



**Eröffnungs-Presskonferenz anlässlich des
36. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
gemeinsam mit der 22. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische
Rheumatologie (ARO)**

Mittwoch, 24. September 2008, 12.00 bis 13.00 Uhr
Hotel Maritim Berlin, Salon 4, Stauffenbergstraße 26, 10785 Berlin

Referenten und Themen:

**Besser ist nicht gut genug: Aktuelles Memorandum der DGRh
zur Versorgung rheumakranker Menschen**

Professor Dr. med. Ekkehard Genth
Generalsekretär der DGRh; Chefarzt der Rheumaklinik und des
Rheumaforschungsinstituts Aachen

Der optimale Zeitpunkt: Neueste Medikamente gegen Rheuma wirken nachts

Professor Dr. med. Frank Buttgereit
Mitglied des Kompetenznetzes Rheuma (KNR); Charité Universitätsmedizin
Berlin – Campus Mitte, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie
und Klinische Immunologie, Berlin

**Schwere Fiebersyndrome bei rheumakranken Kindern: Beispiele für erfolgreiche
Diagnostik und Therapie?**

Professor Dr. med. Günther Dannecker
Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Olgahospital, Stuttgart

Was bringen Krankengymnastik & Co für den Alltag des Rheumapatienten?

Professor Dr. med. Wilfried Mau
Sprecher der Kommission Rehabilitation und Sozialmedizin der DGRh; Direktor des
Instituts für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Medikament oder Operation – Welche neuen Wege geht die Rheumaorthopädie?

Professor Dr. med. Hugo Axel Wanivenhaus
Tagungspräsident der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO);
Stellvertretender Leiter der Universitätsklinik für Orthopädie, Medizinische Universität Wien
(MUW), Wien

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressekontakt DGRh

Anna Julia Voormann
Kongress-Pressestelle DGRh
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel. 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org
Internet: www.dgrh.de

Pressekontakt vor Ort auf dem Kongress:
(24. bis 26. September 2008)

Pressebüro:

Hotel Maritim Berlin, Stauffenbergstraße 26, Berlin
Salon 11, 1. OG
Tel. 030 2065-1911
Fax: 030 2065-1815



Eröffnungs-Presskonferenz anlässlich des 36. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) gemeinsam mit der 22. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO)

Mittwoch, 24. September 2008, 12.00 bis 13.00 Uhr

Hotel Maritim Berlin, Salon 4, Stauffenbergstraße 26, 10785 Berlin

Inhalt:

- Pressemitteilungen:**
- Versorgung von Menschen mit Rheuma unzureichend
Zu wenig Rheumärzte in Deutschland**
 - Synthetische Hormone mit verzögerter Wirkung:
Optimierte Wirkstoffe sollen Rheumatherapie weiter verbessern**
 - Fortschritte in der Therapie für Kinder mit Rheuma
Rheumatische Fiebersyndrome zukünftig besser behandelbar**
 - Konsequente Therapie mindert Schmerzen und Kosten
Hälfte aller beruflichen Fehltag durch Rheuma bedingt**
 - Rheumaorthopädie im Umbruch
Medikament und Operation bei Rheuma sinnvoll kombinieren**

- Redemanuskripte:**
- Professor Dr. med. Ekkehard Genth
 - Professor Dr. med. Frank Buttgereit
 - Professor Dr. med. Günther Dannecker
 - Professor Dr. med. Wilfried Mau
 - Professor Dr. med. Hugo Axel Wanivenhaus

Memorandum „Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland“

Curriculum Vitae der Referenten

Bestellformular für Fotos

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

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressekontakt DGRh

Anna Julia Voormann
Kongress-Pressestelle DGRh
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel. 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org
Internet: www.dgrh.de

Pressekontakt vor Ort auf dem Kongress: (24. bis 26. September 2008)

Pressebüro:

Hotel Maritim Berlin, Stauffenbergstraße 26, Berlin
Salon 11, 1. OG
Tel. 030 2065-1911
Fax: 030 2065-1815



36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
mit der 22. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie ARO
24. bis 27. September 2008; Hotel Maritim, Berlin

Versorgung von Menschen mit Rheuma unzureichend Zu wenig Rheumaärzte in Deutschland

Berlin, 24. September 2008 – Etwa 1,5 Millionen Erwachsene und 15 000 Kinder in Deutschland leiden an entzündlichem Rheuma. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) weist mit ihrem Memorandum darauf hin, dass Menschen mit Rheuma hierzulande unzureichend versorgt sind: Der Bedarf an Rheumatologen in der Bundesrepublik ist weniger als zur Hälfte gedeckt. In welchen Bereichen dringender Handlungsbedarf besteht, diskutieren Experten auf dem 36. Jahreskongress der DGRh vom 24. bis zum 27. September 2008 Berlin.

Rheumapatienten bedürfen vor allem der dauerhaften Betreuung durch niedergelassene Ärzte. Um eine gute Versorgung zu gewährleisten fordert die DGRh deshalb in ihrem aktuellen Memorandum, dass auf 100 000 Einwohner je zwei internistische Rheumatologen kommen – insgesamt wären das 1 350 Fachärzte. Derzeit sind jedoch weniger als 600 Spezialisten ambulant tätig. „Es fehlt an kassenärztlichen Zulassungen für Rheumatologen“, erläutert Professor Dr. med. Ekkehard Genth, Generalsekretär der DGRh von der Rheumaklinik Aachen das Problem. Insbesondere in ländlichen Regionen seien Rheumapatienten unterversorgt und müssten lange auf Termine warten.

Damit diese in Zukunft besser versorgt sind, müssen unter anderem die rheumatologischen Aus-, Weiter- und Fortbildungen ausgebaut werden, schlägt Genth vor. Auch an den Universitäten sei die Rheumatologie unzureichend vertreten. „Zwar erzielt die Rheumaforschung in Deutschland große Fortschritte“, so Genth „doch der Nachwuchs an forschenden Rheumatologen bedarf intensiverer Förderung“.

Rheumazentren führen seit 1993 eine bundesweite Kerndokumentation zu rheumatischen Erkrankungen durch. „Dank dieser genauen und langfristigen



Übersicht haben wir auch Positives zu vermelden“, sagt Professor Dr. rer. pol. Angela Zink, Mitglied des Beirats und der Kommission Versorgung der DGRh: Ärzte setzen heute vermehrt moderne Therapiestandards ein, so die Leiterin des Forschungsbereichs Epidemiologie am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum in Berlin. Rheumatologisch betreute Patienten mit rheumatoider Arthritis sind aktiver. Die Zahl der Tage, an denen Patienten nicht arbeiten können oder im Krankenhaus verbringen, hat sich halbiert. Und auch die Zahl der erwerbstätigen Menschen mit Rheuma zwischen 18 und 65 Jahren hat sich geändert: Sie stieg um etwa 20 Prozent auf insgesamt 50 Prozent. „Mit den Erkenntnissen des Memorandums hofft die DGRh jetzt, die Versorgungssituation von Rheumapatienten weiter zu verbessern“, so Professor Zink.

Das Thema „Versorgungskonzepte“ diskutieren Experten im Rahmen des 36. Jahreskongress der DGRh auf einem Symposium am Samstag, den 27. September in Berlin. Weitere Informationen zum Kongress finden Interessierte im Internet unter www.dgrh.de

Terminhinweis:

Samstag, 27. September 2008, 8.00 bis 9.30 Uhr

Gute Versorgung von Anfang an

Vorsitz: Ursula Faubel, Bonn; Professor Dr. med. Matthias Schneider, Düsseldorf

Ort: Hotel Maritim Berlin, Salon 7 Wien, Stauffenbergstraße 26, 10785 Berlin

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressekontakt DGRh

Anna Julia Voormann

Kongress-Pressestelle DGRh

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel. 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Internet: www.dgrh.de

Pressekontakt vor Ort auf dem Kongress:

(24. bis 26. September 2008)

Pressebüro: Hotel Maritim Berlin

Stauffenbergstr. 26, Berlin

Salon 11, 1. OG

Tel. 030 2065-1911

Fax: 030 2065-1815



36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
mit der 22. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie ARO
24. bis 27. September 2008; Hotel Maritim, Berlin

Synthetische Hormone mit verzögerter Wirkung:

Optimierte Wirkstoffe sollen Rheumatherapie weiter verbessern

Berlin, 18. September 2008 – Verbesserte Medikamente gegen Rheuma – spezielle Glucocorticoide – können ihren Wirkstoff verzögert freisetzen. Die Behandlung lässt sich damit zeitlich auf die krankhaften Vorgänge im Körper abstimmen. Ergebnisse von aktuellen Therapiestudien stellen Experten auf dem 36. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) vom 24. bis zum 27. September 2008 Berlin vor.

Glucocorticoide gehören zu den Steroidhormonen. Natürlicherweise entstehen sie in der Nebennierenrinde. Sie hemmen Entzündungen im Körper. Mediziner setzen synthetisch hergestellte Glucocorticoide seit langem ein, um diese Wirkung nachzuahmen. Die Arbeitsgruppe von Professor Dr. med. Frank Buttgereit, Rheumatologe an der Charité in Berlin, hat zusammen mit den Firmen Merck KGaA und Nitec Pharma AG den Zusammenhang zwischen Wirkung und Einnahmezeitpunkt untersucht. Wesentliche Erkenntnis: Die Medikamente wirken besser, wenn die Einnahme zeitlich genau an das Auftreten von Entzündungsvorgängen im Körper von Rheuma-Patienten angepasst ist.

Unter Leitung der Forscher von der Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie an der Berliner Charité wurden dafür 288 Patienten mit rheumatoider Arthritis untersucht. Um die bei der Erkrankung übliche Morgensteifigkeit zu behandeln, nehmen diese normalerweise morgens zwischen sechs und acht Uhr Glucocorticoide ein. Zu spät, wie Professor Buttgereit vermutete: „Zu diesem Zeitpunkt hat der nächtliche Anstieg der Entzündungsbotsstoffe schon längst zu Gelenkschwellungen und -entzündungen und damit zu den Symptomen wie der Morgensteifigkeit geführt.“ Die Wissenschaftler behandelten deshalb ihre Patienten mit einem „modified-release“ (MR) Glucocorticoid. Sie nahmen abends gegen 22 Uhr eine Tablette ein, die den Wirkstoff Prednison etwa vier Stunden später



freisetzt. Diese Patienten litten deutlich kürzer unter der typischen Morgensteifigkeit als die Kontrollgruppe mit üblicher Medikation.

„Auch die Konzentration des nächtlich freigesetzten Entzündungsbotenstoffs Interleukin-6 war bei diesen Patienten erniedrigt“, erläutert Professor Buttgereit. Unterschiede in der Verträglichkeit zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe fanden die Forscher nicht. „Die Dauer der Morgensteifigkeit wird durch das neue Medikament deutlich verkürzt. Unter MR-Prednison sind keine neuen Nebenwirkungen im Vergleich mit Standard-Prednison aufgetreten. Es gelten also die gleichen Hinweise wie bei bekannten Kortisonpräparaten“, so die Bilanz des Experten. Die Ergebnisse der neunmonatigen Anschlussphase der Studie stellt Professor Buttgereit auf dem 36. Kongress der DGRh vor.

Terminhinweis:

Donnerstag, 25. September 2008, 16.45 bis 17.45 Uhr

Symposium:

Moderne Glucocorticoidtherapie in der Rheumatologie

Vorsitz: Professor Dr. med. Frank Buttgereit, Berlin; Professor John Kirwan, Bristol

Ort: Hotel Maritim Berlin, Salon 21 Dublin, Stauffenbergstraße 26, 10785 Berlin

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressekontakt DGRh

Anna Julia Voormann
Kongress-Pressestelle DGRh
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel. 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org
Internet: www.dgrh.de

Pressekontakt vor Ort auf dem Kongress: (24. bis 26. September 2008)

Pressebüro: Hotel Maritim Berlin
Stauffenbergstr. 26, Berlin
Salon 11, 1. OG
Tel. 030 2065-1911
Fax: 030 2065-1815



36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
mit der 22. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie ARO
24. bis 27. September 2008; Hotel Maritim, Berlin

Fortschritte in der Therapie für Kinder mit Rheuma Rheumatische Fiebersyndrome zukünftig besser behandelbar

Berlin, 24. September 2008 – Fieber ist eines der häufigsten Krankheits-symptome bei Kindern. Tritt es in regelmäßigen Schüben auf, ist die Ursache oft schwer zu finden. Mögliche Auslöser sind entzündlich-rheumatische Erkrankungen. Um Langzeitfolgen wie etwa schwere Nierenschäden zu vermeiden, stehen inzwischen neue Medikamente zur Verfügung. Im Rahmen des 36. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie vom 24. bis zum 27. September in Berlin berichten Experten über die Fortschritte in der Diagnose und Therapie von Kindern mit Rheuma am Beispiel der Fiebersyndrome.

Fiebersyndrome sind eher selten. Das sogenannte familiäre Mittelmeerfieber (FMF) betrifft zwischen 4000 und 8000 Menschen in Deutschland. Vor allem türkische Einwanderer erkranken. Neben der phasenweise stark erhöhten Körpertemperatur gehen periodische Fiebersyndrome häufig mit Hautausschlägen, schmerzhaften Entzündungen der Gelenke, des Bauchs und des Rippenfells einher. Die lang anhaltenden Entzündungsreaktionen bergen die Gefahr, schwere Schäden an den Nieren zu verursachen. „Diese lassen sich sehr erfolgreich mit Colchicin, einem Zellgift der Herbstzeitlose, vorbeugen“, sagt Professor Dr. med. Günther Dannecker, Stuttgart, von der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR).

Ähnlich wie bei rheumatisch-entzündlichen Erkrankungen spielt bei periodischen Fiebersyndromen das Abwehrsystem des Betroffenen eine entscheidende Rolle. In beiden Fällen richtet sich die Immunabwehr unkontrolliert gegen den eigenen Körper: Bei Rheuma ist es die erworbene, bei den regelmäßigen Fieberschüben die angeborene Abwehr. „Die Erkenntnisse über die Entstehung und den Verlauf haben es möglich gemacht, dass Fiebersyndrome mit neuen Medikamenten sehr effektiv behandelt werden können“, erläutert Professor Dannecker. Die neuen Medikamente



setzen etwa an den Entzündungszellen an, die ihrerseits Botenstoffe aussenden. Gentechnisch hergestellte „Zytokinblocker“ fangen diese signalgebenden Substanzen ab. Auf diese Weise unterdrücken sie die Entzündung.

Fiebersyndrome wie das familiäre Mittelmeerfieber (FMF), das Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziierte Syndrom (TRAPS) oder das Muckle-Wells-Syndrom sind erblich bedingt. „Welche molekulargenetischen Mechanismen die Symptome hervorrufen, haben Wissenschaftler für einige Fiebersyndrome durch intensive Forschung aufgeklärt“, berichtet Professor Dannecker, der auch Mitglied des wissenschaftlichen Programmkomitees des 36. Kongresses der DGRh ist. Diese wegweisenden Fortschritte in der Behandlung sind ein Thema des Kongresses in Berlin.

Terminhinweis:

Samstag, 27. September 2008, 10.00 bis 11.30 Uhr

Symposium:

Fiebersyndrome – „inborn errors“ des angeborenen Immunsystems

Vorsitz: Professor Dr. med. Rolf Keitzer, Berlin; Prof. Dr. med. H.-P. Tony, Würzburg

Ort: Hotel Maritim Berlin, Salon 4/5 London, Stauffenbergstraße 26, 10785 Berlin

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressekontakt DGRh

Anna Julia Voormann

Kongress-Pressestelle DGRh

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel. 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Internet: www.dgrh.de

Pressekontakt vor Ort auf dem Kongress:

(24. bis 26. September 2008)

Pressebüro: Hotel Maritim Berlin

Stauffenbergstr. 26, Berlin

Salon 11, 1. OG

Tel. 030 2065-1911

Fax: 030 2065-1815



36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
mit der 22. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie ARO
24. bis 27. September 2008; Hotel Maritim, Berlin

Konsequente Therapie mindert Schmerzen und Kosten Hälfte aller beruflichen Fehltage durch Rheuma bedingt

Berlin, 24. September 2008 – Etwa ein Viertel der Menschen mit Rheuma ist durch die Krankheit körperlich behindert und im Alltag stark beeinträchtigt. Ein Viertel aller Arbeitsunfähigkeitstage gehen zu Lasten von rheumatischen Erkrankungen. Wie sich dies bundesweit wirtschaftlich auswirkt und wie eine bessere Versorgung der Patienten dies ändern könnte, diskutieren Experten auf dem 36. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) vom 24. bis zum 27. September 2008 Berlin.

Patienten mit rheumatoider Arthritis leiden häufig unter starken Schmerzen. Bei dieser Erkrankung greift das körpereigene Abwehrsystem die Innenhaut der Gelenke an. Diese werden zunehmend unbeweglich. Jede Bewegung schmerzt. „Bei einem Großteil der Betroffenen führen Schmerzen und Funktionsstörungen zu erheblichen Behinderungen im Alltag“, sagt Professor Dr. med. Wilfried Mau, Sprecher der Kommission Rehabilitation und Sozialmedizin der DGRh. Betroffene können dadurch vielfach nicht mehr wie gewohnt ihrer Arbeit nachgehen.

Verglichen mit der restlichen Bevölkerung ist die Erwerbstätigkeit von Rheumapatienten um 10 bis 40 Prozent gemindert. Jeder Fünfte Rheumakranke geht innerhalb der ersten drei Krankheitsjahre vorzeitig in Rente. Das entspricht etwa einem Viertel aller vorzeitigen Ruheständler. „Verfrühtes Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt und Fehltage von unzureichend behandelten Rheumakranken kosten jährlich 8 000 bis 11 000 Euro“, berichtet Professor Dr. rer. pol. Angela Zink, Mitglied des Beirats und der Kommission Versorgung der DGRh. Hinzu kommen Behandlungskosten in Höhe von etwa 4 700 Euro.



„Entscheidend ist dabei vor allem der Funktionsstatus der Patienten“, sagt Professor Mau. Denn Betroffene, die in ihren Bewegungen eingeschränkt sind, verursachen drei bis viermal so hohe Kosten, erklärt der Direktor des Instituts für Rehabilitationsmedizin in Halle-Wittenberg. An erster Stelle stehe, die Lebensqualität des Patienten zu erhalten. „Aber auch die volkswirtschaftlichen Kosten unterstreichen die Notwendigkeit, die Versorgungssituation von Rheumapatienten zu verbessern“, so Mau.

Neben der medikamentösen Therapie sei deshalb zum Beispiel regelmäßige Krankengymnastik wichtig. „Noch können allerdings viel zu wenige Rheumakranke Angebote zur Rehabilitation in Anspruch nehmen“, erklärt Professor Mau. Nur die Hälfte der funktionseingeschränkten Patienten mit rheumatoider Arthritis etwa erhält Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Doch eine konsequente und intensive Therapie – inklusive ambulanter Physio- und Ergotherapie, Patientenschulungen und psychologischer Hilfe – könne langfristig etwas verändern.

Im Rahmen des 36. Jahreskongresses der DGRh in Berlin diskutieren Rheumatologen die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Rehabilitation in der rheumatologischen Versorgung“.

Terminhinweis:

Freitag, 26. September 2008, 10.00 bis 11.30 Uhr

Internationale Klassifikation (ICF) und Rehabilitation in der rheumatologischen Forschung

Vorsitz: Professor Dr. med. Ekkehard Genth, Aachen;

Professor Dr. med. Wilfried Mau, Halle/Saale

Ort: Hotel Maritim Berlin, Salon 7 Wien, Stauffenbergstraße 26, 10785 Berlin

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressekontakt DGRh

Anna Julia Voormann

Kongress-Pressestelle DGRh

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel. 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Internet: www.dgrh.de

Pressekontakt vor Ort auf dem Kongress:

(24. bis 26. September 2008)

Pressebüro: Hotel Maritim Berlin

Stauffenbergstr. 26, Berlin

Salon 11, 1. OG

Tel. 030 2065-1911

Fax: 030 2065-1815



36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
mit der 22. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO)
24. bis 27. September 2008; Hotel Maritim, Berlin

Rheumaorthopädie im Umbruch

Medikament und Operation bei Rheuma sinnvoll kombinieren

Berlin, 24. September 2008 – Ärzte setzen in Deutschland jährlich mehr als 120 000 künstliche Hüftgelenke und etwa 100 000 Kniegelenke ein. Ursache des Schadens ist in vielen Fällen Gelenkrheuma. Doch nicht immer wäre bei Rheuma eine Operation nötig. Wie sich die orthopädisch-chirurgische Behandlung von Rheumapatienten derzeit wandelt, diskutieren Experten auf dem 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), der vom 24. bis 27. September 2008 in Berlin stattfindet.

Vor einer Operation eines durch Rheuma betroffenen Gelenks steht heute die Behandlung mit Medikamenten: „Die Erfolge der medikamentösen Therapien bei Rheuma führen dazu, dass wir die üblichen rheumachirurgischen Maßnahmen überdenken müssen“, sagt Professor Dr. med. Axel Wanivenhaus, Tagungs-Präsident der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO) aus Wien. Dies mache Operationen jedoch alles andere als überflüssig. „Besteht die Aktivität einer rheumatischen Erkrankung trotz medikamentöser Therapie weiter, so dass damit eine Zerstörung von Knorpel und Gelenk einhergeht, ist eine Operation in jedem Fall zu erwägen“, so Professor Wanivenhaus, der stellvertretender Vorstand der Universitätsklinik für Orthopädie in Wien ist. Voraussetzung der optimalen Patientenbetreuung bleibe die enge Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen.

Erhebliche Fortschritte mache die Herstellung künstlicher Gelenke. Inzwischen sei ein Ersatz nahezu aller Gelenke möglich. Dies nimmt dem Patienten die Schmerzen und er kann das Gelenk wieder belasten. Eine moderne Endoprothese hält heute mindestens zehn bis 15 Jahre und je nach Region und Einsatz des Gelenkes auch deutlich länger. Darüber hinaus entscheide ein chirurgischer Eingriff häufig über die richtige Therapie: „Eine Gewebeprobe kann sehr hilfreich für die richtige Diagnose



oder die Absicherung derselben sein und sollte daher bereits in einem frühen Stadium der Entzündung noch vor dem medikamentösen Therapiebeginn entnommen werden“, rät Professor Wanivenhaus. Zu einem Umdenken habe hier vor allem die patientenfreundliche Methode geführt, mit der Ärzte das entzündete Gewebe entnehmen – die Arthroskopie. Die Behandlung mit zarten Instrumenten unter Verwendung einer Optik, die ins Gelenk eingeführt werden kann, verursacht nur kleinste Verletzungen der Haut und der Weichteile. Nach dem Eingriff treten kaum Beschwerden auf und vor allem der Rehabilitationsaufwand ist wesentlich geringer.

Dass Ärzte Endoprothesen auch zukünftig einsetzen müssen, hat noch eine andere Ursache, so Wanivenhaus: Heutige Medikamente können Entzündungen wirksam reduzieren. Das wiederum verringert die Schmerzen. „Radiologische Kontrollen, die früher Routine waren, nehmen Betroffene deshalb nur noch selten wahr“, schildert der Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie das Problem. Schwere Schäden an Knochen und Gelenken entstehen so häufig unbemerkt. In diesem späten Stadium bleibt eine Endoprothese die einzig mögliche Therapie.

Terminhinweis:

Samstag, 27. September 2008, 11.45 bis 12.00 Uhr

Plenarvortrag:

Resumee Orthopädische Rheumatologie

Vorsitz: Professor Dr. med. Axel Wanivenhaus, Wien

Hotel Maritim Berlin, Saal Berlin/B, Stauffenbergstraße 26, 10785 Berlin

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressekontakt DGRh

Anna Julia Voormann

Kongress-Pressestelle DGRh

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel. 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Internet: www.dgrh.de

Pressekontakt vor Ort auf dem Kongress:

(24. bis 26. September 2008)

Pressebüro: Hotel Maritim Berlin

Stauffenbergstr. 26, Berlin

Salon 11, 1. OG

Tel. 030 2065-1911

Fax: 030 2065-1815

Versorgungssituation von Rheumapatienten in Deutschland

Professor Dr. med. Ekkehard Genth

Generalsekretär der DGRh; Chefarzt der Rheumaklinik und des Rheumaforschungsinstituts Aachen

Anfang Juni 2008 hat die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie nach 1994 ihr zweites Memorandum zur Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland veröffentlicht. Das Memorandum zeigt für den internistisch-rheumatologischen Bereich wesentliche Verbesserungen in der Patientenversorgung auf, beschreibt aber auch Defizite und ungünstige Entwicklungen.

Das Memorandum hat die Zahlen zur Epidemiologie entzündlich-rheumatischer und anderer muskuloskelettaler Erkrankungen sowie zur individuellen und gesellschaftlichen Belastung durch diese Krankheiten aktualisiert. Circa 1,5 Millionen der Erwachsenen in Deutschland leiden an einer der verschiedenen Formen entzündlich-rheumatischer Krankheiten, meist an einer rheumatoiden Arthritis oder einer ankylosierenden Spondylitis; circa 15.000 Kinder sind betroffen. Die in Deutschland seit 1993 durchgeführte Kerndokumentation rheumatischer Erkrankungen hat gezeigt, dass moderne Therapiestandards wie zum Beispiel die medikamentöse Basistherapie der rheumatoiden Arthritis in den letzten Jahren vermehrt umgesetzt werden. Der Strukturwandel im Gesundheitssystem hat zu einer überwiegend ambulanten Versorgung von Rheumapatienten geführt. Durch die gewachsene Zahl rheumatologischer Praxen hat der Anteil fachärztlich mitversorgter Patienten zugenommen. Die frühe Diagnose und Therapie kommt insbesondere Patienten mit einer neu aufgetretenen rheumatoiden Arthritis zugute. Dennoch ist der im Memorandum errechnete Bedarf von 1350 Rheumatologen zur der fachärztlichen Mitbehandlung von Patienten mit derzeit circa 580 ambulant tätigen Spezialisten zu weniger als der Hälfte gedeckt. Es fehlt an einer bedarfsgerechten kassenärztlichen Zulassung für internistische Rheumatologen. Dies führt zu Unterversorgung insbesondere in ländlichen Regionen und zur Verlängerung der Wartezeiten. Im stationären Versorgungsbereich ist der Bedarf mit durchschnittlich circa 50 Betten pro einer Million Einwohner insgesamt unverändert gedeckt. Dagegen zeigt das Memorandum, gemessen an den schon früh auftretenden funktionalen Defiziten von Rheumakranken, eine deutliche Unterversorgung mit Maßnahmen zur Verbesserung der Teilhabe. Defizitär sind auch andere Versorgungsbereiche wie Physiotherapie, Ergotherapie und ambulante Patientenschulung sowie die Vernetzung der verschiedenen Versorgungsangebote im Rahmen einer kontinuierlichen, kompetenten und wohnortnahen Langzeitversorgung von chronisch Kranken.

Verstärkte Anstrengungen müssen vor allen Dingen im Bereich der rheumatologischen Aus-, Weiter- und Fortbildung für Ärzte aber auch der fachspezifischen Qualifizierung in den medizinischen Assistenzberufen unternommen werden. An den Universitäten ist die Rheumatologie in Lehre und Forschung nach wie vor unzureichend repräsentiert und droht sich zu verschlechtern. So finden sich nur an zwölf von 34 Medizinischen Fakultäten in Deutschland eigenständige rheumatologische Bereiche für Lehre, Forschung und Patientenversorgung.

Das Memorandum fügt seiner Analyse eine Vielzahl von konkreten Empfehlungen an die Gesundheitsversorgung, die Politik, die Kostenträger und die Universitäten hinzu mit dem Ziel, den Fortschritt der modernen Medizin in eine bedarfsgerechte Versorgung von Rheumapatienten umzusetzen.

Das vollständige Memorandum ist auf der DGRh-Homepage unter folgendem Link einzusehen: <http://www.dgrh.de/memorandum.html>.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2008

Status quo der Therapie: Neue Glucocorticoide am Horizont

Professor Dr. med. Frank Buttgereit

Mitglied des Kompetenznetzes Rheuma (KNR); Charité Universitätsmedizin Berlin – Campus Mitte, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie, Berlin

Glucocorticoide (GC) gehören auch heute noch – 60 Jahre nach ihrer Einführung in die klinische Medizin – zu den wirksamsten Modulatoren von Entzündungsprozessen und Immunfunktionen. Ohne ihren Einsatz wären viele rheumatische (und andere) Erkrankungen nicht effektiv zu therapieren. Ein charakteristisches Merkmal der GC ist die Vielzahl ihrer Wirkungen. Diese Wirkungen werden sowohl auf Zell-, als auch auf Gewebs-, Organ- und Organismusebene entfaltet, und sie sind zudem noch dosis- und zeitabhängig. Dadurch werden viele therapeutisch erwünschte Effekte erzielt. Leider können dadurch – insbesondere bei längerer Gabe von höheren Dosen – aber auch unerwünschte Wirkungen („Nebenwirkungen“) hervorgerufen werden. Zu den bekanntesten gehören die Cushing-Symptomatik, Gewichtszunahme, Nebenwirkungen an der Haut und am Auge sowie die Osteoporose. Durch verbesserte Therapieschemata, die Anwendung möglichst niedriger Dosen und durch gegensteuernde Maßnahmen (zum Beispiel zur Prävention beziehungsweise Behandlung der GC-induzierten Osteoporose) können diese Nebenwirkungen minimiert werden. Dennoch ist die Diskrepanz zwischen Wirksamkeit und potentiellem Nebenwirkungsrisiko eine treibende Kraft für die Entwicklung optimierter GC (beziehungsweise Rezeptorliganden). Beispiele für diese Entwicklungen sind liposomale Glucocorticoide, NO-Glucocorticoide, Selektive Glucocorticoid-Rezeptor-Agonisten (SEGRA) und das modified-release (MR) Prednison. Über die letztgenannte Entwicklung haben wir kürzlich in einer im *The Lancet* publizierten Arbeit berichtet (1). Der Ausgangspunkt für diese Studie war die Vermutung, dass die bei der Behandlung der rheumatoiden Arthritis (RA) bisher übliche Gabe von synthetischen Glucocorticoiden zwischen sechs und acht Uhr morgens nicht optimal (d. h. zu spät) ist, weil der nächtliche Anstieg von Botenstoffen der Entzündung (zum Beispiel Interleukin 6) zu diesem Zeitpunkt bereits zu Gelenkentzündung, Gelenkschwellung und subjektiven Symptomen wie Morgensteifigkeit geführt hat. Daher könnte es effektiver sein, den Anstieg der Entzündungsmediatoren schon in der Nacht zu verhindern und somit das Auftreten morgendlicher Symptome wie Morgensteifigkeit günstig zu beeinflussen. Auf der Grundlage dieser Überlegungen wurde eine Prednison-Tablette mit veränderter Wirkstoff-freisetzung (modified-release, MR) entwickelt. Diese Tablette wird gegen 22 Uhr eingenommen und setzt den Wirkstoff Prednison etwa vier Stunden später (also um circa zwei Uhr nachts) frei.

(1) Buttgereit F, Doering G, Schaeffler A, Witte S, Sierakowski S, Gromnica-Ihle E et al. Efficacy of modified-release versus standard prednisone to reduce morning stiffness of the joints in rheumatoid arthritis (CAPRA-1): a double blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2008; 371: 205-214

Die Wirksamkeit und die Sicherheit dieser neuartigen GC-Medikation wurden in einer kontrollierten klinischen Studie an 288 Patientinnen und Patienten mit aktiver RA untersucht. In den ersten drei Monaten der doppelblinden Behandlungsphase erhielt die eine Hälfte der Patienten die neue MR Prednisontablette, die andere Hälfte wurde mit Standard-Prednison behandelt. Im Ergebnis dieser Studie (CAPRA-1: Circadian Administration of Prednisone in RA) wurde festgestellt, dass die Dauer der Morgensteifigkeit der Gelenke bei denjenigen Patienten, die die neue MR-Tablette abends erhalten hatten, im Vergleich zum Ausgangswert deutlich verringert war (minus 22,7 Prozent), während sie bei den Patienten, die die Standardtablette wie üblich morgens erhielten, unverändert blieb (minus 0,4 Prozent). Der Unterschied zwischen den Gruppen war statistisch signifikant ($p=0,045$) (1). Dieser Effekt war bereits zwei Wochen nach Behandlungsbeginn erkennbar. Auch die Konzentration des Entzündungsmediators Interleukin-6 war in der MR-Prednison-Patientengruppe erniedrigt. Hinsichtlich der Verträglichkeit wurden keine Unterschiede zwischen der klassischen morgendlichen und der neuen abendlichen Gabe des Prednisons beziehungsweise MR-Prednisons gefunden, weder in der Art noch in der Häufigkeit der bekannten Nebenwirkungen (1). Auf diesem Kongress berichten wir über die positiven Studienergebnisse der 9-monatigen offenen Anschlussphase.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2008

(1) Buttgerit F, Doering G, Schaeffler A, Witte S, Sierakowski S, Gromnica-Ihle E et al. Efficacy of modified-release versus standard prednisone to reduce morning stiffness of the joints in rheumatoid arthritis (CAPRA-1): a double blind, randomised controlled trial. Lancet 2008; 371: 205-214

Fortschritte in Diagnostik und Therapie bei Kindern mit Rheuma am Beispiel der Fiebersyndrome

Professor Dr. med. Günther Dannecker

Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Olgahospital, Stuttgart

Unter dem historischen Begriff der periodischen Fiebersyndrome werden Erkrankungen zusammengefasst, in deren Verlauf es bei sonst gesunden Patienten zu immer wiederkehrenden fieberhaften Phasen mit einer gleichen oder ähnlichen Charakteristik kommt. Neben dem Fieber treten auch andere Symptome wie schmerzhaftes Gelenkentzündungen, Bauch- oder Rippfellentzündungen oder Hautausschläge auf. Die fieberhaften Episoden kommen je nach Erkrankung in unterschiedlichen Abständen vor. Während der Episoden sind die Patienten schwer beeinträchtigt und teilweise kommt es durch die langanhaltende entzündliche Aktivität im Verlauf zu schweren Nierenschäden.

Bei diesen Erkrankungen kann es zu einer unkontrollierten überschießenden Antwort des angeborenen Immunsystems kommen im Gegensatz zu den Autoimmunerkrankungen, bei denen Mechanismen der erworbenen Immunantwort eine zentrale Rolle spielen. Deswegen werden die periodischen Fiebersyndrome auch autoinflammatorische Syndrome genannt. Einige dieser Erkrankungen sind schon länger bekannt, aber erst in den letzten Jahren wurden teilweise ihre molekulargenetischen Ursachen entschlüsselt.

Diese neuen Erkenntnisse waren nicht nur von entscheidendem Einfluss für das Verständnis der Pathogenese dieser Erkrankungen, sondern sie erweiterten auch das Wissen von den pathogenetischen Vorgängen bei fieberhaften oder entzündlichen Erkrankungen allgemein sehr wesentlich. Darüber hinaus wurde eine exaktere Klassifikation ermöglicht und natürlich eröffneten sich wesentlich neue und sehr wirksame therapeutische Konzepte.

Die periodischen Fiebersyndrome sind insgesamt selten. Es wird aber geschätzt, dass von einer Unterform, dem sogenannten familiären Mittelmeerfieber, in Deutschland zwischen 4000 und 8000 Menschen betroffen sind, dabei handelt es sich fast ausschließlich um türkische Patienten. Die prophylaktische Behandlung des Mittelmeerfiebers mit Colchicin, das aus der Pflanze Herbstzeitlose (*Colchicum autumnale*) gewonnen wird, stellt eine sehr erfolgreiche Massnahme dar, spätere Nierenschäden zu vermeiden.

Andere periodische Fiebersyndrome sind das „Tumor-Nekrose-Faktor-Rezeptor-assoziierte periodische Syndrom“ (TRAPS) oder das sogenannte „Muckle-Wells-Syndrom“, das zu der Gruppe der „cold induced autoinflammatory syndrome“ (CIAS) gehört. Für diese beiden und auch das Hyper-Ig-D-Syndrom (HIDS) sind die genetischen Ursachen definiert, während für

das „periodische Fieber, aphthöse Stomatitis, Pharyngitis und Adenopathie-Syndrom“ (PFAPA) diese noch unbekannt ist.

Die Erkenntnisse über die Pathogenese dieser Erkrankungen haben es möglich gemacht, dass diese teilweise mit neuen Medikamenten sehr effektiv behandelt werden können. Diese Medikamente blockieren die von Entzündungszellen ausgeschiedenen Botenstoffe und blockieren deswegen die Entzündung spezifisch. Diese Zytokokinblocker stellen nicht nur bei den periodischen Fiebersyndromen eine wesentliche Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten dar.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2008

Krankheitsfolgen und Rehabilitation

Professor Dr. med. Wilfried Mau

Sprecher der Kommission Rehabilitation und Sozialmedizin der DGRh, Direktor des Instituts für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Für zahlreiche Rheumakranke, ihr unmittelbares soziales Umfeld und die Gesellschaft ergeben sich vielfältige Krankheitsauswirkungen. Im Vordergrund des Krankheitserlebens stehen Schmerzen, Behinderungen im Alltag und Einschränkungen der Teilhabe am sozialen Leben. Hinzu kommen weitreichende ökonomische Folgen. Ein Viertel der Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis leidet an starken Schmerzen. Aus Schmerzen und Funktionsstörungen resultieren bei der Hälfte der Kranken mittelgradige und bei einem Viertel schwere Behinderungen im Alltag. Bei den über 70-Jährigen ist sogar die Hälfte der Frauen und knapp ein Drittel der Männer im Alltag schwer behindert. Mit regelmäßigem Hilfebedarf ist bei vier von zehn Patienten zu rechnen, mit Pflegebedürftigkeit bei 14 Prozent. Besonders gravierend ist eine verkürzte Lebenserwartung schwer Erkrankter, zum Beispiel sterben Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis, die im Alter von 50 Jahren erkranken, durchschnittlich fünf bis acht Jahre früher. Die wichtigsten Todesursachen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die durch hohe rheumatische Entzündungsaktivität mitbedingt sind. Deshalb führt eine konsequente und intensive Therapie zu einer Verminderung des Sterblichkeitsrisikos.

Behinderungen im Alltag zeigen deutliche Auswirkungen auf die Teilhabe am Berufsleben. Bei den noch Erwerbstätigen ist bei einem Drittel mindestens einmal pro Jahr mit Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. 20 Prozent der Kranken werden bereits innerhalb der ersten drei Krankheitsjahre vorzeitig berentet. Verglichen mit der Bevölkerung ist die Erwerbstätigkeit bei verschiedenen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen nach mehr als zehn Jahren um 10 bis 40 Prozent vermindert. Besonders ungünstig sind die Beschäftigungschancen für Rheumakranke, die einen niedrigen Bildungsstand aufweisen und/oder in den neuen Bundesländern wohnen. Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentung verursachen durchschnittliche jährliche Kosten von 8 000 bis 11 000 Euro je nach Erkrankung. Hinzu kommen mittlere Behandlungskosten von 3 100 Euro (Psoriasisarthritis) bis 4 700 Euro (rheumatoide Arthritis) pro Jahr. Bei schlechtem Funktionsstatus sind die Kosten drei- bis vierfach höher als bei guter Funktion. Damit wird die Notwendigkeit eines möglichst guten Funktionserhalts auch aus ökonomischer Perspektive unterstrichen.

Trotz deutlicher Fortschritte bei der medikamentösen Therapie sind rehabilitative Maßnahmen bei vielen Rheumakranken wichtig, um Behinderung und Erwerbsunfähigkeit zu vermeiden bzw. zu vermindern. Allerdings nehmen mindestens 30 bis 55 Prozent aller und

ein Drittel der schwer funktionseingeschränkten Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis niemals Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wahr. Wichtige Hinderungsgründe sind mangelnde Information, bürokratische und finanzielle Hürden, Antragsablehnungen der Leistungsträger sowie häusliche und arbeitsplatzbedingte Bindungen der Patienten. Diese geringe Reha-Inanspruchnahme wird vor allem wegen erheblicher Verordnungsbeschränkungen nicht kompensiert durch ambulante Physiotherapie, Ergotherapie, Patientenschulungen oder psychologische Hilfen: Ein Drittel aller und ein Viertel der schwer funktionseingeschränkten Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis erhalten innerhalb eines Jahres keine dieser Interventionen. Aus den Versorgungsdefiziten folgen vielfach vermeidbare gesundheitliche und psychosoziale Beeinträchtigungen der Rheumakranken sowie hohe Kosten für die Solidargemeinschaft.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2008

Quo vadis Rheumaorthopädie

Professor Dr. med. Hugo Axel Wanivenhaus

Tagungspräsident der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO);

Stellvertretender Leiter der Universitätsklinik für Orthopädie, Medizinische Universität Wien (MUW), Wien

Die Orthopädie und hier vor allem die orthopädische Chirurgie, als Teil im Gesamtkonzept der Behandlung des Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen steht vor einer Neuorientierung im Behandlungskonzept dieser Patientengruppe.

Die Erfolge der medikamentösen Therapien führen zur Notwendigkeit des Überdenkens üblicher rheumachirurgischer Maßnahmen, da gerade die effiziente Reduktion der Synovialitis die Synovektomie als klassische Methode infrage stellt. Andererseits ist das Risikoprofil moderner medikamentöser Therapien doch so beträchtlich, dass ein gewissenhafter und wohlkalkulierter Einsatz erfolgen sollte.

- Der frühe Gewebsgewinn, der eine Analyse ermöglicht, kann hilfreich sein und zeigt bereits auf, dass diagnostisch frühe Synovialektomien zur Diagnosesicherung vor medikamentösem Therapiebeginn erfolgen sollten. Diese Eingriffe können in der Regel minimal invasiv durch Arthroskopie gestaltet werden und weisen daher eine hohe Patienten- und Kollegencompliance auf.
- Daneben sollte jede unter medikamentöser Therapie persistierende Synovialitis unmittelbar operativ behandelt werden, Abwarten von Therapieeffekten über Monate erscheint nicht mehr sinnvoll.
- Die Effizienz der Schwellungsreduktion, verbunden mit Schmerzfreiheit, lassen zunehmend entsprechende, früher Routine seiende, radiologische Kontrollen vermissen, so dass schwere knöcherne Destruktionen entstehen können. Diese erfordern klassisch rekonstruktive Eingriffe, die dem heutigen Standard entsprechend eine möglichst vollständige funktionelle Wiederherstellung bieten sollten, so dass vor allem die Endoprothetik nicht nur an den großen Gelenken zum Einsatz kommen muss beziehungsweise zumindest funktionell stabilisierende biologische Eingriffe stattfinden sollten.

Die entsprechende Risikoeinschätzung vor allem im Hinblick auf die medikamentösen Therapien, die Infekt und Wundheilungsrisiko bedeuten können, erfordert daher nach wie vor einen Rheumaorthopäden, der die Gesamtheit des Patienten unabhängig vom Einzelgelenk zu beurteilen und behandeln in der Lage ist. Voraussetzung der optimalen Patientenbetreuung ist und bleibt allerdings die Kooperation aller beteiligten Berufsgruppen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2008

Eckpunkte

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. veröffentlichte 1994 ein erstes Memorandum über „Grundzüge einer wohnortnahen kontinuierlichen und kooperativen Versorgung von chronisch Rheumakranken in der Bundesrepublik Deutschland“.¹ Umfassende Änderungen in der Versorgungslandschaft sowie bessere Kenntnisse zur Epidemiologie machten eine Überarbeitung des Berichtes erforderlich. Dazu setzte die DGRh 2005 eine multidisziplinär und multiinstitutionell zusammengesetzte Kommission ein, deren Ergebnisse nun vorliegen. Datengrundlage sind alle verfügbaren Studien mit Evidenz.

Wie 1994 konzentriert sich das Memorandum auf die internistisch-rheumatologische Versorgung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen. Es bezieht jetzt – im Gegensatz zu 1994 - auch akute rheumatische Erkrankungen mit ein. Eine Situationserhebung für den Bereich der orthopädischen Rheumatologie ist nicht erfolgt.

Das zweite Memorandum ist eine zentrale Referenzquelle über die Aufgaben und die aktuelle wie zukünftige Versorgung akut und chronisch Rheumakrankter in Deutschland. Das letzte konsolidierte Zahlenwerk erschien 1997 als Rheumabericht der Bundesregierung.

Wichtige Ergebnisse und Daten

Seit Veröffentlichung des Memorandums von 1994 hat sich die Epidemiologie der rheumatischen Erkrankungen nicht wesentlich verändert – die Häufigkeit der Erkrankung ist anhaltend hoch und betrifft den weiblichen Teil stärker als den männlichen.

Bei der Versorgung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen gibt es deutlich positive Entwicklungen: Die Betroffenen erreichen früher einen Rheumatologen als noch vor 14 Jahren (1,1 Jahre vs. 2 Jahre bei Patienten mit rheumatoider Arthritis), Fortschritte in Diagnostik und Therapie werden zunehmend genutzt und kommen auch beim Patienten an. So kommen mittlerweile 50 Prozent der Patienten mit rheumatoider Arthritis bei adäquater und konsequenter rheumatologischer Behandlung in Remission.

Die rheumatologische Versorgung hat sich heute als überwiegend ambulantes Fach etabliert.

Dem gegenüber steht die zu geringe Zahl an Rheumatologen in Deutschland, wie sie auch im Memorandum 1994 von der Kommission verzeichnet wurde. Handlungsbedarf besteht zudem in einer besseren strukturellen Vernetzung aller „Sektoren“ bei der Langzeitversorgung der Patienten. Koordination und Kooperation aller Elemente stehen im Mittelpunkt bei der Behandlung chronisch Kranker. Rehabilitation, Krankengymnastik, Ergotherapie und Patientenschulung sind Maßnahmen, die nicht dem Bedarf entsprechend genutzt werden und flächendeckend zu kurz kommen.

Nachfolgend finden Sie Daten zur Epidemiologie der einzelnen Krankheitsbilder sowie Anhaltszahlen zum Versorgungsbedarf vs. den aktuellen Stand.

¹ Zeitschrift für Rheumatologie 1994; 53: 113-134

Betroffene in Deutschland

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen insgesamt:	1.500.000
davon	
- Rheumatoide Arthritis (RA)	440.000
- ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)	340.000
- sonstige Spondyloarthritiden	272.000
- Kristallarthropathien	200.000
- Psoriasisarthritis	136.000
- Kollagenosen und Vaskulitiden	68.000
Juvenile idiopathische Arthritis („Kinderrheuma“)	15.000

Anhaltzahlen zur Versorgung

2008	1994
Bedarf an internistischen Rheumatologen: ² 2 je 100.000 erwachsene Einwohner = 1.350 aktuell tätige internistische Rheumatologen ³ : 0,86 je 100.000 erwachsene Einwohner = 579 (regional starke Unterschiede)	damals ermittelter Bedarf an Rheumatologen: 1 je 100.000 erwachsener Einwohner damals praktizierende Rheumatologen: 1 je 500.000 erwachsener Einwohner = 281

Die Kommission von 1994 kam zu einem ähnlichen Bedarfs-Ergebnis. Allerdings schien die Differenz zwischen dem damaligen Ist (1:500.000) und dem errechneten Soll (1:45.000) so erheblich, dass sich die Kommission auf mittlerer Linie (1:100.000) verständigte. Dieser „realpolitische Abschlag“ ist heute nicht mehr zu vertreten.

Bedarf an Kinderrheumatologen: 1 je 100.000 ambulant zu betreuende Kinder und Jugendliche = 125 aktuell zertifizierte Kinderrheumatologen: 69	keine Daten
Bedarf an stationären Behandlungsplätzen: 48 Betten je 1 Mio. Einwohner = 3.270 Betten Bedarf gedeckt mit Ausnahme Sachsen, Niedersachsen, Saarland, Hamburg	damals ermittelter Bedarf: 50 Betten je 1 Mio. Einwohner
Bedarf medizinische Rehabilitation: 30.000 p.a. für RA-Patienten Bedarf für RA-Patienten nur zu 1/6 gedeckt ⁴	keine Daten zu Bedarf

Das vollständige Memorandum finden Sie auf der DGRh-Homepage unter folgendem Link:
<http://www.dgrh.de/memorandum.html>.

² errechnet anhand Zeitaufwands-/Zeitbudgetschätzung

³ Arztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Stand 31.12.2006

⁴ Rund 4.200 Maßnahmen durch die Deutsche Rentenversicherung Bund (Reha-Statistik-Datenbasis 2005), rund 800 Maßnahmen durch die AOK (Krankenkassenstatistik 2005 AOK Bundesverband) als größte gesetzliche Krankenkasse

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Ekkehard Genth
Generalsekretär der DGRh;
Chefarzt der Rheumaklinik und Rheumaforschungsinstituts Aachen



*1942

Beruflicher Werdegang:

- 1962–1965 Medizinstudium an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
- 1966 Wechsel zur Philipps-Universität Marburg
- 1967–1969 Wechsel zur Eberhard-Karls-Universität Tübingen
- 1969 Ärztliches Staatsexamen
- 1973 Promotion Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen mit dem Thema:
„Untersuchungen zur immunologischen Charakterisierung der chronisch-
atrophischen Gastritis und der perniziösen Anämie“ mit dem Gesamturteil
„ausgezeichnet“
- 1969 Medizinalassistent (9 Monate) an der Medizinischen Universitätsklinik
Tübingen (Professor Dr. med. Dr. h.c. H.E. Bock) und 6 Monate an der
Chirurgischen Abteilung des St. Werner-Krankenhauses in Oberwesel
(Chefarzt Dr. med. O. Blees)
- Mai 1970 Approbation als Arzt
- 1970–1971 wissenschaftlicher Assistent am Pathologischen Institut der Universität
Tübingen (Professor Dr. med. A. Bohle)
- seit 1971 Assistenzarzt an der Rheumaklinik Aachen
- 1975–1982 Leiter der Rheumaforschung und des Zentrallabors
- 1982–1984 tätig an der Inneren Abteilung des Marienhospitals Aachen (Prof. Dr. med.
G. Cohnen).
- 1984–1990 erneut Leiter der Rheumaforschung und des Zentrallabors
- 1984 Anerkennung als Arzt für Innere Medizin
- Mai 1986 Anerkennung der Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie
- April 1987 Habilitation an der Medizinischen Fakultät der Rheinisch-Westfälischen
Technischen Hochschule Aachen für das Fach Innere Medizin, Teilgebiet
Rheumatologie.
- 1984–1990 1. Oberarzt mit Vertretung des leitenden Arztes. Leiter des Zentrallabors
und der Rheumaforschung der Rheumaklinik Aachen

- seit 1990 Leitender Arzt der Rheumaklinik und des Rheumaforschungsinstitutes
Aachen
- November 1993 Verleihung der Bezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ durch den
Rektor der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen

Wissenschaftliche Arbeitsgebiete:

Klinische Rheumatologie, klinische Immunologie und Immungenetik entzündlich-rheumatischer Erkrankungen. Auf dem Gebiet der Arzneimittel-induzierten Autoimmunerkrankungen im rheumatologischen Bereich wurden neue pathogenetische Vorstellungen erarbeitet, die für das Verständnis spontaner systemischer Autoimmunkrankheiten von Bedeutung sind. Klinische, immunologische und immungenetische Charakterisierung von Patienten mit nichtorganspezifischen Autoantikörpern.

Auszeichnungen:

- Rudolf-Schoen-Preis der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (1987) für die Arbeit „Klinische, serologische und genetische Charakterisierung von Patienten mit Antikörpern gegen U1-Ribonukleoprotein“.
- Rheo-Fortschrittspreis der Deutschen Rheumaliga (2007)

Ehrenamtliche Aktivitäten:

- 1999–2000 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh).
- 1997–2007 Vorsitzender des Regionalen Kooperativen Rheumazentrums Aachen-Köln-Bonn.
- Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie
- Sprecher der Kommission Qualitätssicherung der DGRh.
- Sprecher der Programmkommission der Rheumatologischen Fortbildungsakademie der DGRh.
- Mitglied im Koordinationsausschuss des Kompetenznetzes Rheuma.
- Mitglied im Vorstand des Kompetenznetzes für systemische Sklerodermie.
- Ehrenmitglied der Brasilianischen Gesellschaft für Rheumatologie.
- Mitglied des Arbeitskreises für Autoimmundiagnostik
- Mitherausgeber der „Zeitschrift für Rheumatologie“.
- Korrespondierender Herausgeber der Zeitschrift „Aktuelle Rheumatologie“

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Frank Buttgereit
Mitglied des Kompetenznetzes Rheuma (KNR); Charité Universitätsmedizin
Berlin – Campus Mitte, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie
und Klinische Immunologie, Berlin



* 1962

Beruflicher Werdegang:

- 1980–1982 Vorpraktikant in der Chirurgischen Klinik des Bezirkskrankenhauses
Brandenburg
- 1982–1988 Studium der Humanmedizin an der Humboldt-Universität Berlin;
Staatsexamen mit dem Prädikat „Sehr gut“
- 1987 Erfolgreiche Verteidigung der Diplomarbeit, Prädikat: „Ausgezeichnet“
- 1987–1988 Pflichtassistentz/Praktisches Jahr
- 1988 Approbation als Arzt
- 1988 Promotion zum Dr. med. Prädikat: „Summa cum laude“
Thema: „Quantitative Erfassung ATP-bildender und ATP-verbrauchender
Prozesse bei Ehrlich-Aszites-Tumorzellen“ (Institut für Biochemie der
Humboldt-Universität – Charité)
- 1988–1990 Grundwehrdienst als Truppenarzt
- 1990–1996 Assistenzarzt in Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin an der Klinik
beziehungsweise an dem Zentrum für Innere Medizin der Humboldt-
Universität zu Berlin (Charité)
- 1990–1991 Stipendiat des Boehringer Ingelheim Fonds und des DAAD mit
Forschungsaufenthalt an der University of Cambridge im Department of
Biochemistry (Dr. M.D. Brand)
- seit 1992 Förderung durch das ARC-Programm zum projektbezogenen
Wissenschaftler-Austausch mit Großbritannien (British-German Academic
Research Collaboration – ARC)
- 1992 First Cambridge Certificate in English (Grade A)
- 1992–1995 regelmäßige mehrmonatige ARC-Forschungsaufenthalte in Cambridge,
U.K., im Rahmen des ACR-Programms und in Groningen, Niederlande
- 1996 Anerkennung der Gebietsbezeichnung „Innere Medizin“

- 1997 Habilitation zur Erlangung der Lehrbefähigung für das Fach Innere Medizin zum Thema „Mechanismen und klinische Relevanz der nichtgenomischen Glucocorticoidwirkungen“ an der Medizinischen Fakultät (Charité) der Humboldt-Universität zu Berlin
- 1997 Berufung zum Wissenschaftlichen Oberassistenten (C2-Dozentur)
Verleihung der Lehrbefugnis (Priv.-Doz.)
Ernennung zum Lehrbeauftragten für Innere Medizin (Zahnmedizin)
Ernennung zum Oberarzt
- 1998 Anerkennung der Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“
- 2000 Wahl zum Prüfer für die Facharztprüfung Innere Medizin (Ärztekammer Berlin)
- 2000 Secundo loco im Berufungsverfahren C3-Professur für Rheumatologie und Arthroseforschung der Freien Universität Berlin
- 2001 Ernennung zum Leitenden Oberarzt
- 2002 Verleihung der Würde eines außerplanmäßigen Professors
- 2005 Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“
- 2005 Zertifizierung Osteologe (DVO)
- seit 2007 stellvertretender Klinikdirektor

Arbeitsgebiete:

Klinische und experimentelle Rheumatologie, klinische Immunologie, Osteologie, Bioenergetik immunologischer Prozesse, Glucocorticoidforschung

Wissenschaftliche Auszeichnungen:

- 1987 Auszeichnung mit dem Humboldt-Preis für die besten Dissertationen des Jahres
- 1990 Auszeichnung mit einem Forschungsstipendium des Boehringer Ingelheim Fonds
- 1992–1994 Auszeichnung mit einem Forschungsstipendium des DAAD
- 1996 Verleihung eines Stipendiums zur wissenschaftlichen Aus- und Fortbildung im Ausland durch den DAAD im Rahmen des Sonderprogramms Rheumatologie
- 2001 Reisestipendium der Rudolf-Schoen-Stiftung
- 2002 Verleihung des Bruno-Schuler-Preises
- 2005 Josephine Delesse Stipendium der DAdorW (Deutsche Akademie der Osteologischen und Rheumatologischen Wissenschaften)
- 2006 Short Term Visiting Fellowship der University of Sydney

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Günther Dannecker
Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Olgahospital,
Stuttgart

*1952



Beruflicher Werdegang:

- 1971–1978 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität
Tübingen
- 1978 Approbation als Arzt
- 1979–1980 Zivildienst an der Universitäts-Kinderklinik Tübingen im Ärztlichen Dienst.
Einsatz in der Abteilung Hämatologie/Onkologie
- 1980 Promotion mit dem Thema: „Tierexperimentelle Untersuchungen zur
Pathogenese der Schocklunge. Korrelation morphologischer und
laborchemischer Parameter. Aus der Abteilung Innere Medizin II der
Medizinischen Klinik der Universität Tübingen
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. H. D. Waller
- 1980–1982 Wissenschaftlicher Angestellter in DFG-Projekt: „Antitumorwirkung von
Fibroblasten-Interferon“, Universitäts-Kinderklinik Tübingen, Abteilung
Hämatologie/Onkologie
- 1982–1985 Ausbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde, Universitäts-Kinderklinik
Tübingen
- 1985 Facharztanerkennung
- 1985–1988 Oberarzt Abteilung Neonatologie, Universitäts-Kinderklinik Tübingen
- 1988–1991 Forschungsaufenthalt in den USA am Memorial-Sloan-Kettering-Institute,
New York und New York Medical School, Valhalla
Labordirektor: Professor Dr. M. K. Hoffmann
- 1991–1992 Stipendium der Kind-Philipp-Stiftung. „Untersuchung von
antigenspezifischen Toleranzmechanismen in vivo“, Universitäts-Kinderklinik
Tübingen
- 1991–2002 Aufbau und Leitung des Immunologischen Forschungslabors, Universitäts-
Kinderklinik Tübingen

- 1992 Habilitation mit dem Thema: „Immunantwort und Toleranz: Untersuchungen in Superantigen-Systemen“
Habilitationsschrift zur Erlangung der Venia legendi. Aus der Abteilung I der Universitäts-Kinderklinik Tübingen.
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. D. Niethammer
- 1992–2002 Aufbau Rheuma-Ambulanz, eigenverantwortliche Leitung
- 1992–1994 Akademischer Oberrat/wissenschaftlicher Angestellter, Abteilung I, Universitäts-Kinderklinik Tübingen
- 1994–2002 Dienstuender Oberarzt Abteilung I, Universitäts-Kinderklinik Tübingen.
Betreuung einer intensivmedizinisch orientierten (bis 10/98) allgemein-pädiatrischen Station und Beteiligung an der allgemein-pädiatrischen Oberarzt-Rufbereitschaft
- 1997–2002 Wissenschaftlicher Sekretär und Mitglied des Vorstandes des Sonderforschungsbereiches (SFB) 510 „Stammzellbiologie und Antigenpräsentierung“
- 1998–2002 Beteiligung Rufbereitschaftsdienst für die Allgemeinpädiatrische-Kinderchirurgische Intensivstation
- Juli 1999 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
- seit 2002 Ärztlicher Direktor, Klinikum Stuttgart, Olgahospital, Pädiatrie 1
Allgemeine Pädiatrie, Rheumatologie, Neurologie, Gastroenterologie, Pulmologie

Sonstige Aufgaben:

- 1997 Organisation “From basic immunology to pediatric rheumatology: closing the cleft?”, 13. bis 14. Oktober 1997; Gastschloss Haigerloch; Tübingen
- 1998–2004 Gewähltes Mitglied der Studienkommission der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Rheumatologie
- 1999–2005 Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie
- 2000 Organisation „Gemeinsame Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaften für Pädiatrische Immunologie und Kinder- und Jugendrheumatologie“, 4. bis 7. Mai 2000, Gastschloss Haigerloch, Tübingen
- 2007 Pädiatrische Rheumatologie, Springer Verlag 2007, Hrsg. Wagner/Dannecker

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Wilfried Mau

Sprecher der Kommission Rehabilitation und Sozialmedizin der DGRh,
Direktor des Instituts für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

*1956



Beruflicher Werdegang:

1976–1983	Medizinstudium an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und an der University of Glasgow/Großbritannien
1983	Promotion an der MHH
1983–2002	Arzt in der Abteilung Rheumatologie im Zentrum Innere Medizin der MHH
seit 1991	Oberarzt
1996	Habilitation
seit 1998	Sprecher des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Niedersachsen/Bremen
2002	Ernennung zum a.pl. Professor und Erteilung des Rufs auf die C3-Professur für Rehabilitationswissenschaften an der MHH
seit 2003	Universitätsprofessor und Direktor des Instituts für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Auswahl weiterer Funktionen:

- Sprecher der Kommission Rehabilitation und Sozialmedizin und Mitglied der Kommission Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie
- Mitglied der Koordinationsgruppe des Rheumazentrums Halle (Saale)
- Sprecher des Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt/Thüringen
- Vorstandsmitglied und Sprecher der Kommission „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften
- Beiratsmitglied und Leiter der Initiativgruppe Versorgungsforschung der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
- Mitglied der Expertenkommission zur Erstellung der Nationalen Versorgungsleitlinien Kreuzschmerz

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Hugo Axel Wanivenhaus
Tagungspräsident der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO);
Stellvertretender Leiter der Universitätsklinik für Orthopädie, Medizinische
Universität Wien (MUW), Wien



*1953

Beruflicher Werdegang:

1978	Schulabschluss und Studium der Medizin in Wien mit Promotion
1984	Ausbildung zum Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie im KH St. Pölten und Universitäts-Klinik für Orthopädie in Wien
1989	Habilitation
1994	Ernennung zum A.o. Universitätsprofessor
1994	Additivfacharzt für Rheumatologie
zur Zeit	erster Oberarzt und stellvertretender Vorstand der Universitätsklinik für Orthopädie in Wien

Preise und Stipendien:

1987	Bundesstaatspreis für Forschung auf dem Gebiet der Rheumatologie
1991	ASG Travelling Fellowship
1991	Bundesstaatspreis für Forschung auf dem Gebiet der Rheumatologie
1996	Posterpreis European Orthopaedic Research Society

Arbeitsschwerpunkte:

- Rheumaorthopädie
- Endoprothetik
- Handchirurgie
- Fußchirurgie
- Operative Therapie der hämophilen Arthropathie

Diverses:

- seit 1985 leitender Orthopäde der Rheumatherapieferien für Kinder
(Jugendrotkreuz, Universitäts-Klinik für Orthopädie, Preyersches Kinderspital)
- Editorial board „Foot & Ankle Surg“
- Editorial board „Top Medizin“

Präsidentschaften:

1998–2006	Vizepräsident der ARO
seit 2007	im Vorstand der ARO
2003–2005	Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Fußchirurgie
2006–2008	Vizepräsident der Österreichischen Gesellschaft für Fußchirurgie
seit 2002	im Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie

Auslandsaufenthalte:

Schweiz, USA, Deutschland und England 7 Monate im Zeitraum von 1979 bis 1991

Mitgliedschaften in nationalen und internationalen Fachgesellschaften:

- Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
- Österreichische Gesellschaft für Fußchirurgie
- DGOT – Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie
- Gesellschaft der Ärzte in Wien
- ARO – Assoziation für Orthopädische Rheumaorthopädie
- EFAS – European Foot & Ankle Society
- SICOT – Société International de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie



Bestellformular Fotos:

Eröffnungs-Pressekonferenz anlässlich des 36. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) gemeinsam mit der 22. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO)

Mittwoch, 24. September 2008, 12.00 bis 13.00 Uhr
Hotel Maritim Berlin, Stauffenbergstraße 26, 10785 Berlin

Bitte schicken Sie mir folgendes Foto per E-Mail:

- Professor Dr. med. Ekkehard Genth
- Professor Dr. med. Frank Buttgerit
- Professor Dr. med. Günther Dannecker
- Professor Dr. med. Wilfried Mau
- Professor Dr. med. Hugo Axel Wanivenhaus

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

Bitte an 0711 8931–566/167 zurückfaxen.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressekontakt DGRh

Anna Julia Voormann
Kongress-Pressestelle DGRh
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel. 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org
Internet: www.dgrh.de

Pressekontakt vor Ort auf dem Kongress:
(24. bis 26. September 2008)

Pressebüro:

Hotel Maritim Berlin, Stauffenbergstraße 26, Berlin
Salon 11, 1. OG
Tel. 030 2065-1911
Fax: 030 2065-1815



TERMINHINWEIS

Kongress-Pressekonferenz anlässlich des 36. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) gemeinsam mit der 22. Jahrestagung der Assoziation für Orthopädische Rheumatologie (ARO)

Donnerstag, 25. September 2008, 11.00 bis 12.00 Uhr
Hotel Maritim Berlin, Salon 4, Stauffenbergstraße 26, Berlin

Referenten und Themen:

Moderne Rheumaforschung: Vom Helfen zum Heilen?

Professor Dr. rer. nat. Andreas Radbruch
Kongresspräsident und Präsident der DGRh, Wissenschaftlicher Direktor Deutsches
Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ), Berlin

Biomarker als „Frühwarnsystem“: Die Krankheit erkennen bevor sie ausbricht?

Professor Dr. med. Gerd-Rüdiger Burmester
Mitglied des Beirates der DGRh, Ärztlicher Leiter der Medizinischen Klinik mit Schwer-
punkt Rheumatologie und Klinische Immunologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Spielt das Alter des Immunsystems bei der Entstehung von Rheuma eine Rolle?

Professor Dr. med. Jörg Goronzy
Professor für Medizin und Co-Direktor des Lowance Center for Human Immunology
Emory University, Atlanta

Zielgenau: Wie schalten Zelltherapien die entzündlichen Prozesse von Rheuma aus?

Professor Dr. med. Roland Martin
Universitätsklinikum Hamburg, Zentrum für Molekulare Neurobiologie
Institut für Neuroimmunologie und Klinische Multiple Skleroseforschung, Hamburg

Wie steuern Botenstoffe aus dem Fettgewebe Rheuma?

Professor Dr. med. Ulf Müller-Ladner
Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Kompetenznetz Rheuma (KNR), Ärztlicher Direktor
Abteilung Rheumatologie und klinische Immunologie der Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim

Rheuma und Lebensstil: Was ist angeboren, was erworben?

Professor Dr. rer. pol. Angela Zink
Mitglied des Beirates der DGRh, Deutsches Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ),
FB Epidemiologie, Berlin

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressekontakt DGRh

Anna Julia Voormann
Kongress-Pressestelle DGRh
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel. 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org
Internet: www.dgrh.de

Pressekontakt vor Ort auf dem Kongress:

(24. bis 26. September 2008)

Pressebüro:

Hotel Maritim Berlin, Stauffenbergstraße 26, Berlin
Salon 11, 1. OG
Tel. 030 2065-1911
Fax: 030 2065-1815