



1. Online-Presskonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2021

49. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
Wissenschaftliche Herbsttagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)

Termin: Mittwoch, 8. September 2021, 11.30 Uhr bis 12.30 Uhr

Link: https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_NZxUKF_uS7SBNGo3ntB4Rg

Themen und Referierende

COVID-19: Medikation und Impfung – Auswirkung der Pandemie auf Rheumapatienten

Professor Dr. med. Georg Schett, Kongresspräsident der DGRh, Direktor der Medizinischen Klinik 3, Rheumatologie und Immunologie, Universitätsklinikum Erlangen

Knochenrheuma beim Kind und Jugendlichen – oft ein langer und schwieriger Weg zur richtigen Diagnose und Therapie

Dr. med. Annette Holl-Wieden, Wissenschaftliche Tagungsleiterin der GKJR, Leitung des klinischen Bereichs Kinder-Rheumatologie und Osteologie, Universitätsklinikum Würzburg

Neue Behandlungskonzepte bei Lupus erythematoses (SLE) und Kollagenosen

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

Videosprechstunde, Apps und Wearables: digitale Anwendungen in der Versorgung

Dr. med. Martin Krusche, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Junge Rheumatologie (AGJR) – rheumadocs, Oberarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Die Zukunft der Rheumatologie: #Rheuma2025

Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz, Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinisch-Wissenschaftlicher Leiter des Rheumazentrums Baden-Baden, Sprecher der Kommission Rheumatologie 2025

Moderation: Janina Wetzstein, Pressestelle DGRh, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Stephanie Priester, Janina Wetzstein, Corinna Deckert
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-605/-309, Fax: 0711 8931-167
priester@medizinkommunikation.org
wetzstein@medizinkommunikation.org
deckert@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de



49. Kongress der DGRh, 35. Jahrestagung der DGORh, Wissenschaftliche Herbsttagung der GKJR
15. bis 18. September 2021, VIRTUELL

Videosprechstunde, Apps und Wearables – wie die digitale Medizin Rheumapatienten heute schon helfen kann

Berlin, 8. September 2021 – In Zeiten der Corona-Pandemie hat sich die Videosprechstunde als beliebtes Tool erwiesen: Sie ist gerade für chronisch erkrankte Patienten geeignet, um mit Ärztin oder Arzt in regelmäßigem Kontakt zu bleiben. Neueste Befragungen dokumentieren jedoch, dass längst nicht alle Rheumapatientinnen und -patienten von den technischen Errungenschaften profitieren. Weiterhin in den Fokus rücken zudem digitale Monitoring-Technologien, Apps und sogenannte Wearables, die für die Überwachung von Erkrankungsparametern und die Therapie zum Einsatz kommen. Chancen und Grenzen neuer Technologien und die Frage „Wie Menschen mit Rheuma bereits heute von technischen Neuerungen profitieren?“ diskutieren Experten auf der heutigen Online-Presskonferenz anlässlich des Rheumatologiekongresses am Mittwoch, den 8. September 2021.

Weniger Präsenztermine durch die Videosprechstunde

Menschen mit rheumatischen Erkrankungen müssen ihren Gesundheitsstatus, ihre Medikation sowie deren Wirkung regelmäßig überprüfen und dazu meist einen Rheumatologen konsultieren. Aus Sorge vor einer Ansteckung mit COVID-19 haben viele Patienten während der Pandemie verstärkt digitale Gesundheitsanwendungen genutzt, beispielsweise Videosprechstunden (VSS) zur Verlaufskontrolle. Das bestätigte die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in einem Positionspapier im Oktober 2020: Man sehe eine massive Entwicklung im Bereich der digitalen Kommunikation durch die Pandemie – knapp ein Fünftel aller Ärzte böten inzwischen ihren Patientinnen und Patienten neue Kommunikationsformen an.

Eine aktuelle Praxisanalyse aus Herne zeigt nun ein weiter ausdifferenziertes Bild: Von 232 befragten Rheumapatientinnen und -patienten sahen sich 166 technisch in der Lage, an einer Videosprechstunde teilzunehmen, 131 davon wären grundsätzlich auch bereit dazu gewesen. Die betreuenden Ärztinnen und Ärzte hielten aber nur für 76 der Patienten eine



Betreuung in der VSS für sinnvoll. „Nicht alle Menschen mit Rheuma können per Videosprechstunde adäquat begleitet werden, so wurden vermehrt Patienten mit besonders schlechtem Gesundheitszustand durch die Ärzte ausgeschlossen. Und nicht alle sind technisch in der Lage dazu, eine VSS durchzuführen. Wenn aber die Rahmenbedingungen stimmen, kann das eine große Entlastung für den Patienten bedeuten“, sagt Dr. med. Martin Krusche, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Junge Rheumatologie (AGJR) – rheumadocs und Oberarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, der sich gemeinsam mit der DGRh intensiv mit digitaler Medizin befasst.

Die „App auf Rezept“ bei Begleiterkrankungen

Neben der VSS rücken auch digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) und die Nutzung von elektronischen Monitoring-Technologien, den Wearables, sowohl für das Krankheitsmonitoring als auch für die Therapie immer mehr in den Fokus. Durch die Erstattungsfähigkeit der DiGAs mittels „App auf Rezept“ drängen verschiedene Anbieter auf den Markt. So haben seit dem letzten Jahr 20 Gesundheits-Apps eine Zulassung in Deutschland erhalten. „Auch wenn es aktuell noch keine erstattungsfähige rheumaspezifische App gibt, ist das Interesse an solchen Lösungen und die Nutzungsbereitschaft von Gesundheits-Apps unter Rheumapatienten sehr hoch“, so Krusche. Neben reinen „Rheuma-Apps“ adressieren einige der schon zugelassenen DiGAs Begleiterkrankungen wie Depression oder Diabetes mellitus. „Da Rheuma oft mit diesen und weiteren Begleiterkrankungen einhergeht, können die Patientinnen und Patienten auch hier schon großen Nutzen aus den Entwicklungen ziehen.“

Krankheitsschübe mit der Smartwatch erkennen

Neben dem Einsatz von Apps könnten zukünftig auch Wearables für die Überwachung des individuellen Krankheitsverlaufs eine größere Rolle spielen. So belegen Studiendaten, dass bei Patienten mit rheumatoider Arthritis oder Spondyloarthritis, die mittels Smartwatch ihre Symptome überwachen und an den behandelnden Arzt weitergeben, mit sehr hoher Genauigkeit das Vorliegen eines Krankheitsschubes anhand der ermittelten digitalen Daten zu erkennen war. Die Möglichkeiten, durch passive digitale Datenerfassung Krankheitsverläufe besser zu überwachen und zu verstehen, sind teilweise schon vorhanden und könnten in der Zukunft auch für Therapieentscheidungen ergänzend zurate gezogen werden.



„Digitale Anwendungen können und werden die Behandlung von Menschen mit Rheuma in Zukunft zunehmend sinnvoll ergänzen“, so Professor Dr. med. Georg Schett, Kongresspräsident seitens der DGRh, Direktor der Medizinischen Klinik 3, Rheumatologie und Immunologie, am Universitätsklinikum Erlangen. Dennoch seien Ärzte und Patienten auf einen intensiven und auch persönlichen Austausch angewiesen, um eine optimale Behandlung zu gewährleisten – das gelte auch weiterhin. Chancen und Risiken digitaler Anwendungen für Menschen mit Rheuma diskutieren Expertinnen und Experten der Rheumatologie auf der heutigen 1. Onlinepressekonferenz anlässlich des Rheumatologiekongresses.

Quelle:

[Wie viele Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen haben die technischen Voraussetzungen für Videosprechstunden und sind bereit, fachärztliche Visiten so durchzuführen? | SpringerLink](#)

– Bei Abdruck Beleg erbeten. –

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Stephanie Priester, Janina Wetzstein, Corinna Deckert
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-605/-309, Fax: 0711 8931-167
priester@medizinkommunikation.org
wetzstein@medizinkommunikation.org
deckert@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de



49. Kongress der DGRh, 35. Jahrestagung der DGORh, Wissenschaftliche Herbsttagung der GKJR
15. bis 18. September 2021, VIRTUELL

Knochenrheuma beim Kind

Langer Weg zur richtigen Diagnose und fehlende Studien erschweren Therapie junger Rheumapatienten

Berlin, 8. September 2021 – Das Kind klagt über Knochenschmerzen und nimmt eine Schonhaltung ein, doch die Untersuchung beim Arzt bringt keine Diagnose – auch weil die für rheumatische Erkrankungen typischen Befunde einer Gelenkentzündung meist ausbleiben. Die Chronisch Nichtbakterielle Osteomyelitis (CNO), das umgangssprachliche Knochenrheuma, kommt vor allem bei Kindern und Jugendlichen vor, kaum bei Erwachsenen. Weil die CNO als seltene Erkrankung immer noch zu wenig bekannt ist und auch in ärztlichen Fortbildungen nicht ausreichend behandelt wird, wählt die Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) „Sterile Knochenentzündungen“ als Themenschwerpunkt ihrer Herbsttagung im Rahmen des Rheumatologiekongresses. Über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse informiert die Gesellschaft in mehreren Vorträgen und bei der heutigen Online-Pressekonferenz.

Rheumatische Erkrankungen bei Kindern sind im Vergleich zu erkrankten Erwachsenen selten – dabei ist das Knochenrheuma noch seltener als das Gelenkrheuma. Belastbare Zahlen über die Häufigkeit ihres Auftretens liegen nicht vor. Inzidenzen für die CNO werden mit etwa 0,4 auf 100 000 Kinder und Jugendliche angegeben. „Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass die Erkrankung bei Kindern häufig übersehen wird, auch weil junge Menschen meist so unspezifische Symptome haben“, sagt Dr. med. Annette Holl-Wieden, Wissenschaftliche Tagungsleiterin der GKJR und Leiterin des klinischen Bereichs Kinder-Rheumatologie und Osteologie an der Universitäts-Kinderklinik Würzburg.

Bei Kindern und Jugendlichen sind vor allem die langen Röhrenknochen der Beine betroffen. Entzündliche Veränderungen können jedoch an jeder Stelle des Skelettes auftreten. Selten haben die Kinder noch eine andere entzündliche Erkrankung wie etwa Schuppenflechte, schwere Akne, Gelenkrheuma oder eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung.



Während die körperliche Untersuchung, Laboruntersuchungen und Röntgenaufnahmen zumeist nicht helfen, die Ursache für die Beschwerden des Kindes zu finden, kann ein MRT entzündliche Knochenveränderungen deutlich zeigen. Da die CNO häufig an mehreren, oft nicht schmerzenden Stellen im Körper auftritt, ist das Ganzkörper-MRT sinnvoll. Oft sind noch Gewebeuntersuchungen auffälliger Stellen notwendig, um bösartige Tumorerkrankungen oder bakterielle Infektionen auszuschließen.

„In der Praxis treffen wir häufig auf Patientinnen und Patienten, die eine lange Suche nach der Ursache für ihre Beschwerden hinter sich haben, ehe sie in der Kinder- und Jugendrheumatologie eine Diagnose und die entsprechende Behandlung erhalten. Im schlimmsten Fall sind bereits irreversible Schäden eingetreten – beispielsweise können als Folge einer Entzündung an Wirbelkörpern Frakturen mit schweren Folgen wie Fehlstellungen und neurologischen Defiziten auftreten“, so Holl-Wieden. Daher plädiert die Expertin dafür, Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen ernst zu nehmen – bei unentdeckten Erkrankungen sei sonst ein jahrelanger Leidensweg vorprogrammiert. Insbesondere gelte es, Kinderärzte noch besser für die Erkrankung zu sensibilisieren. Viel zu oft werde, wenn Kinder Schmerzen am Bewegungsapparat haben, an harmlose Ursachen wie belastungsbedingte Beschwerden oder Wachstumsschmerzen gedacht. Auch würden Kinder oft aufgrund einer falschen Diagnose unnötig behandelt werden. „So sehen wir beispielsweise immer wieder Kinder mit CNO im Unterkiefer, die aufgrund des Verdachts auf eine bakterielle Infektion der Zähne wochenlang Antibiotika bekommen“, so Holl-Wieden.

Ist die Diagnose gestellt, kann eine ganzheitliche Therapie mit Medikamenten, Krankengymnastik und psychosozialer Betreuung erfolgen. „Letzteres ist besonders bei jungen, sich in der Entwicklung befindlichen Betroffenen wichtig. Sie benötigen im Umgang mit schweren Erkrankungen besondere Unterstützung“, sagt die Expertin. Die medikamentöse Behandlung erfolgt mit nicht steroidalen Antirheumatika, in schwereren Fällen auch mit Sulfasalazin, MTX, TNF-Blockern oder Bisphosphonaten. Da größere Studien fehlen, gibt es wenig Evidenz für die Behandlung. Sie basiert daher auf den Erfahrungen von Kinderrheumatologinnen und -rheumatologen und Daten aus kleinen Fallserien. Bestehende nationale und internationale Behandlungsempfehlungen dienen der Harmonisierung und langfristig der Optimierung der Therapie. „Die in den Behandlungsempfehlungen vorgeschlagenen Medikamente sind jedoch nicht für die



Behandlung der CNO zugelassen“, führt Holl-Wieden weiter aus. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte müssten aufwendige Anträge bei den Krankenkassen stellen, um eine optimale Therapie zu gewährleisten. „Mit dem Kongressschwerpunkt ‚Sterile Knochenentzündungen‘ sollen daher Impulse für Wissenschaft und Gesundheitssystem gesetzt werden, diese Schwierigkeiten zu beheben“, so die Expertin.

Wie Ärztinnen und Ärzte sterile Knochenentzündungen schneller erkennen können und wie die Versorgung junger Menschen mit Knochenrheuma verbessert werden kann, diskutieren Expertinnen und Experten der Rheumatologie auf der heutigen **1. Onlinepressekonferenz anlässlich des Rheumatologiekongresses von 11.30 bis 12.30 Uhr.**

– Bei Abdruck Beleg erbeten. –

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Stephanie Priester, Janina Wetzstein, Corinna Deckert
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-605/-309, Fax: 0711 8931-167
priester@medizinkommunikation.org
wetzstein@medizinkommunikation.org
deckert@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de

Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)

Lupus-Forschung aus Deutschland ganz weit vorne

Innovative Therapien gegen die Autoimmunerkrankung vielversprechend

Berlin, 8. September 2021 – Der Systemische Lupus erythematoses (SLE) – eine seltene entzündlich-rheumatische Erkrankung – birgt ein hohes Risiko für lebensbedrohliche Organschäden. Besonders oft sind junge Frauen betroffen. Neue Behandlungsmethoden scheinen – zumindest in Einzelfällen – derart wirksam, dass sogar von „Heilung“ die Rede ist. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) freut sich, dass neuartige Immuntherapien für schwere Verläufe des SLE maßgeblich von Forschenden in Deutschland entwickelt wurden. Zwei weltweit beachtete Publikationen sind jüngst im New England Journal of Medicine (NEJM) erschienen. Die DGRh weist darauf hin, dass die zukunftsweisenden Verfahren sich aber noch weiter bewähren müssen.

In Deutschland sind etwa 35 von 100 000 Menschen von einem systemischen „Lupus“ betroffen. Frauen erkranken deutlich häufiger als Männer – hierzulande im Verhältnis 9:1 und meist zwischen dem 16. und dem 55. Lebensjahr. Einen SLE-Krankheitsschub begleiten oft Fieber, Abgeschlagenheit, Gelenk- und Muskelschmerzen. Vor allem aber können die Entzündungsprozesse eines SLE unbehandelt auf lange Sicht Organe wie Haut, Lunge, Niere, Herz oder auch Blutgefäße und Nerven schädigen.

Zentrale Bedeutung im Krankheitsprozess des SLE haben sogenannte B-Lymphozyten und Plasmazellen, die gegen den Körper gerichtete Antikörper produzieren. Derartige Zellen spielen auch bei bestimmten bösartigen Bluterkrankungen eine Rolle. „Deshalb setzen Forscher schon seit einigen Jahren versuchsweise in besonders schweren Fällen gezielte Therapien aus der Blutkrebsforschung ein“, erläutert Professor Dr. med. Christof Specker, Vizepräsident der DGRh. Entsprechend wenden Rheumatologen bei immunologischen Systemerkrankungen Substanzen an, die auch bei bösartigen Neubildungen des Lymphsystems und des Knochenmarks im Einsatz sind.

Die Berliner Forschergruppe um Professor Dr. Gerd Burmester, Professor Dr. Falk Hiepe und Dr. Tobias Alexander berichtete im vergangenen Jahr über den weltweit erstmaligen Einsatz des monoklonalen Antikörpers Daratumumab bei SLE (i). Das Medikament verringert die Zahl der Plasmazellen und ist seit dem Jahr 2016 für die Behandlung des multiplen Myeloms, einer krankhaften Vermehrung bösartiger Plasmazellen, zugelassen. Die Forscher der Charité – Universitätsmedizin Berlin behandelten damit zwei Patientinnen mit Lupus. Deren Blutwerte besserten sich danach erheblich und blieben noch nach mehr als einem Jahr stabil.

In der neuesten Publikation der Erlanger Arbeitsgruppe um Professor Dr. Georg Schett, Professor Dr. Bernhard Manger und Professor Dr. Gerhard Krönke kamen weltweit erstmals sogenannte Chimäre Antigenrezeptor-T (CAR-T) Zellen gegen SLE zum Einsatz (ii). Auch diese hoch-innovative Therapie kommt in ausgesuchten Fällen bösartiger hämatologischer Erkrankungen schon mit Erfolg zum Einsatz. Hierbei werden T-Zellen eines Patienten außerhalb des Körpers gentechnisch so verändert, dass diese – wieder in den Körper injiziert – die bösartigen B-Lymphozyten und Plasmazellen gezielt aufsuchen und dazu bringen, sich aufzulösen. Die CAR-T-Zellen vermehren sich im Körper sogar weiter und stellen damit eine hochwirksame und nachhaltige Therapie dar. Doch das Verfahren ist sehr aufwändig und birgt zudem die Gefahr von Nebenwirkungen. Deshalb wird es bislang nur in universitären hämatologischen Zentren angeboten.

Besonders erfolgreich verlief in Erlangen jüngst der weltweit erste Einsatz dieser CAR-T-Zell-Therapie bei einer 20-jährigen SLE-Patientin. Bei ihr waren die bisherigen Therapien nicht oder nicht mehr ausreichend wirksam und das Erlanger Ärzteteam erreichte mit den CD19-modifizierten CAR-T-Zellen eine derart vollständige und langanhaltende Zerstörung zirkulierender B-Zellen, dass die Krankheitssymptome verschwanden und sich auch die immunologischen SLE-Veränderungen im Blut normalisierten. Zu schwerwiegenden unerwünschten Effekten kam es dabei nicht.

„Diese neuen Therapieansätze sind sehr vielversprechend doch bewährt haben sie sich bisher nur in Einzelfällen“, betont Professor Dr. med. Andreas Krause, Präsident der DGRh aus Berlin. Die Verfahren müssten sorgfältig geprüft werden und von „Heilung“ kann man sicher noch nicht sprechen. „Wir sollten keine Hoffnung schüren, die wir womöglich nicht einlösen können“, meint der Rheumatologe. Vor einem endgültigen Urteil sollten wir

weitere, größere Studien und Langzeitergebnisse dieser aufwändigen und nicht risikoarmen Therapien abwarten. „Wir freuen uns aber außerordentlich, dass rheumatologische Forschung aus Deutschland auch auf dem Gebiet neuer Immuntherapien für den SLE hoch-innovativ und erfolgreich ist“. Wissenschaftlich rangiert Rheumaforschung „made in Germany“ damit einmal mehr ganz weit vorne.

Eine Langfassung dieser Meldung finden Sie auf der Website der DGRh: dgrh.de.

– Bei Abdruck Beleg erbeten. –

Literatur:

Ostendorf L, Burns M, Durek P, Heinz GA, Heinrich F, Garantziotis P, Enghard P, Richter U, Biesen R, Schneider U, Knebel F, Burmester G, Radbruch A, Mei HE, Mashreghi MF, Hiepe F, Alexander T. Targeting CD38 with Daratumumab in Refractory Systemic Lupus Erythematosus. N Engl J Med. 2020 Sep 17;383(12):1149-1155. doi: 10.1056/NEJMoa2023325. PMID: 32937047.

Mougiakakos D, Krönke G, Völkl S, Kretschmann S, Aigner M, Kharboutli S, Böltz S, Manger B, Mackensen A, Schett G. CD19-Targeted CAR T Cells in Refractory Systemic Lupus Erythematosus. N Engl J Med. 2021 Aug 5;385(6):567-569. doi: 10.1056/NEJMc2107725. PMID: 34347960.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Stephanie Priester, Janina Wetzstein, Corinna Deckert
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-605/-309, Fax: 0711 8931-167
priester@medizinkommunikation.org
wetzstein@medizinkommunikation.org
deckert@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de



Pressemeldung des Bündnisses für Rheumatologie

Rheumatologen starten Kampagne

Menschen mit rheumatischen Erkrankungen besser versorgen

Berlin, 12. Mai 2021 – Etwa 1,5 Millionen Menschen in Deutschland leben mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung. Die Betroffenen bedürfen einer frühzeitigen Behandlung mit den heute verfügbaren bestmöglichen Therapien. Denn Rheuma wartet nicht. Das „Bündnis für Rheumatologie“ startet deshalb jetzt die Kampagne #rheuma2025. Kernziel ist dabei, bis zum Jahr 2030 rund 800 Ärztinnen und Ärzte rheumatologisch weiterzubilden, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten auch zukünftig sicherzustellen. Die Website rheuma2025.de bildet den Auftakt. Dort informiert das Bündnis über die Ziele der Kampagne, stellt die verschiedenen Projekte vor und verlinkt zu den Social-Media-Kanälen.

„Um dieses hochgesteckte Ziel zu erreichen, müssen wir vor allem Studierende für unser Fach begeistern und mehr Weiterbildungsstellen schaffen – unbedingt orientiert am tatsächlichen Bedarf“, mahnt der Heidelberger Rheumatologe Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz, der für die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) die Kampagne steuert. Er richtet diesen Appell nicht nur an die angehenden Medizinerinnen und Mediziner selbst, sondern auch an die Verantwortlichen in den Dekanaten der Universitäten, an Kultusministerien und Entscheider im Gesundheitssystem und die Geschäftsführungen der großen Weiterbildungskliniken.

Hauptadressat ist aber der rheumatologische Nachwuchs. „Unser hoher Anspruch an die rheumatologischen Inhalte, verbunden mit dem kreativen Ansatz der Designagentur Lindgrün GmbH, wird unser Fach bekannter machen und es vor allem den Studierenden und jungen Ärzten näherbringen“, sagt Professor Dr. med. Andreas Krause, Präsident der DGRh. Dafür bietet die Website fundierte Informationen über Rheumatologie, Tipps und Lernkarten mit Prüfungsrelevanz, bundesweite Kontakte zu rheumatologischen Ansprechpartnern und Terminhinweise. Für den Zugang zu den Zielgruppen nutzt die Kampagne verschiedenste Kanäle: die Website, Instagram, Twitter, Videos, Podcasts, Chats und Gespräche – bis hin

zu Treffen und einer geplanten Roadshow vor Ort an den Universitäten. Die ersten Social-Media-Aktivitäten erreichten bereits mehr als 1 200 Konten.

Der Kampagnen-Hashtag #rhmtlgy spricht vor allem Studierende und angehende Rheumatologen an: Im Journal Club „[JC.rhmtlgy](#)“ diskutieren Wissenschaftler auf Twitter jeden Monat aktuelle Fachartikel und Forschungsthemen. Im Videoformat „[FreiGang](#)“ interviewt der Medizinstudent Jonathan Beron Persönlichkeiten aus der Rheumatologie. Und das [Kampagnen-Quiz](#) sei im wahrsten Sinne des Wortes „Kreuzen für Fortgeschrittene“, meint der Rheumatologe Professor Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek, Geschäftsführer des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA): „Auch in diese Quizfragen fließt gebündeltes rheumatologisches Wissen ein, eigens dafür stellen unsere Expertinnen und Experten authentische Fälle vor und entwickeln dazu passende Fragen.“ Die Kampagne bietet damit relevantes Lehrmaterial. Alle Lernkarten etwa basieren auf dem Skriptum Rheumatologie der DGRh. Zudem orientieren sich die Fragen an den studentischen Prüfungsfragen des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen. Verpackt in die ansprechenden Medien der Kampagne mache das Lernen damit gleich noch mehr Spaß, freut sich die Rheumatologin Dr. med. Silke Zinke, Vorsitzende des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh), aus Berlin: „Rheumatologen müssen neben sehr umfassendem internistischem Wissen auch geradezu detektivisches Geschick entwickeln, um den systemischen Krankheiten auf die Spur zu kommen. Diesen Rätselfaktor sprechen wir in der Kampagne mit einer Geheimschrift an, die die Designagentur Lindgrün GmbH eigens dafür entwickelt hat.“

Die Partner danken allen Beteiligten, die sich mit ihrem Wissen, ihrer Kompetenz und dem Wunsch, etwas zu verändern, in die Kampagne einbringen. Den Erfolg des Projekts wird das Bündnis messen: Im Auftrag der DGRh untersuchen Gesundheitswissenschaftler der Universität Erfurt in mehreren Wellenbefragungen den Wissensstand der Studierenden zum Start und nach Ende der Kampagne – mit hoffentlich gutem Ergebnis. Derzeit läuft „[rheuma2025.de](#)“ pandemiebedingt virtuell an. Das werde sich ändern, wünscht sich auch Rheumatologe Professor Lorenz: „Bei aktuell sinkenden COVID-Zahlen möchten wir spätestens zum Herbst den Schwung vermehrter Präsenz an den Unis und in der Lehre aufnehmen und mit der Kampagne die Studierenden in das nächste Semester begleiten.“ Partner des Bündnisses für Rheumatologie sind die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V., der Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V. und der Verband Rheumatologischer Akutkliniken e.V. Auch die RheumaAkademie – Rheumatologische Fortbildungsakademie GmbH unterstützt das Projekt. In der Kampagne „[rheuma2025.de](#)“ bündelt das Bündnis seine Kräfte, um die rheumatologische Versorgung von Millionen von Patientinnen und Patienten heute und in der Zukunft zu sichern. Das Bündnis für

Rheumatologie setzt die Kampagne „rheuma2025.de“ mit der Designagentur Lindgrün GmbH aus Berlin um.

– Bei Abdruck Beleg erbeten. –

Deutscher Rheumatologiekongress 2021

Termin: 15. bis 18. September 2021

Ort: virtuell

Anmeldung unter: <https://dgrh-kongress.de/anmeldung9.html>

Pressekontakt DGRh für Rückfragen:

Stephanie Priester

Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Telefon: +49 711 8931-605

Fax: +49 711 8931-167

E-Mail: priester@medizinkommunikation.org

Kontakt DGRh:

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

Geschäftsstelle

Anna Julia Voormann

Generalsekretärin

Wilhelmine-Gemberg-Weg 6, Aufgang C

10179 Berlin

Telefon: +49 30 240 484 70

Fax: +49 30 240 484 79

E-Mail: anna.voormann@dgrh.de

www.dgrh.de



Hintergrund zur Nachwuchskampagne rheuma2025.de

„Der Köder muss dem Fisch schmecken – nicht dem Angler“. Dieses überstrapazierte Zitat aus den 1980ern, welches Helmut Thoma zugeschrieben wird, beschreibt 2021 nur noch einen Teil der Wahrheit. Neben den Inhalten – also dem Köder – sind in Zeiten der Aufmerksamkeitsökonomie weitere Aspekte relevant.

Das Kommunikationsverhalten hat sich entscheidend verändert. Wo die ‚Angel‘ ausgeworfen wird und wer die ‚Angel‘ hält, hat an Bedeutung gewonnen – insbesondere in den sozialen Medien. COVID-19 war ein Verstärker für den seit Jahren im D21-Digital-Index (2019/20) erhobenen Fakt, dass ca. 95% der Altersgruppe der 20–29-Jährigen Informationen vorrangig auf mobilen Endgeräten nutzen. Videoinhalte werden von 90% der Altersgruppe der 14–29-Jährigen in den sozialen Medien konsumiert.

Das Berufsmonitoring (2018) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Medizinstudierenden erfasste die Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit, deren allgemeine Veränderungen sich auch in den Befragungen der Sinus-Jugendstudien spiegeln.

Gendergerechtigkeit, Diversität, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, aber auch Wissenschaftlichkeit und transdisziplinäre Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachrichtungen sind zentrale Aspekte. Diese spiegeln sich in dem hoch-innovativen und lösungsorientierten Fach der Rheumatologie, das für Millionen von Menschen in Deutschland Lebensqualität sichernde Maßnahmen ermöglicht.

Das Zusammenspiel zwischen Kanal, dem glaubwürdigen Absender und einem für den medizinischen Nachwuchs relevanten Inhalt prägte daher die Nachwuchskampagne ‚rheuma2025.de‘.

Auf den daraus resultierenden strategischen Parametern ‚was, wo, für wen und wie‘ entwickelte das Bündnis für Rheumatologie gemeinsam mit der Lindgrün GmbH die Kampagne ‚rheuma2025.de‘, um die Versorgungsqualität für mehr als 1,5 Millionen Bürger und Bürgerinnen mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen mittelfristig sicher zu stellen.

i.A. des Bündnisses für Rheumatologie
Anna Voormann
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

Regina Hanke M.A.
Lindgrün GmbH

Sollten Sie noch weiteres Bildmaterial benötigen, wenden Sie sich gerne an Frau Mentzel: charlotte.mentzel@dgrh.de

Gemeinsam für rheuma2025.de

Gemeinsam für
rheuma2025.de
#rhmtlgy

Berlin, den 07.09.2021,
Seite 1/5

T: +49 30 240 484-70

F: +49 30 240 484-79

M: info@rheuma2025.de

W: www.rheuma2025.de



FreiGang

#rhmtlgy



Augen auf bei der Wahl des Fachgebietes

Sind Ärzt:innen in Weiterbildung die Arbeitstiere der Station? Wie ist es zwischen Klinik, Praxis und Familie? Und wie sieht es aus mit der Gendergerechtigkeit, interdisziplinärer Zusammenarbeit oder dem Forschungsalltag?

Fragen, die für viele Studierende oft den Ausschlag bei der Wahl des Fachs geben.

Beron, Medizinstudent, spricht im Rahmen der Kampagne ‚rheuma2025.de‘ mit angehenden und praktizierenden Rheumatolog:innen, die z.B. selbst den Alltag zwischen Kindern, Familie und Klinik managen oder in der Weiterbildung sind.

Instagram: https://www.instagram.com/r_rhmtlgy/

Facebook: <https://www.facebook.com/rhmtlgy>

YouTube: <https://www.youtube.com/channel/UCpdHtpdlaAe35ORxW28Pdyg>

@rhmtlgy #rhmtlgy



Verfügbare Themen:

FreiGang 1: Klinik, Praxis, Kinder – keine Zeit?

PD Dr. med. Diana Ernst, Rheumatologin aus Hannover, managed parallel eine Teilzeitstelle als Oberärztin, eine Teilzeitstelle in einer Praxis und eine Familie mit drei kleinen Kindern. Sie gibt zum Serienauftakt in der Folge „Klinik, Praxis, Kinder – keine Zeit?“ Einblicke in ihren beruflichen Alltag und wie sie zum Beispiel reagiert, wenn überraschend die Kita anruft.

FreiGang 2: Sind Assistenzärzt:innen die Arbeitstiere der Station?

Dr. med. Martin Krusche, Assistenzarzt an der Charité, gibt ehrlich Auskunft über seinen Berufsalltag: über Hürden, Verantwortung, Patientenschicksale, Arbeitszeiten, Gehalt und Digitalisierung.

FreiGang 3: 24/7 Rheumatologie?

Beron trifft Dr. Silke Zinke, niedergelassene Rheumatologin, Vorsitzende des Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V., und befragt sie zu ihrem Praxisalltag: zu Patientenschicksalen, zu Herausforderungen und Verantwortung.

FreiGang 4: Weiblich, Jung, Professorin = Minderheit?

Prof. Dr. Bimba Hoyer spricht mit Beron über (Un)gerechtigkeiten, Herausforderungen und Chancen für Frauen und Minderheiten.

FreiGang 5: Famulatur und PJ

Laura Conrad berichtet von ihren Erfahrungen aus der Famulatur in der Rheumatologie, beschreibt ihre Zeit dort, spricht über Herausforderungen, Unterschiede zu anderen Famulaturen, besonders spannende Fälle und darüber, welche Änderungen sie sich für die Lehre wünscht.

FreiGang 6: Lässt sich Lehre lernen?

Prof. Dr. Markus Gaubitz gibt Einblicke in die Lehre der Rheumatologie. Wie lernt man lehren? Was macht eine gute Vorlesung aus? Was sollte in Zukunft geändert werden?



JC_rhmtlgy

Based on © Tuneroixel | made by Lindgrün GmbH 2021

JC_rhmtlgy, der Zwitscheraccount für Wissenschaftliches aus der Rheumatologie

Jeden ersten Dienstag des Monats führt das Bündnis für Rheumatologie im Rahmen der Kampagne „rheuma2025.de“ um 18 Uhr eine Live-Diskussion zu einem wissenschaftlichen Aspekt aus der Rheumatologie durch. Im Journal Club auf Twitter werden Themen wie Biologika und Januskinase-Inhibitoren, Hightech-Untersuchungsverfahren wie die Power-Doppler-Sonografie, Immundiagnostik und Molekularbiologie von Forscher:innen und Praktiker:innen aus der Rheumatologie diskutiert. Vieles liegt noch im Dunkeln in der Rheumatologie und rund um den Globus arbeiten Forscher:innen mit Hochdruck daran, die bestehenden Rätsel in der Rheumatologie zu entschlüsseln. Die gewonnenen Erkenntnisse werden in noch präzisere Diagnosemethoden und noch effektivere Therapien umgemünzt – from bench to bedside zum Wohle der Patient:innen.

Twitter: JC_rhmtlgy – https://twitter.com/JC_rhmtlgy

YouTube: R_rhmtlgy – <https://www.youtube.com/channel/UCpdHtpdlaAe35ORxW28Pdyg>

Verfügbare Themen:

JC_rhmtlgy 1: Entzündung und Fibrose

Prof. Dr. med. Hanns-Martin Lorenz | Oberarzt der Med. Klinik V (Rheumatologie) der Universität Heidelberg, Leiter der Sektion Rheumatologie und Past-Präsident der DGRh e.V. – neben vielen wissenschaftlichen Aktivitäten ist er auch DFG-Gutachter und Mitherausgeber von Fachpublikationen in der Rheumatologie

JC_rhmtlgy 2: Funktionsfähigkeit bei axialer SpA – was, wann, wie, warum?

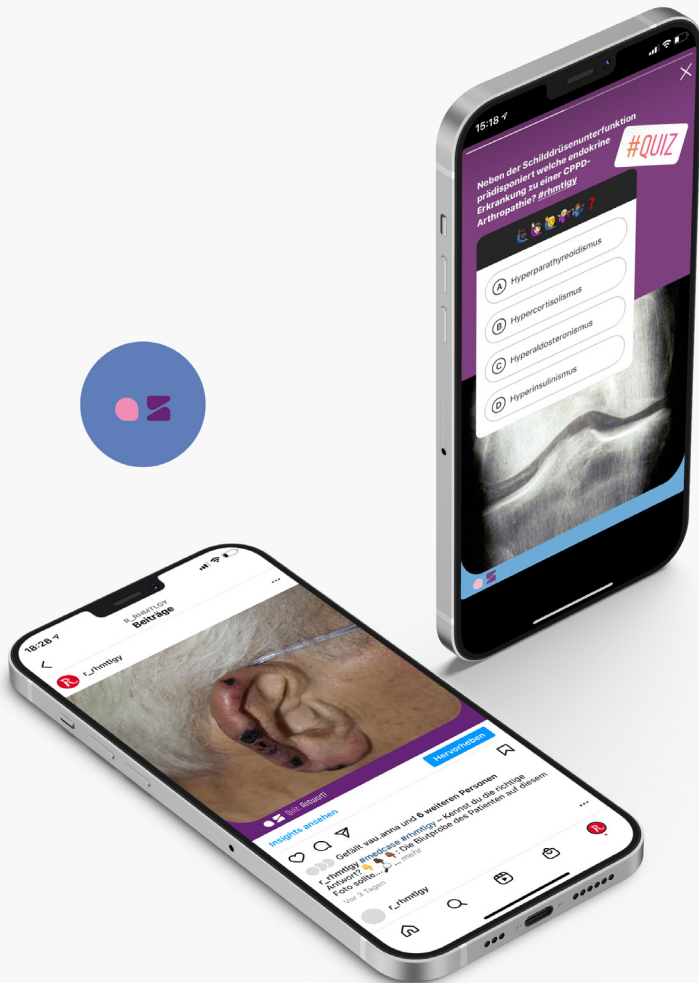
PD Dr. med. Uta Kiltz, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie, Rheumazentrum Ruhrgebiet am Marien Hospital, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum

Demnächst:

JC_rhmtlgy 3: Erhöhen Rheumamedikamente das Risiko für schwere Verläufe von COVID-19 bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis?

Dr. med. Rebecca Hasseli-Fräbel

Abt. für Rheumatologie, Klinische Immunologie, Osteologie und Physikalische Medizin
Campus Kerckhoff, Justus-Liebig-Universität Gießen
Kerckhoff-Klinik GmbH



Quiz

Based on © Tuneroxel | made by Lindgrün GmbH 2021

Kreuzen für Fortgeschrittene

Was sind die typischen Symptome eines Sjögren Syndroms, welche Laborparameter sind spezifisch beim systemischen Lupus erythematoses? Auf der Webseite des Bündnis für Rheumatologie, 'rheuma2025.de', sowie in dem Instagram Account 'R_rhmtlgy', sind Quizfragen zu finden, die so ähnlich auch in M2 oder M3 gestellt werden könnten. Die dort gesammelten echte Fälle und Fragen benötigen zur Lösung etwas Gehirnakrobatik.

Regelmäßig gibt es neue Fälle auf:

Instagram: https://www.instagram.com/r_rhmtlgy/

Facebook: <https://www.facebook.com/rhmtlgy>

Webseite: <https://rheuma2025.de/rhmtlgy/quiz>

1/5
Patienten mit einer seronegativen rheumatoiden Arthritis haben typische Veränderungen in der Laborkonstellation. Welcher Befund gehört NICHT dazu?

Mikrozytäre Anämie ohne Eisenmangel
Anti-CCP-Antikörper
Deutlich erhöhte BSG
Mittelgradig erhöhtes CRP

0/5 Punkte
Das geht besser... Zurück an die Arbeit!

Unsere Lernkarten mit den Fragen >>> findest du hier.
Und die Zusammenhänge kannst du im >>> Skriptum Rheumatologie nachlesen.

Neues Quiz starten

STATEMENT

COVID-19 und rheumatische Erkrankungen

Professor Dr. med. Georg Schett

Kongresspräsident der DGRh, Direktor der Medizinischen Klinik 3, Rheumatologie und Immunologie, Universitätsklinikum Erlangen

Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen galt im Rahmen der COVID-19-Pandemie aus verschiedenen Gründen besonderes Interesse. Die Mehrzahl rheumatischer Erkrankungen ist mit Veränderungen des Immunsystems assoziiert, sie werden mit spezifischen Medikamenten behandelt, die in die Entzündungsantwort eingreifen, und sie sind mit einer Reihe von Komorbiditäten assoziiert, die das Risiko und den Verlauf von Infektionen beeinflussen. Bisherige Untersuchungen zeigten, dass das Risiko eines schweren Verlaufes von COVID-19 bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen überwiegend durch klassische Risikofaktoren wie Alter und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bestimmt wird. Ein genereller negativer Einfluss immunmodulatorischer Medikamente auf die Infektion mit SARS-CoV-2 konnte in den Untersuchungen erfreulicherweise nicht festgestellt werden, wenngleich sich speziell Glukokortikoide als Risikofaktoren für einen schweren Verlauf von COVID-19 herauskristallisierten. Umgekehrt konnte für Patienten unter Therapie mit Zytokinhemmern kein schwererer Verlauf, sondern umgekehrt sogar ein abgeschwächter Verlauf einer SARS-CoV-2-Infektion festgestellt werden. Diese Erkenntnisse, die aus Kohortenstudien und Registern gewonnen wurden, sind unter wesentlicher Beteiligung deutscher Zentren entstanden. Dabei war es vonseiten der Patienten von besonderer Bedeutung, zu erfahren, dass die allermeisten antirheumatischen Therapien auch in Zeiten der COVID-19-Pandemie ohne wesentliche Einschränkung eingesetzt werden können und dass gerade in der Pandemie die gute Kontrolle der Grunderkrankung wichtig ist, um so Glukokortikoide zu sparen.

Des Weiteren konnten in diesem Jahr erste Erkenntnisse zur SARS-CoV-2-Impfung bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen gewonnen werden. Dabei zeigte sich, dass die „Corona-Impfung“ bei Patienten mit diesen Erkrankungen auch unter Therapie mit den üblichen immunmodulatorischen Medikamenten funktioniert. Neuere Studien zeigten aber auch, dass die Immunreaktion auf die Impfung durchaus abgeschwächt sein kann, wobei ungefähr jeder zehnte Patient mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen nach der Impfung keine vollständige humorale Immunantwort aufweist. Insbesondere Methotrexat und der B-Zell-depletierende Antikörper Rituximab scheinen dabei die Immunantwort auf die Impfung zumindest zum Teil zu hemmen. Daher wird es in Zukunft wichtig sein, die Immunantwort auf die SARS-CoV-2-Impfung bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen

*Online-Presskonferenz anlässlich
des 49. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der Wissenschaftlichen Herbsttagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
Mittwoch, 8. September 2021, 11.30 bis 12.30 Uhr*

Erkrankungen gegebenenfalls zu überprüfen, um eine erneute Booster-Impfung früher durchführen zu können.

Insgesamt war der Erkenntnisgewinn zu COVID-19 bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen äußerst dynamisch. Durch rasche Forschungsergebnisse konnte einerseits das kontraproduktive Absetzen antirheumatischer Medikamente weitestgehend verhindert werden und andererseits rasch ermutigende Impfdaten gesichert werden, die Patienten heute erlauben, deutlich besser und sicherer durch die Pandemie zu gehen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Erlangen, September 2021

STATEMENT

Knochenrheuma beim Kind und Jugendlichen – oft ein langer und schwieriger Weg zur richtigen Diagnose und Therapie

Dr. med. Annette Holl-Wieden

Wissenschaftliche Tagungsleiterin der GKJR, Leitung des klinischen Bereichs Kinder-Rheumatologie und Osteologie, Universitätsklinikum Würzburg

Knochenrheuma ist die umgangssprachliche Bezeichnung für

Chronisch Nichtbakterielle Osteomyelitis (CNO),

oder **Chronisch Rekurrende Multifokale Osteomyelitis (CRMO)**.

Die CNO ist eine chronische Erkrankung mit Entzündungen des Knochens an einer oder mehreren Stellen. Die CNO gehört zu den rheumatischen Erkrankungen und kommt vor allem bei Kindern und Jugendlichen vor, selten bei Erwachsenen.

Sie beginnt meist im Schulalter, aber auch Kleinkinder können erkranken.

Rheumatische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind immer noch zu wenig bekannt und werden auch in ärztlichen Fortbildungen nicht ausreichend behandelt. Dies gilt natürlich für eine so seltene Erkrankung wie die CNO umso mehr. Viele betroffene Kinder haben einen langen Leidensweg hinter sich, bis die richtige Diagnose gestellt und die Erkrankung wirkungsvoll behandelt wird.

Auf der wissenschaftlichen Herbsttagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie wurden daher die sterilen Knochenentzündungen als Themenschwerpunkt gewählt. Ziel ist es, Kinderrheumatologen über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse in mehreren Vorträgen zu informieren. Dieses Schwerpunktthema richtet sich aber auch an Erwachsenenrheumatologen und Orthopäden.

Die Kinder klagen meist über Knochenschmerzen. Gelegentlich fällt eine Schonhaltung oder Fehlstellung auf. Die klinische Untersuchung ist aber in den meisten Fällen unauffällig.

Selten haben die Kinder noch eine andere entzündliche Erkrankung wie Gelenkrheuma, Schuppenflechte, chronisch entzündliche Darmerkrankung et cetera.

Die Entzündungswerte im Blut sind nicht oder nur leicht erhöht. Eine Röntgenaufnahme ist oft unauffällig. Ein MRT zeigt Knochenödeme.

Wichtig ist dann die Durchführung eines Ganzkörper-MRT zur Suche nach weiteren Läsionen. Häufig sind Schlüsselbeine, Wirbelsäule, Becken, Oberschenkel- und Unterschenkelknochen betroffen. Eine Biopsie ist in unklaren Fällen notwendig.

*Online-Presskonferenz anlässlich
des 49. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der Wissenschaftlichen Herbsttagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
Mittwoch, 8. September 2021, 11.30 bis 12.30 Uhr*

Die Diagnose wird nach Ausschluss von Differentialdiagnosen anhand der oben genannten Untersuchungen gestellt.

Wie bei allen rheumatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter muss eine ganzheitliche Therapie erfolgen. Die medikamentöse Therapie erfolgt mit nicht steroidalen Antirheumatika, bei schwereren Fällen auch mit Sulfasalazin, MTX, TNF-Blockern oder Bisphosphonaten. Ein wichtiger Bestandteil der Behandlung ist die krankengymnastische Behandlung, um die Beweglichkeit der Gelenke und der Wirbelsäule zu erhalten. Für den Erfolg einer Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, die sich in einer vulnerablen Phase des Lebens befinden, ist auch eine psychische und psychosoziale Unterstützung notwendig.

Durch diese Tagung mit dem Schwerpunktthema „Knochenrheuma bei Kindern und Jugendlichen“ soll mehr Beachtung für diese seltene Erkrankung erreicht werden. Es wird auch zu erörtern sein, ob eine intensivere Unterstützung durch das Gesundheitssystem notwendig sein wird, um eine noch bessere Versorgung der jungen Patienten zu ermöglichen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Würzburg, September 2021

STATEMENT

Neue Behandlungskonzepte bei Lupus erythematoses (SLE) und Kollagenosen

Professor Dr. med. Matthias Schneider

Direktor der Poliklinik und des Funktionsbereichs für Rheumatologie, Universitätsklinikum
Düsseldorf

In den letzten Jahrzehnten hat sich für die meisten Betroffenen das Krankheitsbild des SLE von einer vor allem lebensbedrohlichen Erkrankung zu einer chronischen Erkrankung mit weiterhin deutlich eingeschränkter Lebensqualität gewandelt. Eine frühe Diagnose durch diagnostische Standards und allgemeine Verfügbarkeit entsprechender Laborparameter, die Optimierung bestehender Behandlungsformen durch internationale Kooperationen und validierte Erfassung der Krankheitsaktivität haben dazu beigetragen, dass die „standardised mortality ratio“ von 14 auf etwa drei gesunken ist [i]. In den letzten fünf bis zehn Jahren stagnierte diese Entwicklung jedoch, neue Behandlungskonzepte sind erforderlich.

Bisher sind wir den einzelnen Manifestationen stets hinterhergelaufen: Wir haben gewartet, bis unsere Patienten eine Nierenbeteiligung und einen Schlaganfall bekommen haben, dann haben wir behandelt. Jetzt beinhalten die Therapieempfehlungen eine strikte Kontrolle jeglicher Krankheitsaktivität, ohne dafür Glukokortikoide zu nutzen [ii]. Denn erstens haben Glukokortikoide einen großen Anteil an der Morbidität und Mortalität aller Patienten mit Kollagenosen, und zweitens haben Patienten in Remission oder niedriger Krankheitsaktivität das bessere Outcome. Diese Empfehlung gilt es jetzt, konsequent umzusetzen, wofür wir in Deutschland ein erstes Studiendesign entwickelt haben [iii]. Die Konsequenz ist in jedem Fall ein frühzeitiger und häufigerer Einsatz von krankheitsmodifizierenden Medikamenten, für den SLE sind dies in der Regel Immunsuppressiva.

Es scheint absehbar, dass wir bei diesem Vorgehen bei einigen Patienten noch schneller als bisher an das Ende der bestehenden Möglichkeiten kommen. Für diese Patienten benötigen wir mehr und bessere Therapieoptionen als bisher. Erfreulicherweise gibt es kaum eine rheumatische Erkrankung, für die mehr potenzielle therapeutische Targets auf Basis der verstandenen Krankheitsentstehung existieren. Dementsprechend sind weltweit sehr viele Patienten in großen klinischen Zulassungsstudien, von denen bisher die meisten auch bei vielversprechenden ersten Ergebnissen gescheitert sind. Seit zehn Jahren gibt es bisher ein einziges Biologikum, das für den SLE zugelassen ist. Dessen Anwendung zeigt vor allem im Langzeitverlauf deutlichen Benefit für die Betroffenen und ist jetzt auch für die Behandlung der Nierenbeteiligung geprüft [iv]. Der Erfolg dieser Therapie bestätigt B-Lymphozyten als ein gutes Therapietarget für Autoimmunerkrankungen, weswegen weitere Substanzen – auch bei anderen Kollagenosen, insbesondere dem Sjögren-Syndrom – getestet werden, um im

Spektrum der vielfältigen verschiedenen B-Lymphozyten genauer diejenigen zu identifizieren und anzugehen, welche die zentrale Rolle im Krankheitsgeschehen übernehmen (sofern es eine solche gemeinsame Zelle für alle Patienten überhaupt gibt). An der Charité wurde erstmals die Elimination von langlebigen Plasmazellen mittels Antikörper exploriert [v]. An der Universität Erlangen wurde in diesem Kontext eine erste Patientin mit einem Therapiekonzept behandelt, das aus der Onkologie entlehnt wurde [vi].

Aktuell wurden von der FDA zwei weitere Substanzen für die Behandlung des Lupus zugelassen: Anifrolumab [vii, viii], ein Antikörper gegen den Interferon-Typ-I-Rezeptor, und Voclosporin [ix], ein modifiziertes Ciclosporin. Letzteres wurde speziell für die Lupus nephritis geprüft. Für die Zulassung war es an dieser Stelle ein guter Weg, die Heterogenität des SLE in den Studien durch die Reduktion auf eine bestimmte Manifestation (Lupus nNephritis) zu reduzieren. Ob es für die Zukunft sinnvoll ist, die unterschiedlichen Organmanifestationen gezielt mit verschiedenen Substanzen zu behandeln, wird weiter geprüft werden müssen. Denn es gibt keinen sicheren Anhalt dafür, dass die Pathogenese verschiedener Organmanifestationen prinzipiell unterschiedlich ist. Anifrolumab wird generell als neues Target die Therapieoptionen des SLE erweitern, wir wissen jedoch noch nicht, wer in welcher Situation von dieser Substanz profitiert. Die Mehrzahl der Erkrankten weist eine Interferon-Signatur auf, sodass dies nach den bisherigen Daten kein ausreichendes Differenzierungsmerkmal für die Therapie mit Anifrolumab ist. Ganz grundsätzlich fehlen uns auch weiterhin Surrogatmarker für eine Differentialindikation der verschiedenen Therapeutika.

Dass diese immer wichtiger werden, zeigen die neusten Entwicklungen bei der progressiven Systemsklerose: Hier haben wir mit dem Tyrosinkinaseinhibitor Nintedanib jetzt eine antifibrotisch wirksame Substanz in den Händen [x], was einen komplett neuen Therapieansatz darstellt. Dieser ist bei einer für uns bisher kaum beeinflussbaren Erkrankung natürlich sehr willkommen. Welche Patienten zur Prognoseverbesserung jedoch eine antifibrotische Therapie und welche eher eine antientzündliche Medikation benötigen, müssen wir noch herausfinden. Auch hier wären Surrogatmarker hilfreich, um den optimalen Einsatz der Substanzen zu gewährleisten. Insbesondere, da nicht nur die Lunge von Fibrosierung betroffen ist, sondern auch andere Organe final fibrosieren und damit bislang irreversibel geschädigt werden. Auch in diesen Indikationen könnte eine antifibrotische Substanz protektiv sein.

Wir erfahren aktuell eine große Bereicherung für die therapeutischen Optionen der systemischen Bindegewebserkrankungen, die wir sinnvoll in die bestehenden Therapiekonzepte integrieren werden. Dafür benötigen wir aber auch bessere Parameter für

*Online-Presskonferenz anlässlich
des 49. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der Wissenschaftlichen Herbsttagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
Mittwoch, 8. September 2021, 11.30 bis 12.30 Uhr*

die Indikation und das Ansprechen im Sinne spezifischer Surrogatmarker für jede einzelne Substanz.

Quellenangaben:

- ⁱ Arnaud L, Tektonidou MG. Long-term outcomes in systemic lupus erythematosus: trends over time and major contributors. *Rheumatology (Oxford)*. 2020 Dec 5;59(Suppl5):v29-v38. doi: 10.1093/rheumatology/keaa382. PMID: 33280012; PMCID: PMC7719040.
- ⁱⁱ Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, Aringer M, Bajema I, Boletis JN, Cervera R, Doria A, Gordon C, Govoni M, Houssiau F, Jayne D, Kouloumas M, Kuhn A, Larsen JL, Lerstrøm K, Moroni G, Mosca M, Schneider M, Smolen JS, Svenungsson E, Tesar V, Tincani A, Troidborg A, van Vollenhoven R, Wenzel J, Bertsias G, Boumpas DT. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019 Jun;78(6):736-745. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-215089. Epub 2019 Mar 29. PMID: 30926722.
- ⁱⁱⁱ Mucke J, Kuss O, Brinks R, Schanze S, Schneider M. LUPUS-BEST-treat-to-target in systemic lupus erythematosus: study protocol for a three-armed cluster-randomised trial. *Lupus Sci Med*. 2021 Jul;8(1):e000516. doi: 10.1136/lupus-2021-000516. PMID: 34253649; PMCID: PMC8268883.
- ^{iv} Furie R, Rovin BH, Houssiau F, Malvar A, Teng YKO, Contreras G, Amoura Z, Yu X, Mok CC, Santiago MB, Saxena A, Green Y, Ji B, Kleoudis C, Burriss SW, Barnett C, Roth DA. Two-Year, Randomized, Controlled Trial of Belimumab in Lupus Nephritis. *N Engl J Med*. 2020 Sep 17;383(12):1117-1128. doi: 10.1056/NEJMoa2001180. PMID: 32937045.
- ^v Ostendorf L, Burns M, Durek P, Heinz GA, Heinrich F, Garantziotis P, Enghard P, Richter U, Biesen R, Schneider U, Knebel F, Burmester G, Radbruch A, Mei HE, Mashreghi MF, Hiepe F, Alexander T. Targeting CD38 with Daratumumab in Refractory Systemic Lupus Erythematosus. *N Engl J Med*. 2020 Sep 17; 383(12):1149-1155. doi: 10.1056/NEJMoa2023325. PMID: 32937047.
- ^{vi} Mouggiakakos D, Krönke G, Völkl S, Kretschmann S, Aigner M, Kharboutli S, Böltz S, Manger B, Mackensen A, Schett G. CD19-Targeted CAR T Cells in Refractory Systemic Lupus Erythematosus. *N Engl J Med*. 2021 Aug 5; 385(6):567-569. doi: 10.1056/NEJMc2107725. PMID: 34347960.
- ^{vii} Furie RA, Morand EF, Bruce IN, Manzi S, Kalunian KC, Vital EM, Ford TL, Gupta R, Hiepe F, Santiago M, Brohawn PZ, Berglind A, Tummala R; TULIP-1 Trial Investigators. Type I interferon inhibitor anifrolumab in active systemic lupus erythematosus (TULIP-1): a randomised, controlled, phase 3 trial. *Lancet Rheumatol* 2019 Nov. 11;1(4):e208-e219. doi.org/10.1016/S2665-9913(19)30076-1.
- ^{viii} Morand EF, Furie R, Tanaka Y, Bruce IN, Askanase AD, Richez C, Bae SC, Brohawn PZ, Pineda L, Berglind A, Tummala R; TULIP-2 Trial Investigators. Trial of Anifrolumab in Active Systemic Lupus Erythematosus. *N Engl J Med*. 2020 Jan 16;382(3):211-221. doi: 10.1056/NEJMoa1912196. Epub 2019 Dec 18. PMID: 31851795.
- ^{ix} Rovin BH, Solomons N, Pendergraft 3rd WF, Dooley MA, Tumlin J, Romero-Diaz J, Lysenko L, Navarra SV, Huizinga RB; AURA-LV Study Group. A randomized, controlled double-blind study comparing the efficacy and safety of dose-ranging voclosporin with placebo in achieving remission in patients with active lupus nephritis. *Kidney Int*. 2019 Jan;95(1):219-231. doi: 10.1016/j.kint.2018.08.025. Epub 2018 Nov 9. PMID: 30420324.
- ^x Highland KB, Distler O, Kuwana M, Allanore Y, Assassi S, Azuma A, Bourdin A, Denton CP, Distler JHW, Hoffmann-Vold AM, Khanna D, Mayes MD, Raghu G, Vonk MC, Gahlemann M, Clerisme-Beaty E, Girard M, Stowasser S, Zoz D, Maher TM; SENSICIS trial investigators. Efficacy and safety of nintedanib in patients with systemic sclerosis-associated interstitial lung disease treated with mycophenolate: a subgroup analysis of the SENSICIS trial. *Lancet Respir Med*. 2021 Jan;9(1):96-106. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30330-1. PMID: 33412120.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Düsseldorf, September 2021

STATEMENT

Digitale Anwendungen in der Versorgung

Dr. med. Martin Krusche

Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Junge Rheumatologie (AGJR) – rheumadocs, Oberarzt
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Die Digitalisierung durchdringt zunehmend alle Bereiche unseres Lebens. Insbesondere befeuert durch die Covid-19-Pandemie und die Social-Distancing-Maßnahmen haben digitale Anwendungen einen weiteren Schub für den Einsatz in der Medizin und der Rheumatologie erhalten.

Telemedizinische Versorgungsangebote wie die Telefon- und Videosprechstunde sind verstärkt im Praxisalltag während der Pandemienmonate zum Einsatz gekommen.

Die Kommission Digitale Rheumatologie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie hat als Reaktion auf diese Entwicklung ebenfalls eine eigene Stellungnahme für die Anwendung der Videosprechstunde herausgegeben, in der die Funktionen für die zukünftige Nutzung dieser digitalen Versorgungsfunktion skizziert werden (Aries et al. 2020). Darüber hinaus wurden beim EULAR-Kongress die bisher noch unveröffentlichten „Points to consider for remote care“ vorgestellt, in denen die „EULAR Task Force“-Gruppe ebenfalls das Potenzial digitaler Technologien für die Versorgung von Rheumapatienten unterstrich.

Wie in der Analyse von Kernder et al. (2021) gezeigt werden konnte, besteht sowohl vonseiten der rheumatologischen Patienten als auch der Ärzte in Deutschland ein großes Interesse an der Nutzung von neuen digitalen Lösungen. So wurde insbesondere über Vorteile im Hinblick auf eine flexible zeit- und ortsunabhängige Betreuung mittels digitaler Tools berichtet.

Allerdings konnte eine andere Praxisanalyse der Kolleginnen und Kollegen aus Herne (Baraliakos et al. 2021) zum Thema Videosprechstunde zeigen, dass insbesondere aufgrund der technischen Voraussetzungen der Patienten und/oder der Komplexität der Grunderkrankung der Einsatz dieser Technologie nur für einen Teil der rheumatologischen Patienten geeignet war.

Neben der digitalen Sprechstundenversorgung rücken auch digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) und die Nutzung von elektronischen Monitoring-Technologien (Wearables) sowohl für das Krankheitsmonitoring als auch für die Therapie immer mehr in den Fokus für die Anwendung in der Rheumatologie.

Durch die Erstattungsfähigkeit der DiGAs („App auf Rezept“) drängen hier verschiedene Anbieter auf den Markt. So haben seit dem letzten Jahr 20 Gesundheits-Apps eine entsprechende indikationsbezogene Zulassung in Deutschland erhalten (Stand 24.08.2021). Auch wenn es aktuell noch keine erstattungsfähige rheumaspezifische App gibt, ist das Interesse an solchen Lösungen und die Nutzungsbereitschaft von Gesundheits-Apps unter Rheumapatienten sehr hoch, wie die Arbeit von Knitza et al. (2020) zeigen konnte. Neben reinen „Rheuma-Apps“ adressieren einige der bereits schon zugelassenen DiGAs Komorbiditäten wie zum Beispiel Depression oder Diabetes mellitus. Da das Management dieser Komorbiditäten im Rahmen von rheumatologischen Erkrankungen ebenfalls von besonderer Bedeutung ist, sind diese DiGAs auch für die Rheumatologie von Interesse.

Neben dem Einsatz von Apps könnten zukünftig auch Wearables für das Monitoring des individuellen Krankheitsverlaufs weiter in den Fokus rücken. So konnte in einer Studie von Gossec et al. (2019) gezeigt werden, dass bei Patienten mit rheumatoider Arthritis oder Spondylarthritis, die mittels Smartwatch „monitoriert“ wurden, mit sehr hoher Genauigkeit das Vorliegen eines Krankheitsschubes anhand der ermittelten digitalen Daten zu erkennen war. Die Möglichkeiten, durch passive digitale Datenerfassung Krankheitsverläufe besser zu überwachen und zu verstehen, sind teilweise schon vorhanden und könnten in der Zukunft auch für Therapieentscheidungen mit zurate gezogen werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der digitale Wandel, gerade durch die Covid-19-Pandemie befeuert, in der Rheumatologie immer stärker Einzug hält. Das Interesse und die Nutzungsbereitschaft der Patienten an neuen Konzepten sind vorhanden. Digitale Konzepte haben somit das Potenzial, die rheumatologische Versorgung (komplementär) zu unterstützen. Bisher fehlen jedoch noch Studiendaten, um die entsprechenden Versorgungseffekte in der Rheumatologie genauer zu bestimmen. Der Zugang zu entsprechenden digitalen Lösungen (Hardware, Software und leistungsstarke Internetverbindung) sowie die notwendigen Digitalkompetenzen („Digital Literacy“) stellen eine Barriere für die Nutzung digitaler Anwendungen dar, welche weiter abgebaut werden muss, damit die digitalen Konzepte erfolgreich in der Praxis implementiert werden können.

STATEMENT

Die Zukunft der Rheumatologie: #Rheuma2025

Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz

Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinisch-Wissenschaftlicher Leiter des Rheumazentrums Baden-Baden, Sprecher der Kommission Rheumatologie 2025

Die Versorgung der Patient*innen mit rheumatischen Erkrankungen ist in Deutschland durch viele Faktoren gefährdet. Ein wichtiger Grund dafür ist die fehlende Verfügbarkeit ausreichender Weiterbildungsstellen für Assistenzärzt*innen an befugten Kliniken und Praxen.

Jährlich werden mindestens 70 bis 80 neue Rheumatolog*innen benötigt. Diese Zahl zu erreichen, kann nur mit mehr rheumatologischen Lehrstühlen gelingen, mit einer besseren universitären Ausbildung der Studierenden und einer gezielten Weiterbildungsförderung der Assistenzärzt*innen. Nur so lässt sich die Zukunft der Versorgung unserer Patient*innen sichern.

Die Öffentlichkeitskampagne „#rheuma2025“ des Bündnisses für Rheumatologie zielt darauf, die Studierenden ganz früh durch die Buntheit des Faches für die Rheumatologie zu begeistern. Weitere Ziele sind es, die vielen Facetten rheumatischer Erkrankungen in der Öffentlichkeit darzustellen und der Gesundheitspolitik klarzumachen, dass sie Maßnahmen ergreifen muss, ihrer Zentralaufgabe – der Sicherstellung der Versorgung der kranken Mitmenschen – endlich wieder nachzukommen.

Bis 2030 rund 800 Ärzt*innen in der Rheumatologie weiterzubilden, ist ein Kernziel des Bündnisses für Rheumatologie – und unabdingbar, um einem Mangel an Rheumatolog*innen entgegenzuwirken. Mit durchschnittlich nur 14 Vorlesungsstunden plus Übungen fristet die Rheumatologie im Medizinstudium ein Schattendasein. Dieses Defizit kann nur durch mehr rheumatologische Lehrstühle und selbstständige rheumatologische Einheiten an allen Universitätskliniken beseitigt werden. Nur so wird es gelingen, die Rheumatologie tief in der universitären Ausbildung zu verankern, ein ausreichendes Lehrangebot zu etablieren und den ärztlichen Nachwuchs für eine rheumatologische Weiterbildung zu gewinnen.

Das aktuelle Krankenhausfinanzierungssystem fördert umsatzstarke Abteilungen, deren teure Prozeduren einen hohen Geldumsatz für das Klinikum generieren. Die logische Konsequenz ist die unausgewogene Schaffung von Weiterbildungsstellen – und damit von Fachärzt*innen in diesen Fächern. Nicht der Versorgungsbedarf der Bevölkerung, sondern

das Krankenhausfinanzierungssystem reguliert maßgeblich die Verfügbarkeit eines Weiterbildungsfachs für junge Kolleg*innen.

Da die „sprechende Medizin“ wie die Rheumatologie diese finanzstarken Prozeduren vergleichsweise nicht bieten kann, werden in den großen Weiterbildungskrankenhäusern viel zu wenige Arztstellen für unsere Fächer ausgeschrieben. Dies hat zur logischen Folge, dass die Anzahl der Fachärzt*innen nicht – wie es sein sollte – durch den Bedarf der Bevölkerung bestimmt wird, sondern ganz vordergründig durch die Finanzkraft der medizinischen Subspezialität.

Dieses wichtige Lenkungsinstrument hat sich die Gesundheitspolitik völlig aus den Händen nehmen lassen. Damit die Rheumatologie den Bedarf der Bevölkerung decken kann, müssen mehr Weiterbildungsstellen geschaffen werden. Denn nur so wird es möglich sein, entzündlich-rheumatische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und die gut 1,5 Millionen Betroffenen optimal und kostensparend zu versorgen.

Für diese Ziele engagiert sich das Bündnis für Rheumatologie in seiner Kampagne #rheuma2025. Das Bündnis für Rheumatologie ist ein Zusammenschluss der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh), des Berufsverbands Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh) und des Verbands Rheumatologischer Akutkliniken e.V. (VRA) mit Unterstützung der RheumaAkademie – Rheumatologische Fortbildungsakademie GmbH. In der Kampagne #rheuma2025.de bündeln wir unsere Kräfte, um die rheumatologische Versorgung von Millionen von Betroffenen heute und in der Zukunft zu sichern. Unsere Kampagnenwebsite <https://rheuma2025.de/> gibt Ihnen Informationen zu verschiedenen Aktivitäten. Auf Instagram (Link auf https://www.instagram.com/r_rhmtlgy/) und auf Youtube (Link auf <https://www.youtube.com/channel/UCpdHtpdlaAe35ORxW28Pdyg>) sind verschiedene Foren geschaltet zu Ausbildung, berufspolitischen und wissenschaftlichen Themen mit Vorlesungen, Quizfragen, Falldemonstrationen und Interviews von Rheumatolog*innen zu ihrer Sicht des Berufsalltags.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Heidelberg, September 2021



2. Online-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2021

49. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
Wissenschaftliche Herbsttagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)

Termin: Donnerstag, 16. September 2021, 13.30 bis 14.30 Uhr

Link: https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_jEQPNFSxRcWJg0jYimoX4Q

Themen und Referierende

Kongresshighlights 2021

und

Rheuma als Systemerkrankung: Darm-Gelenk-Achse

Professor Dr. med. Georg Schett, Kongresspräsident der DGRh, Direktor der Medizinischen Klinik 3, Rheumatologie und Immunologie, Universitätsklinikum Erlangen

Operative Rheumatologie im Wandel der Zeit

Professor Dr. med. Hans-Dieter Carl, Kongresspräsident der DGORh, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Krankenhaus Martha-Maria Nürnberg

Neue Behandlungskonzepte bei Gelenkentzündungen

Professor Dr. med. Andreas Krause, Präsident der DGRh, Ärztlicher Direktor und Chefarzt am Immanuel Krankenhaus Berlin, Fachabteilung Innere Medizin, Rheumatologie, Klinische Immunologie und Osteologie

Einblicke in die Forschung: von der Einzelzellforschung zu neuen Therapieansätzen

Professor Dr. med. Ulf Wagner, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Kompetenznetz Rheuma (KNR), Leiter Arbeitsgruppe Experimentelle Rheumatologie, Stellvertretender Bereichsleiter Rheumatologie, Universitätsklinikum Leipzig

Kardiovaskuläre Begleiterkrankungen bei Rheuma – was gibt es Neues?

PD Dr. med. Anne-Kathrin Tausche, Oberärztin, Abteilung für Rheumatologie an der Medizinischen Klinik und Poliklinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

Moderation: Stephanie Priester, Pressestelle DGRh, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Stephanie Priester, Janina Wetzstein, Corinna Deckert
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-605/-309, Fax: 0711 8931-167
priester@medizinkommunikation.org
wetzstein@medizinkommunikation.org
deckert@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de

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

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

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

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

Die Zahlen im Einzelnen:

1. Rheumatoide Arthritis („entzündliches Gelenkrheuma“)

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

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

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

3. Psoriasis-Arthritis

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

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

Hierzu gehören u.a:

4.1 Systemischer Lupus Erythematoses (SLE)

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

4.2 Polymyalgia rheumatica und 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 JWW (ed.) *EULAR textbook on rheumatic diseases*. London (BMJ Group) 2012, S. 637-664
18. Prevalence and incidence of systemic sclerosis in southern Sweden: population-based data with case ascertainment using the 1980 ARA criteria and the proposed ACR-EULAR classification criteria. Andréasson K, Saxne T, Bergknut C, Hesselstrand R, Englund M. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(10):1788-92
19. McBeth J, Jones K. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007; 21:403-425
20. Minden K. Classification and epidemiology of juvenile idiopathic arthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Hrsg.) *Rheumatology* (6th edition), Philadelphia (Elsevier) 2015, Chapter 100, p. 826-832
21. Zink A, Minden K, List S. Entzündlich-rheumatische Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Heft 49, 2010, Berlin
22. Rabenberg M. Arthrose. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut. Heft 54, 2013 Berlin
23. Cross M et al., Global burden of disease study. *Ann Rheum Dis* 2014;73:1323-30
24. Annemans L, Spaepen E, Gaskin M et al. Gout in the UK and Germany: prevalence, comorbidities and management in general practice 2000-2005. *Ann Rheum Dis*. 2008 Jul;67(7):960-6.
25. Choi HK. Epidemiology of gout. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Hrsg.) *Rheumatology* (6th edition), Philadelphia (Elsevier) 2015, Chapter 186, p. 1549-1555
26. Gothe H et al. Epidemiologie der Osteoporose: Bone Evaluation Study – Eine Analyse von Krankenkassen Routinedaten. *Dtsch. Ärzteblatt* 2013;110(4):52-57
27. Eich W, Häuser W, Arnold B et al. Das Fibromyalgiesyndrom. Definition, Klassifikation, klinische Diagnose und Prognose. *Schmerz* 2012;26(3):247-58.

Über die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

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

Aufgaben und Ziele

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

Struktur und Gremien

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

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

Kooperationen

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

Mitglieder

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

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