



Online-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologi@Kongresses 2020 – virtuell (9. bis 12. September)

Termin: Mittwoch, 9. September, 14.30 bis 15.30 Uhr

Link zur Anmeldung: <https://us02web.zoom.us/j/89797230696>

Aktuelles aus der Wissenschaft

Themen und Referenten:

Autoimmunität – Freund und Feind des Rheumapatienten

Professor Dr. med. Hendrik Schulze-Koops, Präsident der DGRh und Kongresspräsident des Deutschen Rheumatologiekongresses 2020, Leitung der Rheumaeinheit des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München

Gelenkerhaltende und gelenkersetzende Strategien in Zeiten von Biologika – was hat sich geändert?

Dr. med. Martin Arbogast, Kongresspräsident seitens der DGORh, Leiter des Zentrums für Rheumatologie, Orthopädie und Schmerztherapie, Chefarzt der Abteilung für Rheumaorthopädie und Handchirurgie, Waldburg-Zeil Kliniken, Klinik Oberammergau

Rheuma und die Psyche – Abgeschlagenheit trotz guter Therapie

Professor Dr. med. Stefan Schewe, Rheumazentrum München, Rheumapraxen in München und Vaterstetten/Baldham, Bundesvorstand der Deutschen Rheuma-Liga

Rheuma im digitalen Zeitalter – Was können Videosprechstunden leisten

Dr. med. Martin Welcker, Ärztliche Leitung, MVZ für Rheumatologie Dr. M. Welcker GmbH, Planegg (bei München)

Rheuma und SARS-CoV-2 – Empfehlungen für Rheumapatienten

Professor Dr. med. Christof Specker, Sprecher der Ad-hoc Kommission COVID-19-Register der DGRh, Direktor der Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie an den Evangelischen Kliniken Essen-Mitte

Moderation: Janina Wetzstein, Pressestelle der DGRh

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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



48. Kongress der DGRh, 34. Jahrestagung der DGORh, 9. bis 12. September 2020, VIRTUELL

P R E S S E M I T T E I L U N G

Paradigmenwechsel in der Rheumatologie

Autoimmunität als normaler Vorgang – Checkpoints als Schutz

Berlin, 9. September 2020 – Zwischen Freund und Feind schien im Immunsystem lange Zeit eine scharfe Grenze zu liegen: Über Jahrzehnte galt als gesichert, dass Immunzellen, die gegen körpereigene Strukturen gerichtet sind, in einem Reifungsprozess konsequent aussortiert werden. Erst in den vergangenen Jahren hat sich gezeigt, dass hinter dem Immunsystem komplexere Prozesse stecken als lange gedacht: Autoantikörper und autoreaktive Immunzellen gehören vielmehr zur normalen immunologischen Grundausstattung. Warum sie nicht viel häufiger zu Autoimmunerkrankungen führen, welche biologischen Mechanismen sie in Schach halten und wie diese sich nutzen lassen, um entzündlich-rheumatische und andere Autoimmunerkrankungen zu behandeln, diskutieren Experten auf dem virtuellen Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) und der heutigen digitalen Pressekonferenz.

Der menschliche Körper besteht aus einer kaum überschaubaren Zahl unterschiedlicher Eiweiße und Strukturen, die allesamt als Ziel für einen Immunangriff infrage kommen. Dass die Immunabwehr üblicherweise achtlos an ihnen vorüberpatrouilliert, muss vor allem deshalb überraschen, weil einige dieser Strukturen stark den Antigenen auf Krankheitserregern ähneln, gegen die das Immunsystem durchaus vorgeht. „Wie das Immunsystem dieses Dilemma löst, war lange Zeit unklar“, sagt Professor Dr. med. Hendrik Schulze-Koops, Präsident der DGRh, Kongresspräsident 2020 und Leiter der Rheumaeinheit am Klinikum der LMU München. Zwar komme es vor, dass gegen einen Infektionserreger gebildete Antikörper mit körpereigenen Antigenen kreuzreagierten und so im schlimmsten Fall zu einer Autoimmunerkrankung führten. Das sei etwa bei manchen Arthritisformen der Fall, glücklicherweise jedoch nicht die Regel.



Wissenschaftliche Erkenntnisse, die diese Vorgänge in einem neuen Licht erscheinen lassen, kommen aus der Onkologie. Denn einige moderne Tumorthérapien beruhen darauf, die körpereigene Abwehr in den Kampf gegen den Krebs einzubeziehen. „Neue Wirkstoffe, sogenannte Checkpoint-Inhibitoren, schalten gezielt solche Erkennungsmoleküle auf der Oberfläche der Tumorzellen aus, mit denen diese sich als „körpereigen“ ausweisen und der Immunabwehr entziehen“, erklärt Schulze-Koops. Indem sie dem Tumor diesen Schutz nehmen, machen die neuen Medikamente ihn zugänglich für den Zugriff durch spezielle Immunzellen (T-Zellen) – und sorgen für beeindruckende Therapieerfolge. Als Nebenwirkung erleiden allerdings fast alle Patienten auch unerwünschte Autoimmunreaktionen. Denn auch gesundes Gewebe verliert durch die Therapie den Schutz vor der eigenen Immunabwehr und der allgegenwärtigen Autoimmunität. „Dass offenbar jeder Mensch immer auch Autoantikörper und autoreaktive Immunzellen besitzt, war eine überraschende Erkenntnis“, sagt Schulze-Koops. Für Rheumatologen und ihre Patienten bedeute das ein Umdenken, denn der Nachweis von Autoantikörpern könne nicht mehr mit dem Vorliegen einer Autoimmunerkrankung gleichgesetzt werden. Diese entstehe erst dann, wenn Regulationsmechanismen auf einer nachgeschalteten Ebene versagten. „Damit ergeben sich völlig neue Ansatzpunkte für die Therapie von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und anderen Autoimmunkrankheiten.“ Ein zellulärer Mechanismus, mit dem sich die Immunaktivität gegen körpereigene Strukturen unterbinden lasse, sei bereits identifiziert worden und diene als Ziel einer der neuen Biologikatherapien, die in den letzten Jahren gegen rheumatologische Erkrankungen entwickelt wurden.

Weitere Vorträge der Online-Presskonferenz am 9. September werden sich mit aktuellen Erkenntnissen zu Gelenkerhalt und Gelenkersatz bei Rheuma beschäftigen, mit den Themen Rheuma und Psyche, Rheuma im digitalen Zeitalter, sowie mit den speziellen Empfehlungen, die die DGRh für Rheumapatienten während der Corona-Pandemie ausgesprochen hat.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Stephanie Priester, Janina Wetzstein
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-605/-457, Fax: 0711 8931-167
priester@medizinkommunikation.org, wetzstein@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de



48. Kongress der DGRh, 34. Jahrestagung der DGORh, 9. bis 12. September 2020, VIRTUELL

P R E S S E M I T T E I L U N G

Erhalt der Beweglichkeit als oberstes Ziel

„Hit hard and early“ – Therapieren, bevor es zu spät ist

Berlin, 9. September 2020 – Die Rheumatoide Arthritis (RA) ist eine Krankheit, die keinen Aufschub verträgt. Sobald die anhaltende Gelenkentzündung sich mit Morgensteifigkeit und Gelenkschmerzen bemerkbar macht, öffnet sich ein therapeutisches Fenster, das sich bereits nach einigen Wochen bis wenigen Monaten wieder schließt. Gerade beim klassischen Gelenkrheuma, der Rheumatoiden Arthritis, hat sich die Prognose – sofern die Behandlung rechtzeitig erfolgt – durch die immer mehr Wirkstoffe umfassende Biologikatherapie und neue Operationsmethoden deutlich verbessert. Welche Strategien es gibt, um auch stark betroffene Gelenke zu erhalten oder die Beweglichkeit durch einen Gelenkersatz wieder herzustellen, ist ein Schwerpunktthema auf dem gemeinsamen virtuellen Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh). Die kongressbegleitende Pressekonferenz zu diesem und anderen Schwerpunkten findet am 9. September 2020 statt.

„Bei der Rheumatoide Arthritis sollte möglichst früh mit einer medikamentösen, bei Bedarf sogar mit einer operativen Behandlung begonnen werden“, sagt Dr. med. Martin Arbogast, Kongresspräsident seitens der DGORh und Leiter des Zentrums für Rheumatologie, Orthopädie und Schmerztherapie sowie Chefarzt der Abteilung für Rheumaorthopädie und Handchirurgie an der Waldburg-Zeil Klinik Oberammergau. Denn durch die Entzündung werden Gelenkstrukturen geschädigt, die irreversibel verlorengehen. Je früher interveniert wird, desto effektiver können bleibende Schäden verhindert werden.

Die Möglichkeit zum „Hit hard and early“ ist jedoch nur dann gegeben, wenn die Erkrankung rechtzeitig erkannt wird. „Die Möglichkeiten, eine Rheumatoide Arthritis bereits in einem frühen Stadium sicher zu diagnostizieren, haben sich seit der Jahrtausendwende deutlich verbessert“, sagt Arbogast. Als wesentlicher diagnostischer Marker gelten heute Antikörper



gegen sogenannte citrullinierte Peptide (ACPA), die bereits sehr früh im Blut von Betroffenen nachweisbar sind und sehr spezifisch eine RA anzeigen. Auch bildgebende Verfahren wie Ultraschall oder MRT arbeiten heute mit Auflösungen, die bereits geringfügige Gelenkveränderungen erkennbar machen.

Die Behandlung wiederum ist durch die Einführung der Biologika revolutioniert worden – biotechnologisch hergestellte Eiweiße, die gezielt in das überschießende Immungeschehen von Rheumapatienten eingreifen. „Dass viele Gelenke gleichzeitig entzündet und geschwollen sind, sehen wir heute fast nicht mehr“, erklärt Arbogast. „Stattdessen finden sich allenfalls einzelne Gelenke, die aus ungeklärten Gründen nicht auf die medikamentöse Therapie ansprechen.“ Diese Non-Responder müssten früh erkannt und operiert werden. Nur durch das Entfernen der entzündeten Gelenkinnenhaut könne verhindert werden, dass die zerstörerische Entzündung auf darunterliegende tragende Strukturen wie den Gelenkknorpel übergreife. Mittlerweile wisse man auch, dass ein solchermaßen saniertes, „gesundes“ Gelenk auch wieder besser auf eine medikamentöse Rheumatherapie reagiere.

Auch wenn der Gelenkerhalt zunächst oberste Priorität hat und heute in vielen Fällen möglich ist – wenn ein Gelenk zu stark beeinträchtigt ist, muss es durch eine Prothese ersetzt werden. Ein künstlicher Gelenkersatz steht mittlerweile für fast alle Gelenke zur Verfügung. „Wichtigste Richtschnur bei der Entscheidung für eine prothetische Versorgung muss es sein, die Beweglichkeit des Patienten, seine Selbstständigkeit und damit seine Lebensqualität zu erhalten“, sagt Arbogast. Auch beim Gelenkersatz sei die Zeit nicht stehen geblieben, sondern arbeite für die Patienten. So sei die Beweglichkeit der künstlichen Gelenke heute deutlich besser, die Prothesen seien haltbarer und müssten seltener ersetzt werden – und nicht zuletzt bleibe deutlich mehr Knochensubstanz erhalten, sodass Implantatwechsel auch in höherem Alter besser möglich seien. Die Lebensplanung von Rheumapatienten werde damit immer weniger von ihrer Krankheit bestimmt.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Stephanie Priester, Janina Wetzstein
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-605/-457, Fax: 0711 8931-167
priester@medizinkommunikation.org, wetzstein@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de



48. Kongress der DGRh, 34. Jahrestagung der DGORh, 9. bis 12. September 2020, VIRTUELL

P R E S S E M I T T E I L U N G

Rheumatherapie in Corona-Zeiten

DGRh aktualisiert ihre Behandlungsempfehlungen

Berlin, 9. September 2020 – Bereits früh im Verlauf der Corona-Pandemie hat sich die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) mit Verhaltens- und Therapieempfehlungen an Rheumapatienten und deren behandelnde Ärzte gewandt. Während die ersten Empfehlungen sich oft noch auf allgemeine Erkenntnisse zur Infektanfälligkeit von Rheumapatienten stützen mussten, liegen inzwischen Fallberichte, Registerdaten und erste Studien vor, die detailliertere Aussagen zu den Erkrankungsrisiken dieser Patientengruppe erlauben. Die neuen Erkenntnisse haben nun Eingang in eine aktualisierte Fassung der Therapieempfehlungen gefunden. Sie beziehen sich auf präventive Maßnahmen ebenso wie auf den Umgang mit den wichtigsten Rheumamedikamenten.

Auf den ersten Blick gibt die neue Empfehlung weitgehend Entwarnung: Rheumapatienten haben den bisher zusammengetragenen Daten zufolge kein erhöhtes Risiko, sich mit SARS-CoV-2 anzustecken. „Auch das Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 scheint nicht erhöht zu sein“, sagt Prof. Dr. med. Hendrik Schulze-Koops, Präsident der DGRh und Leiter der Rheumaeinheit am Klinikum der LMU München. Doch gelte diese Entwarnung mit Einschränkungen: Einige der bekannten, allgemeinen Risikofaktoren für schwere Verläufe wie ein höheres Lebensalter, männliches Geschlecht, Rauchen, Diabetes, starkes Übergewicht oder vorbestehende Lungen-, Herz- oder Nierenerkrankungen seien bei Rheumapatienten häufiger als im Bevölkerungsdurchschnitt. Sie dürften daher nicht außer Acht gelassen werden. Durch die entzündlich-rheumatische Erkrankung selbst scheint das Corona-Risiko dagegen nur dann erhöht zu sein, wenn die Patienten Glukokortikoide („Cortison“) in einer Dosis von zehn Milligramm und mehr pro Tag einnehmen oder wenn die Erkrankung gerade besonders aktiv ist, die Rheumasymptome also schlecht medikamentös beherrscht werden können.



In den zehn Kernempfehlungen, die die Experten zusammengestellt haben, wiederholen sie daher ihren Rat, eine gut eingestellte Rheumamedikation nicht allein aus Sorge vor COVID-19 zu verändern. „Ein Umstellen der Medikation geht oft mit einem Aufflammen der rheumatologischen Grunderkrankung einher und erhöht das COVID-19-Risiko dann erst recht“, erklärt Prof. Dr. med. Christof Specker, Direktor der Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie am Klinikum Essen-Mitte und Sprecher der Ad-hoc-Kommission COVID-19-Register der DGRh. Lediglich bei Patienten mit positivem SARS-CoV-2-Abstrich und/oder bereits beginnenden COVID-19-Symptomen solle die Therapie mit Biologika und bestimmten anderen immunmodulierenden Rheumamedikamenten unterbrochen werden. Eine Therapie mit Glukokortikoiden unter zehn Milligramm pro Tag könne dagegen fortgesetzt werden.

Besonderes Augenmerk richten die Experten darauf, Alltag und Versorgung der Patienten nicht unnötig einzuschränken. In der Regel sei es nicht gerechtfertigt, Rheumapatienten allein aufgrund einer angenommenen Gefährdung durch COVID-19 Arbeitsunfähigkeit zu attestieren, heißt es in den Empfehlungen. Auch dürfe keinesfalls auf medizinisch notwendige Eingriffe und Therapien verzichtet werden. Selbstverständlich sollten auch Rheumapatienten sich an die allgemein geltenden Hygiene- und Abstandsregeln halten, außerdem empfiehlt die DGRh die Benutzung der Corona-Warn-App.

Auch wenn die Datenbasis im Vergleich zum Frühjahr bedeutend breiter geworden ist – allein im DGRh-eigenen COVID-19-Register sind inzwischen mehr als 350 Krankheitsverläufe erfasst –, machen die Experten darauf aufmerksam, dass die Evidenz noch keineswegs so belastbar ist wie sonst bei Behandlungsempfehlungen üblich. „Es liegt bei einem so jungen und dynamischen Geschehen wie der COVID-19-Pandemie in der Natur der Sache, dass zum Beispiel noch keine randomisiert-kontrollierten Studien vorliegen“, sagt Specker. Um dem beständigen Eintreffen neuer Erkenntnisse Rechnung zu tragen, wird die DGRh ihre Empfehlungen auch weiterhin regelmäßig aktualisieren und auf ihrer Homepage und in Fachmedien veröffentlichen.

Bei Abdruck Beleg erbeten.



Quellen:

Schulze-Koops, H., Iking-Konert, C., Leipe, J. et al. Handlungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. für die Betreuung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen im Rahmen der SARS-CoV-2/COVID-19-Pandemie – Update Juli 2020. *Z Rheumatol* (2020). <https://doi.org/10.1007/s00393-020-00851-x>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Stephanie Priester, Janina Wetzstein
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-605/-457, Fax: 0711 8931-167
priester@medizinkommunikation.org, wetzstein@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de

EXPERTENSTATEMENT

Autoimmunität – Freund und Feind des Rheumapatienten

Professor Dr. med. Hendrik Schulze-Koops

Präsident der DGRh und Kongresspräsident des Deutschen Rheumatologiekongresses 2020, Leitung der Rheumaeinheit des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München

Das Immunsystem des Menschen besteht aus zwei wichtigen Säulen, dem angeborenen und dem adaptiven Immunsystem. Während das angeborene Immunsystem das Eindringen von Mikroorganismen durch Barrieren (wie die Haut) oder Mikroorganismen abtötende toxische Zusammensetzungen von Flüssigkeiten (wie die Magensäure oder proteolytische Enzyme enthaltende Tränenflüssigkeit) verhindert und diese Mechanismen unabhängig von der Identität des Eindringlings aufbaut, richtet sich das adaptive Immunsystem in jeder einzelnen Abwehrreaktion gegen Eiweißbestandteile von individuellen, spezifischen Mikroorganismen. Das muss es erlernen. Dazu stehen ihm B- und T-Zellen sowie die von den B-Zellen produzierten Antikörper zur Verfügung.

Phylogenetisch ist das angeborene Immunsystem viel älter, das adaptive Immunsystem tritt erst ab der Entwicklungsstufe der Vertebraten auf. Einmal herausgefordert durch den richtigen Mikroorganismus bildet das adaptive Immunsystem, das auch als das spezifische Immunsystem bezeichnet wird, eine Gedächtnisfunktion, die ihm erlaubt, im Falle einer erneuten Bedrohung schneller und stärker zu reagieren. Diese Fähigkeit des spezifischen Immunsystems ist die Grundlage der Tatsache, dass Menschen vor einem erneuten Auftreten der sogenannten „Kinderkrankheiten“ geschützt sind, und sie ist auch die Grundlage des Impfschutzes. Das spezifische Immunsystem ist die Voraussetzung für ein erfolgreiches Überleben der Menschheit im täglichen evolutionären Kampf gegen uns bedrohende Mikroorganismen.

Der intakte menschliche Organismus besteht allerdings aus Eiweißen und anderen Bausteinen, die denen der Mikroorganismen ähneln. Das spezifische Immunsystem darf daher nicht den Fehler machen, diese Bestandteile als Auftrag zu sehen, den Körper selbst anzugreifen – also eine autoimmune Reaktion zu starten. Vor wenigen Jahren hat die Immunologie noch gelehrt, dass das spezifische Immunsystem in einem Reifungsprozess dahingehend geformt wird, dass das Erkennen körpereigener Strukturen nicht passiert und Träger des spezifischen Immunsystems, die T- und B-Zellen, die körpereigene Strukturen erkennen würden, eliminiert werden würden. Der Begriff des „Horror autotoxicus“ wurde geprägt und er führte dazu, dass Autoimmunität als Fehler des Immunsystems beschrieben wurde und jeder Nachweis einer autoimmunen Reaktion bereits als Ausdruck eines Fehlers, eines Erkrankungsbeginns, interpretiert wurde.

Wir wissen heute, dass diese Annahme falsch ist. Seit wenigen Jahren nutzt die moderne Tumorthherapie das spezifische Immunsystem, um Tumoren des Patienten zu bekämpfen.

Sie erreicht das, indem sie Erkennungsmoleküle auf körpereigenen Zellen, die zu einer Blockade einer Immunreaktion durch T-Zellen gegen diese Zellen führen (sogenannte Checkpoints), neutralisiert. Durch diese „Checkpoint-Inhibitoren“ genannten Therapien können sich Tumorzellen damit nicht mehr einem Angriff durch das körpereigene Immunsystem entziehen und werden plötzlich vehement bekämpft und zerstört. Die Erfolge dieser Tumorthherapie sind spektakulär. Überraschend war die Beobachtung jedoch, dass nahezu jede Patientin und jeder Patient, der mit einer „Checkpoint-Inhibitor-Therapie“ behandelt wird, autoimmune Phänomene entwickelt. Diese können harmlos sein, sich in dem Nachweis von Autoantikörpern erschöpfen, oder aber klinische Relevanz erlangen und sogar lebensbedrohlich werden, wenn nämlich eigentlich gesundes Gewebe durch die Medikamente auch nicht mehr in der Lage ist, sich einem Angriff der körpereigenen T-Zellen zu entziehen und ebenfalls zerstört wird. Das Auftreten dieser autoimmunen Reaktion unter einer „Checkpoint-Inhibitor-Therapie“ hat das Verständnis der Funktionsweise des spezifischen Immunsystems komplett umgekrempelt. Es ist nicht krankhaft, im Körper Immunzellen zu haben, die körpereigene Strukturen erkennen können! Das ist vielmehr physiologisch und sollte bei jedem gesunden Individuum vorkommen. Krankhaft ist erst, wenn aus dieser angelegten Situation ohne Medikamente wie die Checkpoint-Inhibitoren eine autoimmune Reaktion mit Zerstörung gesunden Gewebes entsteht.

Wenn also das spezifische Immunsystem voller Zellen ist, die körpereigene Strukturen erkennen und angreifen können, wie werden dann Autoimmunerkrankungen normalerweise verhindert? Warum hat nicht jeder Mensch Autoimmunerkrankungen? Das liegt daran, dass im Körper eine Reihe von Regulationsmechanismen angelegt sind, die konsequent Angriffe des spezifischen Immunsystems gegen gesundes körpereigenes Gewebe unterdrücken. Von großer Bedeutung für das Verständnis dieser Regulationsphänomene war und ist dabei die Identifikation von Mechanismen, die am Verlauf einer Immunregulation aktiviert werden. Das gelingt zumeist durch die Identifikation genetischer Ursachen von überraschend komplexen klinischen Autoimmunphänomenen. Auf diese Weise gelang die Entdeckung einer Zellpopulation, die immunologische Aktivität gezielt blockiert. Weitere Wege, wie das Immunsystem eine überschießende Immunantwort gegen körpereigene Strukturen vermeidet, werden in einem vom Bundesforschungsministerium geförderten Netzwerk deutscher Hochschulen (German multi-organ Auto-Immunity Network, *GAIN*) untersucht. In diesem Netzwerk ist bereits ein zellulärer Aktivierungsweg identifiziert worden, der eine ungewollte Immunität gegen gesundes körpereigenes Gewebe vermeiden kann. Interessanterweise ist das Ziel einer der modernen Biologikatherapien rheumatischer Erkrankungen genau dieser Ansatz, über diesen Aktivierungsweg eine Aktivität gegen körpereigene Strukturen zu unterbinden.

Für einen Patienten mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung bedeuten diese Erkenntnisse, dass es weder ungewöhnlich noch wirklich überraschend ist, dass ein Angriff gegen körpereigene Strukturen entsteht. Ein Nachweis eines Autoantikörpers ist demnach nicht gleichbedeutend mit einer Autoimmunerkrankung, sondern Ausdruck einer

physiologischen Kompetenz des Immunsystems, auch gegen körpereigene Gewebe eine Immunreaktion zu initiieren. Für eine Autoimmunerkrankung ist die Voraussetzung, dass die Regulationsmechanismen einer gegen körpereigene Gewebe gerichteten Immunreaktion versagen. Moderne therapeutische Ansätze in der Rheumatologie werden die Wiederherstellung der Immunregulation zum Ziel haben.

Auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie widmen wir uns sowohl dem Verständnis der Nebenwirkungen von Checkpoint-Inhibitoren als auch der Identifikation von Mechanismen des Funktionsverlustes von regulatorischen Prinzipien. Daraus werden sich neue, moderne Therapieansätze von Autoimmunerkrankungen ergeben.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, September 2020

EXPERTENSTATEMENT

Gelenkerhaltende und gelenkersetzende Strategien in Zeiten von Biologika – was hat sich geändert?

Dr. med. Martin Arbogast

Kongresspräsident seitens der DGORh, Leiter des Zentrums für Rheumatologie, Orthopädie und Schmerztherapie, Chefarzt der Abteilung für Rheumaorthopädie und Handchirurgie, Waldburg-Zeil Kliniken, Klinik Oberammergau

Der Orthopäde ist naturgemäß schon ein Fachmann für Knochen, Gelenke und Wirbelsäule. Der orthopädische Rheumatologe kennt sich nicht nur mit Strukturveränderungen an den Extremitäten, dysplastischen Verformungen und degenerativen Verläufen aus, er kann die Veränderungen bei systemisch-entzündlichen Prozessen erkennen und zum jeweiligen Stadium adäquat behandeln. Er muss mit den Fingern sehen können und die einzelnen Verlaufsformen der circa 400 entzündlich-rheumatischen Erkrankungen anamnestisch einstufen. Insbesondere die zu den Gelenken gehörenden Weichteilstrukturen und deren Veränderungen zu detektieren, ist eine Herausforderung. Neben der Anamnese und der klinischen Untersuchung ist die Kenntnis von Sonografie und Magnetresonanztchnik unerlässlich. Die Röntgenuntersuchung alleine hinkt in den Frühfällen hinterher, sodass die Chance einer Früherkennung sonografisch oder über ein MRT deutlich höher ist.

Ergänzend zur Bildgebung komplettiert das Immunlabor das Detektieren einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung in den frühen Stadien, denn genau die Früherkennung und die Frühbehandlung sind heute in der Lage, den Verlauf einer Erkrankung günstig zu beeinflussen und damit die Lebensqualität zu erhalten.

„Hit hard and early“ ist der Wahlspruch im Zeitalter der „Biologika“.

Unter dem Einfluss der Biologika haben sich auch die Verlaufsformen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen verändert. Entzündlich geschwollener Reihenbefall der Gelenke an der Hand, verbunden mit Schmerz und dauerhafter Steifigkeit und Kraftlosigkeit, gehören der Vergangenheit an und sind abgelöst worden durch sogenannte nicht beeinflussbare „Spots“, die medikamentös nicht so gut ansprechen. Diese sogenannten „Non-Responder“ sollten früh erkannt und einer radikalen operativen Therapie zugeführt werden, wenn ein medikamentöses Ansprechen inkomplett ist.

Die gelenkerhaltende Synovialektomie ist auch nur in den frühen Stadien „gelenkerhaltend“, bevor die entzündlichen Veränderungsprozesse in einem Gelenk die Binnenstrukturen in eine Helix der Degeneration gebracht haben. Dieses „window of opportunity“ gibt es nicht nur für die medikamentöse Strategie, auch für gelenkerhaltende Operationen ist dieses Zeitfenster entscheidend.

Außerdem ist die Entfernung der entzündlichen Endstrukturen in einem Gelenk oder einer Sehne mit einer Neuformierung einer zunächst normalen gesunden Innenauskleidung verbunden, somit mit einer wieder verbesserten medikamentösen Zugänglichkeit. Das ist wie ein „Resettastenphänomen“ zu verstehen und eröffnet neue Möglichkeiten in Dosierung und Zusammensetzung der medikamentösen Therapie im Anschluss an eine OP.

Wenn Gelenkstrukturen unwiederbringlich zerstört worden sind, bietet die endoprothetische Versorgung nahezu aller Gelenke Möglichkeiten, die Selbstversorgung und damit die Lebensqualität zu verbessern. Sparsame Knochenresektionen mit der Möglichkeit, Wechseleingriffe auch in höherem Alter erfolgreich durchzuführen, machen es heute real, eine Lebensplanung mit der Endoprothetik zu erstellen.

Zwar hat sich die Qualität der endoprothetischen Versorgung in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert, insbesondere in der Kinematik und den Standzeiten, dennoch sollte der Gelenkerhalt höchste Priorität haben. Das interdisziplinäre Zusammenarbeiten der Fachgebiete ist deshalb unerlässlich, solange entzündlich-rheumatische Erkrankungen noch keiner vollständigen Heilung zugeführt werden können.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Oberammergau, September 2020

EXPERTENSTATEMENT

Rheuma und die Psyche, Abgeschlagenheit trotz guter Therapie

Professor Dr. med. Stefan Schewe

Rheumazentrum München, Rheumapraxen in München und Vaterstetten/Baldham,
Bundesvorstand der Deutschen Rheuma-Liga

Mit einer modernen antientzündlichen Therapie können wir die Entzündung in den Gelenken, die systemische Entzündung bei den meisten chronisch-entzündlichen

Rheumaerkrankungen deutlich vermindern. Trotzdem bleiben in einer Größenordnung zum Beispiel bei der rheumatoiden Arthritis (RA) von 20 bis 30 Prozent, je nach Krankheit

unterschiedlich häufig, Beschwerden weiterhin bestehen, die durch Schmerzen,

Abgeschlagenheit, Depressivität, Einschränkungen des täglichen Lebens, der Lebensqualität gekennzeichnet sind. Betroffene berichten diese Beschwerden trotz guter Therapie, damit ist

gemeint: Keine geschwollenen Gelenke sind mehr nachweisbar, normale Entzündungswerte

im Blut. Die Kollagenosen wie systemischer Lupus erythematodes, das Sjögren-Syndrom

haben eine höhere Rate dieser residualen Symptomatik verglichen mit der RA. Von dieser

wissen wir, dass die antientzündliche Therapie mit Biologika oder JAK-Inhibitoren diese

Symptomatik deutlich verringern kann. Ob bestimmte Biologika, zum Beispiel IL-6-Blocker,

hier wirksamer sind als die schon länger zur Verfügung stehenden TNF-Alpha-Blocker ist

noch unklar, aktuelle Studien zeigen hier leichte Vorteile der IL-6-Blocker, deren klinische

Relevanz noch validiert werden muss. Starke Müdigkeit und Abgeschlagenheit sind häufige

Symptome nicht nur in der Rheumatologie, sondern auch in der Onkologie (häufiges

Begleitphänomen sowohl der Tumorerkrankung als auch der Therapie), der Infektiologie

(zum Beispiel HIV, aber auch der Covid-19-Erkrankung mit ihren Folgen), der Psychiatrie

(Depression, Angststörungen und andere), bei vielen internistischen chronischen

Erkrankungen (Endokrinologie – Funktionsstörungen der Schilddrüse, Nebennieren,

Diabetes mellitus; Kardiologie – Herzinsuffizienz, Hypertonie; Pulmologie – COPD,

interstitielle Lungenerkrankungen; Nephrologie – Nierenfunktionsstörungen; Hepatologie –

Fettleber, Zirrhose) und anderen. Vor allem die Abgeschlagenheit, die Fatigue, kann über

Monate bis Jahre anhalten und nur langsam, wenn überhaupt, rückläufig sein.

Neuroimmunologische Veränderungen, eine Dysbalance des autonomen Nervensystems

werden als Ursache angenommen, neuere Forschungsergebnisse weisen in diese Richtung.

In der praktischen Patientenversorgung spielt das Symptom Müdigkeit eine erhebliche Rolle,

da alle Facetten des täglichen Lebens und der Arbeitswelt betroffen sein können. Eine

spezifische medikamentöse Therapie gibt es nicht. Wir wissen, dass in der Rheumatologie

der Schmerz einen wesentlichen Einfluss auf die Symptomatik hat. Schmerzen, Fatigue und

Depression sind sehr eng miteinander korreliert.

Wie also mit diesen Betroffenen umgehen? Die primäre Aufgabe des Rheumatologen ist es, die Entzündung so gut als möglich zu unterdrücken. Die Schmerzen müssen reduziert werden, vollkommene Schmerzfreiheit ist allerdings selten zu erreichen. Da viele Bereiche der inneren Medizin für Müdigkeit verantwortlich sein können, sind eine ausführliche Anamnese und genaue klinische Untersuchung eine Voraussetzung, eine Forderung, die in unserer auf Gewinn ausgerichteten Zeit kaum kosteneffektiv umgesetzt werden kann. Im zweiten Schritt müssen vor allem durch Laboruntersuchungen wichtige Ursachen ausgeschlossen beziehungsweise nachgewiesen und behandelt werden (dazu gehören Entzündungsmarker, das Blutbild, Nierenfunktionswerte einschließlich der Urinuntersuchung, Leberwerte, Eisenstoffwechsel, TSH, gegebenenfalls Nüchtern-Cortisol, aber auch der Vitaminstatus für Vitamin D, Homocystein – Vitamin B₆, B₁₂, Folsäure, um nur einige zu nennen). Bei Auffälligkeiten sind Korrekturen beziehungsweise Substitutionen erforderlich. Je nach Befund und Effektivität dieser Maßnahmen sind weitere oben genannte Fachdisziplinen, Fachassistenzen, zum Beispiel rheumatologische Fachassistent(inn)en, und vor allem die Hausärzte zu involvieren. Allen gemeinsam ist ein wesentlicher Therapiefokus, die Motivation zu Bewegung in jeder für den Betroffenen umsetzbaren Form zu verstärken, am besten kontrolliert durch Außenkriterien wie Schrittzähler, Gadgets etc. Eine wichtige Aufgabe haben und erfüllen hier Patientenselbsthilfeorganisationen, zum Beispiel die Deutsche Rheuma-Liga, die in Zusammenarbeit mit den Fachdisziplinen Informationen, Beratungen, Schulungen, Bewegungsangebote, Selbstmanagement-Kurse etc. anbieten. Da keine spezifische Therapie der Abgeschlagenheit zur Verfügung steht, sind gerade diese nicht medikamentösen Anstrengungen notwendig beziehungsweise effektiv und sollten wo immer möglich umgesetzt werden.

Literatur

Ausgewählte EULAR 2020 abstracts: FRI0023 (Intensivtherapie bei RA), OP0020 (IL-6 vs. Adalimumab), AB0949 (autonomes Nervensystem), FRI0354 (Psoriasis-Arthritis und Bewegung), LB0001 (Upadacitinib vs. Adalimumab), THU0461 (Fibromyalgie und nicht pharmakologische Interventionen, Metaanalyse), THU0470 (Fibromyalgie und Bewegung)

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, September 2020

EXPERTENSTATEMENT

Rheuma im digitalen Zeitalter – Was können Videosprechstunden leisten

Dr. med. Martin Welcker

Ärztliche Leitung, MVZ für Rheumatologie Dr. M. Welcker GmbH, Planegg (bei München)

Die Digitalisierung hat seit 2007, mit der Einführung des iPhones, durch die Nutzung des Smartphones den Alltag des Menschen in allen Bereichen penetriert.

Sichtbarster Bereich, ohne dass dies besonders auffällt, ist die Wissens- und Faktenakquise. Benötigte man früher hierfür dicke Nachschlagewerke oder Zeitschriften in Papierform, geschieht dies heute durch Nachschlag auf „Google“ oder in anderen Suchmaschinen in Sekundenschnelle.

In einem umfassenden Artikel der Zeitschrift für Rheumatologie (Knitza et al.) wurde über die Möglichkeiten und Einschränkungen von medizinischen Applikationen berichtet. Die Mehrzahl derselben wurde mit deutlichen Einschränkungen bewertet und das Fehlen relevanter Evaluation kritisiert.

Im Rahmen einer aktuellen Erhebung (F. Mühlensiepen et al.) wurde die Bereitschaft von Ärzten zur Telemedizin erfragt. Hierbei zeigte sich einerseits seitens der Ärzteschaft eine relative Offenheit den neuen Techniken gegenüber, andererseits aber ein Mangel an diesbezüglicher Information und spezifischem Wissen. Es fand sich aber die grundsätzliche Einschätzung, dass insbesondere der Austausch zwischen Haus- und Facharzt hierdurch verbessert werden könnte.

Vergleichbar den Apps wird die Telesprechstunde öffentlich beworben. Hierbei ist die „Telefonsprechstunde“ als etabliert zu betrachten und hat seit vielen Jahren zur ergänzenden Beratung einen festen Stellenwert. Die Videosprechstunde, die neben der Überwindung der Distanz auch das Bild des Gegenübers ins Gespräch bringt, wird seit Verabschiedung des E-Health-Gesetzes 2015, unter anderem durch Gesundheitsminister Spahn, zunehmend propagiert.

Im Rahmen der COVID-Pandemie kam es dann in der Zeit des Lock-Downs zu explosionsartigem Wachstum bei der Anzahl durchgeführter Videosprechstunden. Die Frequenz derselben hat allerdings nach dessen Aufhebung bereits wieder stark nachgelassen, wie Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) belegen.

Für welche Patienten Videosprechstunden in der Rheumatologie außerhalb der Corona-Pandemie geeignet sind, ist auf Initiative von Dr. Aries (Hamburg) aktueller Inhalt einer Diskussion innerhalb der Kommission „Digitale Rheumatologie“ unter Leitung von Frau Professor Richter (Düsseldorf) der DGRh, welche eine diesbezügliche Stellungnahme für die

DGRh nach Freigabe durch deren Vorstand erarbeitet. Aktuell wurden bereits grundlegende Überlegungen zum Arbeitsgebiet der Digitalisierung in der Medizin mittels eines Positionspapiers in der Zeitschrift für Rheumatologie (Knitza, Richter et al.) publiziert.

Die Videosprechstunde ermöglicht Konsultationen auf Distanz in entlegene Gebiete. Sie öffnet die Möglichkeit, außerhalb der üblichen Mitarbeiter-assoziierten Sprechstunde Patienten zu betreuen. Zudem ergibt sich zum Beispiel die Möglichkeit einer Screening-Abstimmung mit zuweisenden Kollegen, um bereits im Vorfeld zu klären, welche Patienten tatsächlich fachärztlich rheumatologisch untersucht werden müssen. Möglicherweise kann die Compliance und Adhärenz unserer Patienten durch diese Form der ergänzenden Betreuung verbessert werden. Auch ist eine Optimierung des Tight-Control-Konzeptes hierdurch denkbar. Diese und weitere Einsatzmöglichkeiten sowie die klinische Einschätzung sollten beziehungsweise müssen vor oder mit deren Umsetzung wissenschaftlich evaluierend begleitet werden. Die alleinige Möglichkeit der Durchführung eines Verfahrens ist nicht automatisch gleichwertig mit der notwendigen Qualität und Sorgfalt in der medizinischen Betreuung.

Die Videosprechstunde ist somit als *ein* Teil der Telemedizin mit den weiteren Bestandteilen, insbesondere den medizinischen Applikationen, in der zukünftigen Versorgung unserer Patienten zu betrachten. Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) und die Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) werden diese Entwicklung nicht nur rechtlich begleiten, sondern auch beschleunigen. Die hierbei auch geforderte weitere Evaluation der digitalen Möglichkeiten ist allerdings dringend notwendig.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
München, September 2020

*Online-Presskonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologi@Kongresses 2020 - virtuell
48. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
34. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
Mittwoch, 9. September 2020, 14.30 bis 15.30 Uhr*

EXPERTENSTATEMENT

Platzhalter für Specker

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Oberammergau, September 2020

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

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

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

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

Die Zahlen im Einzelnen:

1. Rheumatoide Arthritis („entzündliches Gelenkrheuma“)

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

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

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

3. Psoriasis-Arthritis

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

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

Hierzu gehören u.a:

4.1 Systemischer Lupus Erythematoses (SLE)

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

4.2 Polymyalgia rheumatica und Riesenzellarteriitis

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

4.3 Systemische Sklerodermie

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

4.4 Vaskulitiden

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

Häufigkeit erhöht bei: Frauen (ca. zweimal häufiger als bei Männern)¹

Gesamtgruppe der Kollagenosen und Vaskulitiden:

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

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

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

6. Arthrosen

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

Häufigkeit:

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

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

Häufigkeit von röntgenologisch gesicherter, klinisch symptomatischer Arthrose:

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

Häufigkeit erhöht bei Frauen, höherem Alter, Übergewicht⁷

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

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

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

7. Kristallarthropathien

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

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

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

8. Osteoporose

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

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

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

9. Fibromyalgie

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

Häufigkeit: ca. 3,5% der Bevölkerung²⁷

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

Quellen

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

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

Über die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

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

Aufgaben und Ziele

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

Struktur und Gremien

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

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

Kooperationen

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

Mitglieder

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

DGRh-Geschäftsstelle

Geschäftsstelle der DGRh

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)

Anna Julia Voormann

Generalsekretärin

Köpenicker Str. 48/49

10117 Berlin

Tel.: 030 240484-70

Fax: 030 240484-79

E-Mail: anna.voormann@dgrh.de

www.dgrh.de