chronisch schmerzhaften und mit Behinderung einhergehenden Erkrankungen am Bewegungsapparat.

- Mehr als ein Viertel der Bevölkerung leidet an manifesten Erkrankungen des Bewegungssystems, davon ist ein Drittel von versorgungsbedürftiger Behinderung betroffen.
- Zu den Beschwerden zählen Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Kraftverlust durch Erkrankungen der Gelenke, Knochen, Sehnen und Muskeln.
- Die Bedeutung rheumatischer Erkrankungen ergibt sich vor allem aus den schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Lebensqualität der Betroffenen und den weitreichenden ökonomischen Folgen durch Arbeitsausfall und Frühberentung.
- Im Wesentlichen lassen sich vier Gruppen unterscheiden:
 - entzündlich-rheumatische Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, Kollagenosen, Immunvaskulitiden, juvenile Arthritiden)
 - nicht-entzündlich rheumatische Gelenkerkrankungen (zum Beispiel Arthrose)
 - Stoffwechselerkrankungen mit rheumatischen Beschwerden (zum Beispiel Gicht, Osteoporose)
 - chronische Schmerzkrankheiten am Bewegungssystem (zum Beispiel Fibromyalgie)

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen

Als Rheuma im engeren Sinne gelten die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen – sie bedürfen einer rheumatologischen Betreuung. In Deutschland leiden etwa 1,5 Millionen Personen daran. Viele dieser Krankheiten sind Autoimmunerkrankungen. Dabei greift die körpereigene Immunabwehr Gelenke, Knorpel und Knochen an, aber auch innere Organe, Blutgefäße oder Bindegewebe. Bei schweren Verlaufsformen ist die Lebenserwartung deutlich verkürzt. Die häufigste entzündlich-rheumatische Krankheit ist die rheumatoide Arthritis (RA), eine chronische Entzündung der Gelenkinnenhäute. In Deutschland sind rund 450 000 Menschen von RA betroffen, Frauen dreimal häufiger als Männer. Die Symptome einer RA treten häufig erstmalig

zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr auf. Auch im Kindes- und Jugendalter können bereits entzündlich-rheumatische Erkrankungen auftreten. Circa 20 000 Kinder und Jugendliche sind bundesweit hiervon betroffen. Am häufigsten erkranken Kinder an einer juvenilen idiopathischen Arthritis, einer chronischen Gelenkentzündung. Rheumatische Erkrankungen bei Kindern haben einige Gemeinsamkeiten mit im Erwachsenenalter beginnenden entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, in vielerlei Hinsicht unterscheiden sie sich aber von diesen.

Nicht-entzündlich rheumatische Gelenkerkrankungen

Zur Gruppe der nicht-entzündlich bedingten Gelenkerkrankungen zählt in erster Linie die Arthrose, eine Verschleißerkrankung der Hüft-, Knie- und Fingergelenke. Etwa fünf Millionen Menschen in Deutschland haben Beschwerden aufgrund ihrer Arthrose. Hinzu kommen Betroffene ohne Beschwerden (asymptomatische Arthrose), bei denen die Erkrankung oft nicht diagnostiziert ist. Die Erkrankung geht einher mit einem Abbau von Knorpelgewebe und mit knöchernen Anlagerungen an den Gelenken. Typische Symptome für Arthrosen in den Knien oder Hüften sind: „Anlaufschmerzen“ (leichte Gelenkschmerzen zu Beginn einer Bewegung, die rasch wieder nachlassen) sowie verdickte, bei körperlicher Belastung schmerzende Gelenke. In fortgeschrittenen Krankheitsstadien kommt es zum Ruhe- und Dauerschmerz. Die Ursachen sind noch weitgehend unbekannt, als Risikofaktoren aber gelten: Übergewicht und Bewegungsmangel, angeborene oder erworbene Fehlstellungen, Fehlbelastungen, Schäden durch Verletzungen, Entzündungen sowie Stoffwechselstörungen.

Stoffwechselerkrankungen mit rheumatischen Beschwerden (Beispiele)

Gicht:

Bei dieser Störung des Harnsäurestoffwechsels lagern sich aufgrund eines erhöhten Harnsäurespiegel Harnsäurekristalle in Gelenken und anderen Geweben ab, die extrem schmerzhaft Entzündungen verursachen. Die Erkrankung betrifft etwa zwei Prozent der Bevölkerung, hauptsächlich Männer. Die Ursachen sind meist genetisch bedingt oder liegen in einer falschen Ernährung.

Osteoporose:

Etwa sieben Millionen Menschen in Deutschland leiden unter Knochenschwund. Damit einher gehen eine erhöhte Knochenbrüchigkeit vor allem am Schenkelhals und an den Wirbelkörpern sowie eine vermehrte Sturzneigung. Die Folgen sind anhaltende, belastende Schmerzphasen und Immobilität; die Sterblichkeitsrate ist erhöht. Die Mehrheit der Betroffenen sind Frauen in und nach den Wechseljahren, bedingt durch hormonelle Veränderungen. Doch schon ab dem 45. Lebensjahr nimmt die Knochenmasse bei Frauen ab, bei Männern erst etwa zehn Jahre später. Auch sie sind von Osteoporose betroffen, wobei für Deutschland keine belastbaren Daten vorliegen. Als weitere Ursachen kommen genetische Faktoren, einseitige, kalziumarme und phosphatreiche Ernährung und Bewegungsmangel infrage. Daneben verursachen auch einige Medikamente (zum Beispiel Glukokortikoide) oder andere Erkrankungen einen Knochenabbau: Dann spricht man von "sekundären Osteoporosen".

Chronische Schmerzkrankheiten am Bewegungssystem

Chronische muskuloskelettale Erkrankungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Beispielsweise leiden circa zehn Prozent der erwachsenen Bevölkerung an chronischen Rückenschmerzen, dies sind knapp sieben Millionen Menschen in Deutschland. Chronische Rückenschmerzen führen zu vielfältigen Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen. Eine Fibromyalgie betrifft etwa drei Prozent der Erwachsenen, vornehmlich Frauen. Die Erkrankung äußert sich durch ausgedehnte Schmerzen am Bewegungsapparat (Muskeln, Gelenke, Rücken) mit Schmerzempfindlichkeit auf Druck. Damit einher gehen dauernde Müdigkeit (Fatigue), schnelle muskuläre Erschöpfung, verzögerte Erholung und Schlafstörungen.

Selbstdarstellung

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

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) ist mit mehr als 1 200 Mitgliedern die größte medizinische Fachgesellschaft in Deutschland im Bereich der Rheumatologie. Sie repräsentiert seit mehr als 80 Jahren die rheumatologische Wissenschaft und Forschung und deren Entwicklung in Deutschland. Als gemeinnütziger Verein arbeitet die DGRh unabhängig und ohne Verfolgung wirtschaftlicher Ziele zum Nutzen der Allgemeinheit.

Aufgaben und Ziele

Die Ziele der Gesellschaft 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 so 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

Die Ziele und Aufgaben der DGRh werden vom Vorstand mit Unterstützung des wissenschaftlichen Beirats festgelegt und in Arbeitsgemeinschaften, Kommissionen und Arbeitskreisen umgesetzt. Die Geschäftsstelle unterstützt und koordiniert deren Arbeit. In den Gremien der DGRh werden Studien durchgeführt, wissenschaftliche Konzepte erarbeitet und Leitlinien und Berichtswerke erstellt. Sie geben damit die Impulse für die inhaltliche Ausrichtung der DGRh. Auf wissenschaftlichen Tagungen, welche die Gesellschaft regelmäßig organisiert, werden wissenschaftliche Entwicklungen dargestellt und diskutiert. Die Förderung wissenschaftlicher Arbeiten 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. Das KNR vereint alle in der Rheumaforschung aktiven Ärzte und Wissenschaftler aus verschiedenen Institutionen und Fachrichtungen. In der AGRZ sind die regionalen Verbände von Kliniken, niedergelassenen Rheumatologen und anderen an der Versorgung rheumakranker

Menschen beteiligten Berufsgruppen organisiert. Dieses Zusammenspiel von Forschung, Wissenschaft und Praxis unter dem Dach der DGRh sichert die nachhaltige Entwicklung in der Rheumatologie sowie 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) 2004 die Rheumatologische Fortbildungsakademie. Diese 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 sowie an der Rheumatologie interessierte Psychologen, Natur- und Sozialwissenschaftler. Sie haben es sich zur Aufgabe gemacht, die Möglichkeiten zur 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 2010
DGRh-Geschäftsstelle

Pressestelle der DGRh

Sandra Wittig
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)
Geschäftsstelle
Luisenstraße 41
10117 Berlin
Tel.: 030 240484-80 (Dienstag bis Freitag 10.00 bis 17.00 Uhr)
Fax: 030 240484-79
E-Mail: sandra.wittig@dgrh.de
URL: www.dgrh.de



Bestellformular Fotos:

Eröffnungs-Presskonferenz anlässlich des 38. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)

Mittwoch, 15. September 2010, 12.00 bis 13.00 Uhr
CCH Congress Center Hamburg, Saal 7 (1. Obergeschoss)

„Therapie mit Weitblick: Rheuma interdisziplinär betrachten und behandeln“

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

- Professor Dr. med. Wolfgang Rüter
- Professor Dr. med. Christoph Baerwald
- Professor Dr. med. Jürgen Braun
- Professor Dr. med. Christoph H. Lohmann
- Dr. med. Kirsten Minden

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

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Sämtliche Pressemappen-Inhalte finden Sie auch zum Download auf www.dgrh-kongress.de/presse-konferenzen.html

THIEME PR-Agentur
Medizinkommunikation Stuttgart
Silke Stark/Corinna Spirgat
Rüdigerstraße 14 * 70469 Stuttgart
Berliner Büro:
Luisenstraße 59 * 10117 Berlin
Tel.: +49 (0)711 8931-572
Fax: +49 (0)711 8931-167
stark@medizinkommunikation.org

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.
Pressestelle
Sandra Wittig
Luisenstraße 41 * 10117 Berlin
Tel.: +49 (0)30 240484-80
Fax: +49 (0)30 240484-79
sandra.wittig@dgrh.de