



Kongress-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2022 (hybrid)

50. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
36. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
32. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)

Termin: Donnerstag, 1. September 2022, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Hotel Estrel Berlin, Estrel Saal B

Adresse: Sonnenallee 225, Berlin

Link: <https://attendee.gotowebinar.com/register/8732517485109733135>

Themen und Referierende

Wenn Rheuma die Lunge betrifft: aktuelle Forschungsergebnisse zu interstitiellen Lungenerkrankungen

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

Immer weniger Operationen aufgrund von Rheuma – ein Trugschluss? Warum Qualität in spezialisierten Zentren für operative Rheumatologie so wichtig ist

Professor Dr. med. Andreas Niemeier, Kongresspräsident der DGORh, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

Augenentzündung bei Kindern:

Die Hälfte der Betroffenen kämpft mit Langzeitfolgen – warum?

Professor Dr. med. Kirsten Minden, Kongresspräsidentin der GKJR, Kinderreumatologin an der Universitäts-Kinderklinik, Charité, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Leiterin der AG Kinder- und Jugendrheumatologie am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ), Berlin

Gesundheitskompetenz – verstehen und verstanden werden

Rotraut Schmale-Grede, Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, Bonn

Feinstaub, Pestizide & Co: Zusammenhang von Umweltschmutz und rheumatischen Erkrankungen

Professor Dr. med. Hendrik Schulze-Koops, Leiter der Sektion Rheumatologie und Klinische Immunologie, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

Moderation: *Janina Wetzstein*, Pressestelle DGRh, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein, Stella Muthorst, Corinna Deckert
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-457/-309, Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
muthorst@medizinkommunikation.org
deckert@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de

Vor Ort auf dem Kongress:

Mittwoch, 31. August 2022 16.00 Uhr,
bis Freitag, 2. September 2022
Pressebüro im Auditorium Bereich
1. OG, Raum VI



Deutscher Rheumatologiekongress vom 31. August bis 3. September 2022 in Berlin (hybrid)

Aktuelle Forschung zu interstitiellen Lungenerkrankungen

Die Lunge – ein häufiger Nebenschauplatz des Rheumas

Berlin, 1. September 2022 - Die Angriffe des eigenen Immunsystems, die für entzündlich-rheumatische Erkrankungen typisch sind, können viele Organe und Gewebe im ganzen Körper betreffen. Besonders häufig ist die Lunge in das Entzündungsgeschehen eingebunden. Dann kommt es zu einer so genannten interstitiellen Lungenerkrankung, in deren Verlauf das Lungengewebe zunehmend vernarben und an Funktion verlieren kann. Welche Fortschritte es in der Diagnose und Therapie dieser für die Patient:innen sehr belastenden und mit einer erhöhten Sterblichkeit verbundenen Erkrankung gibt, wird ein Thema auf dem Deutschen Rheumatologiekongress 2022 sein. Auf der heutigen Kongress-Presskonferenz werden aktuelle Forschungsergebnisse zu den interstitiellen Lungenerkrankungen vorgestellt.

Das Risiko dafür, dass das Krankheitsgeschehen auf die Lunge übergreift, ist nicht bei allen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen gleich hoch. Besonders häufig tritt die kurz als ILD bezeichnete interstitielle Lungenerkrankung bei der systemischen Sklerose, der rheumatoiden Arthritis (Gelenkrheuma), dem Sjögren-Syndrom und den hauptsächlich die Muskeln betreffenden Myositiden auf. „Genauere Angaben zur Häufigkeit der ILD sind jedoch schwierig“, sagt Professor Dr. med. Andreas Krause, Chefarzt am Immanuel Krankenhaus Berlin, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) und Kongresspräsident. Nicht alle Patientinnen würden konsequent auf einen möglichen Lungenbefall hin untersucht, zudem sei der Übergang zwischen gering ausgeprägten, eher harmlosen Lungenbefunden und einer klinisch bedeutsamen ILD fließend.

Mittlerweile sind jedoch einige Risikofaktoren bekannt, die eine Lungenbeteiligung bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen besonders wahrscheinlich machen. Bei der rheumatoiden Arthritis (RA) etwa sind fast ausschließlich Patientinnen und Patienten betroffen, bei denen sich der so genannte Rheumafaktor und bestimmte als ACPA bezeichnete Antikörper im Blut finden. Auch entwickeln männliche RA-Patienten häufiger

eine ILD als Frauen, Raucher häufiger als Nichtraucher. „Darüber hinaus wurde vor Kurzem ein genetischer Risikofaktor für eine Lungenbeteiligung bei der RA entdeckt“, berichtet Krause. Während das durchschnittliche ILD-Risiko bei 5 bis 10 Prozent liege, seien Männer mit dieser genetischen Besonderheit zu fast 20 Prozent betroffen. Bei anderen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, etwa der systemischen Sklerose und bestimmten Muskelentzündungen, liegt der Anteil der Betroffenen zum Teil noch deutlich darüber – je nach Verlaufsform der Grunderkrankung und Art der verursachenden Autoantikörper entwickeln zwischen 30 und 70 Prozent der Patientinnen und Patienten eine Lungenbeteiligung. Für die Therapie der rheumabedingten ILD steht mittlerweile eine Reihe von gut wirksamen Medikamenten zur Verfügung, die die überschießende Immunaktivität bremsen und so das Lungengewebe schützen. „Allerdings ist die wissenschaftliche Evidenz für ihren Einsatz weiterhin gering“, sagt Krause – sie beruhe im Wesentlichen auf Registerdaten, Fallserien und Einzelberichten. Kontrollierte Studien seien nach wie vor rar und würden dringend benötigt.

Neben der Immunsuppression gewinnt ein weiteres Wirkprinzip bei der Behandlung der ILD an Bedeutung: So genannte Antifibrotika sollen die entzündungsbedingte Umwandlung von funktionellem Lungengewebe in Narbengewebe unterbinden und so das Voranschreiten der Lungenfibrose zumindest verlangsamen. Erste Studien zeigen, dass ILD-Patientinnen und -Patienten mit unterschiedlichen rheumatischen Grunderkrankungen davon profitieren, insbesondere wenn die immunsuppressive Therapie von einer Behandlung mit Antifibrotika flankiert wird. Voraussetzung dafür, die ILD effektiv therapieren und die Lungenfunktion bestmöglich erhalten zu können, ist jedoch eine frühe Diagnosestellung. „Die Herausforderung besteht hier darin, dass eine ILD zu jedem Zeitpunkt der rheumatischen Erkrankung neu entstehen kann“, sagt Kongresspräsident Krause. Manchmal sei dies sogar noch vor der Rheumadiagnose selbst der Fall. Bei jeder neu diagnostizierten ILD solle daher auf eine möglicherweise zugrundeliegende rheumatische Erkrankung geachtet werden. Umgekehrt sollten alle Rheumapatient:innen auf eine mögliche ILD hin untersucht werden. Dabei müssen mindestens die Lunge abgehört und mögliche Symptome wie Husten oder Luftnot abgefragt werden. Goldstandard für die Diagnose der ILD ist jedoch die Dünnschicht-Volumen-Computertomographie. Empfehlungen dazu, welche Methode unter welchen Voraussetzungen und in welchen Abständen eingesetzt werden sollte, werden derzeit in einer interdisziplinären Leitlinie ausgearbeitet.

Ohnehin sind Diagnose und Therapie der rheumabedingten ILD von Anfang an eine interdisziplinäre Aufgabe, betont Krause. „Schon bei Verdacht auf eine ILD – und erst recht beim Nachweis der Erkrankung – sollten das diagnostische Vorgehen, die erhobenen Befunde und die Therapie in interdisziplinären Konferenzen unter Beteiligung von Fachärzte:innen aus der Rheumatologie, Pulmonologie, Radiologie und Pathologie besprochen werden.“ Auf der hybriden Kongress-Presskonferenz am 1. September wird auch Thema sein, inwieweit Rheuma seinen Ursprung in der Lunge haben kann - etwa bedingt durch Luftverschmutzung.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Literatur:

*Horneff et al. PROTOCOLS ON CLASSIFICATION; MONITORING AND THERAPY IN CHILDREN'S RHEUMATOLOGY (PRO-KIND): RESULTS OF THE WORKING GROUP POLYARTICULAR JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS: *Pediatric Rheumatology* 2017; 15:78*

*Trinciante et al. DEFINITION AND VALIDATION OF THE AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY 2021 JUVENILE ARTHRITIS DISEASE ACTIVITY SCORE CUTOFFS FOR DISEASE ACTIVITY STATES IN JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS. *Arthritis Rheumatol.* 2021 Nov; 73(11):1966-1975*

Pressekontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein, Stella Muthorst, Corinna Deckert
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-457/-309, Fax: 0711 8931-167

wetzstein@medizinkommunikation.org

muthorst@medizinkommunikation.org

deckert@medizinkommunikation.org

www.dgrh-kongress.de



Deutscher Rheumatologiekongress vom 31. August bis 3. September 2022 in Berlin (hybrid)

Studie zu rheumatisch bedingten Augenentzündungen: Sehkraft bei Kindern und Jugendlichen effektiver erhalten

Berlin, 1. September 2022 – Rund 15 000 Kinder und Jugendliche in Deutschland leiden an Gelenkrheuma, das als juvenile idiopathische Arthritis (JIA) bezeichnet wird. Die JIA ist damit die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung in dieser Altersgruppe – und zugleich eine Erkrankung, die bei nicht wenigen Betroffenen auch die Augen in Mitleidenschaft zieht. Trotz deutlich verbesserter diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten hat jedes zweite der so betroffenen Kinder mit Langzeitfolgen zu kämpfen. Darauf weisen Expert:innen anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2022 hin, der gemeinsamen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) und der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR). Auf der heutigen kongressbegleitenden Pressekonferenz werden Defizite aufgezeigt und mögliche Verbesserungen anhand aktueller Zahlen der ICON-Studie diskutiert.

Wenn die entzündlichen Prozesse der juvenilen idiopathischen Arthritis auf die Augen übergreifen, ist davon insbesondere die mittlere Augenhaut (Uvea) im vorderen Augenbereich betroffen. Sie bildet dort die Iris (Regenbogenhaut) und den ringförmigen Ziliarmuskel, der der Aufhängung und Schärfenanpassung der Linse dient. „Eine Entzündung in diesem Bereich (Uveitis) ist gefährlich, weil sie bei den meisten Kindern zunächst weder sicht- noch spürbar ist“, sagt Professorin Dr. med. Kirsten Minden, Kinderrheumatologin an der Universitäts-Kinderklinik der Charité und Kongresspräsidentin der GKJR. Unerkannt und unbehandelt könne sie aber rasch zu schwerwiegenden Komplikationen mit Sehkrafteinbußen bis hin zur Erblindung führen.

Zu einer Beteiligung der Augen am rheumatischen Entzündungsprozess kommt es bei etwa jedem siebten Kind mit JIA. Bei der häufigsten JIA-Form, der Oligoarthritis, ist sogar jedes fünfte Kind von einer Uveitis betroffen. Wie gut die Augenentzündung mit heutigen Therapien kontrolliert werden kann, untersuchte eine große Beobachtungsstudie an elf

Kinderrheumazentren in Deutschland. „An der ICON-Studie haben knapp 1000 an JIA erkrankte Kinder über zehn Jahre hinweg teilgenommen“, berichtet Minden. In den ersten fünf Beobachtungsjahren hätten 14 Prozent der kleinen Patient:innen eine Augenentzündung entwickelt, der in der Regel mit einer intensiven Rheumamedikation begegnet wurde. Damit konnte die Entzündung bei über 90 Prozent der Kinder sehr gut eingedämmt werden. Sie wiesen fünf Jahre nach Erkrankungsbeginn entweder keine oder nur eine sehr geringe Krankheitsaktivität auf. Auch lag bei zwei Dritteln der Kinder die Sehschärfe über 80 Prozent.

„Unerwartet hoch war jedoch die Komplikationsrate“, gibt Minden zu bedenken. Denn wie die Studie zeigte, wies jedes vierte von einer Uveitis betroffene Kind bereits beim ersten Augenarztbesuch Komplikationen auf. „Diese Kinder werden demnach zu spät und erst dann vom Augenarzt gesehen, wenn bereits Komplikationen aufgetreten sind.“ Hier müsse mit einem frühzeitigen Uveitisscreening gegengesteuert werden - idealerweise unmittelbar nach der JIA-Diagnose. Diese Untersuchung müsse in individuell festzulegenden Abständen in den ersten Erkrankungsjahren, aber auch nach einer Reduktion oder dem Absetzen der Rheumamedikation wiederholt werden. Auch der allererste Schritt zu einer angemessenen Versorgung, die JIA-Diagnose selbst, nimmt zu viel Zeit in Anspruch – ab den ersten Beschwerden dauert es bei jedem zweiten Kind noch immer länger als die empfohlenen sechs Wochen, bis es in rheumatologische Behandlung kommt.

Als alarmierend bewertet Minden auch die weitere Zunahme der Augenkomplikationen im Verlauf der Therapie. Im Beobachtungszeitraum von fünf Jahren wies fast jedes zweite Kind Komplikationen wie entzündungsbedingte Verklebungen von Iris und Linse, einen grauen Star oder einen erhöhten Augeninnendruck bis hin zum grünen Star auf. „Diese können als Folge der Entzündung, aber auch als Folge einer langfristigen Glukokortikoidgabe auftreten“, sagt die erfahrene Kinderrheumatologin. Daher gelte es, die langfristige Behandlung mit glukokortikoidhaltigen Augentropfen kritisch zu hinterfragen, die bei vielen der kleinen Patient:innen trotz guter Uveitiskontrolle fortgeführt werde. Obwohl in der ICON-Studie 85 Prozent der Kinder nach fünf Jahren eine komplett inaktive Uveitis hatten, wurden über 40 Prozent noch immer mit lokalen Glukokortikoiden behandelt, die ein Risiko für grauen und grünen Star bergen. Der Einsatz von Glukokortikoiden ist in der Rheumabehandlung unverzichtbar, um eine überschießende Entzündungsaktivität rasch zu dämpfen und schwerwiegende Folgeschäden zu verhindern. „Aufgrund des großen Spektrums an

unerwünschten Wirkungen sollten Glukokortikoide jedoch so niedrig dosiert und so kurz wie möglich eingesetzt werden“, ergänzt Professor Dr. med. Andreas Krause, Chefarzt am Immanuel Krankenhaus Berlin und Kongresspräsident der DGRh. Dass dieser Grundsatz nicht nur in der Erwachsenen-, sondern viel mehr noch in der Kinderrheumatologie gelte, würden die Ergebnisse der ICON-Studie ein weiteres Mal eindrücklich belegen.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Pressekontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein, Stella Muthorst, Corinna Deckert
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-457/-309, Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
muthorst@medizinkommunikation.org
deckert@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de



Deutscher Rheumatologiekongress vom 31. August bis 3. September 2022 in Berlin (hybrid)

Luftverschmutzung fördert die Entstehung von rheumatoider Arthritis

Berlin, 1. September 2022 – Der genaue Einfluss von Umweltverschmutzung auf die Entstehung von Autoimmunerkrankungen ist noch in vielen Fragen ungeklärt. Neuere Daten zeigen jedoch einen eindeutigen Zusammenhang: Wer über einen langen Zeitraum Luft ausgesetzt ist, die mit Schadstoffen angereichert ist, entwickelt mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit eine rheumatoide Arthritis. Dabei spielt auch die Größe der Toxinpartikel eine Rolle für das Krankheitsrisiko. Weitere Details dazu erläutert ein Experte bei der heutigen Kongress-Presskonferenz anlässlich des 50. Deutschen Rheumatologiekongresses.

Luftverschmutzung ist einer der Umweltfaktoren, die das Risiko für Krankheitsentstehung mit am meisten erhöhen. Laut der WHO-Studieninitiative „Global Burden of Disease“ lag die Zahl vorzeitiger Todesfälle durch Luftverschmutzung 2016 bei rund fünf Millionen Fällen pro Jahr weltweit. „Diese Tendenz ist in den vergangenen 30 Jahren klar gestiegen und wird laut Prognosen in den kommenden 20 Jahren noch weiter steigen, falls keine entsprechenden Maßnahmen getroffen werden“, sagt Professor Hendrik Schulze-Koops, 2. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) und Leiter der Sektion Rheumatologie und Klinische Immunologie, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Auch auf die Entstehung und den Verlauf entzündlich-rheumatischer Erkrankungen wirken sich Umweltfaktoren aus. Luftverschmutzung kann etwa eine Antwort des Immunsystems gegen bestimmte Fremdkörper und Entzündungsreaktionen auslösen. Zudem ist aus früheren Studien bekannt, dass die Entstehung von rheumatoider Arthritis mit dem Rauchen, aber auch mit der Nähe zu Straßen und verschmutzter Luft in Verbindung steht. Der allgemeine Zusammenhang zwischen einer langanhaltenden Einwirkung von schadstoffbelasteter Luft und dem Risiko, eine Autoimmunerkrankung zu entwickeln, war jedoch bislang unklar.

Analyse von Wohnort und Krankengeschichte zeigt klares Bild

Eine aktuelle Studie der Autor:innen um Giovanni Adami, die in der Fachzeitschrift RMD Open erschien, fand nun einen eindeutigen Zusammenhang zwischen luftverschmutzenden Partikeln und dem Auftreten von Autoimmunerkrankungen. Zu diesen Krankheiten gehören etwa die rheumatoide Arthritis, aber auch Lupus, Sklerose und Bindegewebserkrankungen sowie Krankheiten des Magen-Darm-Trakts oder immunvermittelte neurologische Krankheiten wie Multiple Sklerose.

In der Studie werteten die Forschenden retrospektiv die Daten von 80000 Einwohnern aus ganz Italien aus, die im Zeitraum zwischen 2016 und 2020 erfasst worden waren. Sie analysierten die Luftqualität an verschiedenen Punkten und verglichen sie mit den Krankenakten der Bewohner in diesen Gegenden. Zu den gemessenen Komponenten zählen feste Partikel und gasförmige Substanzen, die vor allem aus der Verbrennung fossiler Brennstoffe in Industrie und Verkehr hervorgehen. In den Messungen war vor allem feste Partikelmaterie (PM) enthalten, die sich aus Schwermetallen, kohlenstoffhaltigen Substanzen, Gasen wie Kohlenmonoxid oder Stickoxid und anderen chemischen Komponenten zusammensetzt.

Es zeigte sich eine sehr deutliche Verbindung zwischen der Menge an Schadstoffpartikeln der definierten Größe PM10, und dem Auftreten von Autoimmunerkrankungen. „Mit jedem Anstieg der PM10-Konzentration um $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ stieg das Risiko einer rheumatoiden Arthritis um sieben Prozent“, erklärt Professor Schulze-Koops. Mit einem erhöhten Risiko für andere Autoimmunerkrankungen stand PM10 nicht in Verbindung. Personen, die hohen Mengen von kleineren Partikeln ausgesetzt waren (PM2.5) wiesen jedoch sowohl ein erhöhtes Risiko für rheumatoide Arthritis als auch für Bindegewebserkrankungen und chronisch-entzündliche Darmerkrankungen auf.

Umweltschutzmaßnahmen zur Verhinderung von Krankheiten notwendig

„Es zeichnet sich ab, dass die Häufigkeit von vor allem entzündlich-rheumatischen Autoimmunerkrankungen durch Umweltverschmutzung gefördert werden kann“, so Professor Schulze-Koops. Autoimmunerkrankungen traten in den vergangenen zehn Jahren häufiger auf als zuvor. Die Gründe dafür sind noch nicht vollständig entschlüsselt, aber grundlegend gehen Forschende von einem Zusammenspiel zwischen genetischer Veranlagung und

Umwelteinflüssen, wie etwa Luftverschmutzung, aus. „Auch wenn ein Verifizieren der Daten durch weitere Studien notwendig ist, sollten die Erkenntnisse Einzug in aktuelle Debatten finden. Es braucht dringend nachhaltige Maßnahmen zur Verhinderung von Luftverschmutzung. Dies wäre ein wichtiger Beitrag zur Vorbeugung chronischer Krankheiten.“

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Literatur:

Adami G, Pontalti M, Cattani G, et al. Association between long-term exposure to air pollution and immune-mediated diseases: a population-based cohort study. RMD Open 2022;8:e002055. doi:10.1136/rmdopen-2021-002055

The University of British Columbia. Poor air quality kills 5.5 million worldwide annually. Online: <https://news.ubc.ca/2016/02/12/poor-air-quality-kills-5-5-million-worldwide-annually/>; 22.08.2022

Adami G, Viapiana O, Rossini M, et al. Association between environmental air pollution and rheumatoid arthritis flares. Rheumatology, Volume 60, Issue 10, October 2021, Pages 4591–4597, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keab049>

Pressekontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein, Stella Muthorst, Corinna Deckert
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-457/-309, Fax: 0711 8931-167
wetzstein@medizinkommunikation.org
muthorst@medizinkommunikation.org
deckert@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de

STATEMENT

Wenn Rheuma die Lunge betrifft: aktuelle Forschungsergebnisse zu den interstitiellen Lungenerkrankungen

Professor Dr. med. Andreas Krause

Kongresspräsident der DGRh, Ärztlicher Direktor und Chefarzt am Immanuel Krankenhaus Berlin, Fachabteilung Innere Medizin, Rheumatologie, Klinische Immunologie und Osteologie

Eine Beteiligung der Lunge mit deren unterschiedlichen Strukturen gehört zu den häufigsten und bedeutsamsten Organbeteiligungen vieler entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen. Besondere Bedeutung besitzt dabei der entzündliche Befall des Lungengewebes in Form einer interstitiellen Lungenerkrankung (ILD), häufig mit Entwicklung einer Lungenfibrose. Die ILD ist daher oftmals mit einer erheblichen Belastung für die betroffenen Patient*innen und einer erhöhten Sterblichkeit verbunden.

Besonders häufig treten ILDs bei systemischer Sklerose (SSc), rheumatoider Arthritis (RA), Sjögren-Syndrom (SjS) und bestimmten Erkrankungen aus der Gruppe der idiopathischen inflammatorischen Myopathien (Myositiden; IIM) auf. Da der Lungenbefall zunächst unbemerkt bleiben kann, nicht alle Patient*innen konsequent hinsichtlich einer möglichen ILD untersucht werden und der Übergang zwischen gering ausgeprägten, eher harmlosen Untersuchungsbefunden und klinisch bedeutsamer ILD fließend ist, gibt es bisher keine genauen epidemiologischen Daten zur Häufigkeit der ILDs.

Bei der RA sind fast ausschließlich Rheumafaktor- und ACPA-positive Patient*innen betroffen. Rauchen und männliches Geschlecht sind zusätzliche Risikofaktoren. Vor Kurzem wurde zudem ein genetischer Risikofaktor (Variante in der Promoterregion des MUC5B-Gens) entdeckt. Während das durchschnittliche Risiko für eine ILD bei RA bei circa fünf bis zehn Prozent liegt, sind genetisch vorbelastete Männer zu fast 20 Prozent betroffen.

Patient*innen mit SSc mit ausgedehntem Hautbefall (diffus-kutane Verlaufsform) und insbesondere solche mit bestimmten Autoantikörpern (Scl-70) tragen ein über 50-prozentiges Risiko für eine Lungenbeteiligung in Form einer ILD. Beim SjS sind, je nach Verlauf, bis zu 40 Prozent von einer ILD betroffen, während die Prävalenz bei den IIM stark von Phänotyp und Autoantikörperprofil abhängt und zwischen 30 Prozent und über 70 Prozent schwankt.

Der Verlauf einer ILD ist nicht sicher vorhersehbar. Röntgenologisch und histologisch zeigt der entzündliche Lungenbefall verschiedene Schädigungsmuster mit ganz unterschiedlicher Prognose. Vielfach nimmt der Lungenbefall unbehandelt jedoch immer weiter zu und es

entwickelt sich eine fortschreitende Vernarbung des Lungengewebes, eine progrediente Lungenfibrose. Je nach Grunderkrankung, Art der ILD und Risikofaktoren liegt dieser Anteil bei 20 Prozent bis über 50 Prozent. Die dadurch immer mehr nachlassende Funktion der Lungen bestimmt vielfach die klinische Symptomatik und stellt eine der häufigsten Todesursachen bei den betroffenen Patient*innen dar.

In der Diagnostik ist besonders zu beachten, dass die ILDs häufig schon sehr früh im Krankheitsverlauf auftreten und sich teilweise sogar schon vor dem Auftreten der ersten rheumatischen Symptome klinisch manifestieren können. Bei jeder neu diagnostizierten ILD ist also auf eine möglicherweise zugrunde liegende beziehungsweise im Verlauf auf eine sich entwickelnde rheumatische Grunderkrankung zu achten. Umgekehrt sollten alle Rheumapatient*innen regelmäßig auf eine mögliche Lungenbeteiligung untersucht werden. Welche Untersuchungstechniken dabei wie oft zum Einsatz kommen, ist von rheumatischer Grunderkrankung und vielen Einfluss- und Risikofaktoren abhängig und wird gerade in einer interdisziplinären Leitlinie ausgearbeitet. In jedem Falle gehören aber eine entsprechende Anamnese mit Fragen nach Symptomen einer ILD, eine Auskultation der Lunge und eine Lungenfunktionsprüfung dazu. Auch sind je nach Befundkonstellation regelmäßige Verlaufsuntersuchungen erforderlich. Goldstandard zur Diagnostik einer ILD ist die Dünnschicht-Volumen-CT (Computertomografie). Bei Verdacht auf oder Nachweis einer ILD sollten das diagnostische Vorgehen, erhobene Befunde sowie die Therapie in interdisziplinären Konferenzen unter Beteiligung von Pneumologen, Rheumatologen, Radiologen und Pathologen besprochen werden.

Die medikamentöse Therapie der ILD im Rahmen einer rheumatischen Grunderkrankung ist zunächst entzündungshemmend und immunsuppressiv ausgerichtet. Neben Glukokortikoiden stehen eine Reihe konventioneller Immunsuppressiva, Biologika und seit Kurzem auch JAK-Inhibitoren zur Verfügung. Ziel ist die effektive Behandlung der Grunderkrankung mit ihren meist unterschiedlichen Manifestationen einschließlich der ILD. Leider existieren bisher nur wenige kontrollierte Studien zur Behandlung der SSc-ILD, die Wahl der Medikamente bei den anderen Erkrankungen stützt sich auf Fallserien, Registerdaten und Einzelberichte. Auch wenn in den letzten Jahren die Therapie der ILD verbessert werden konnte, sind dringend weitere klinische Studien erforderlich.

Ein neuer Ansatz ist die antifibrotische Therapie, die in der Regel zusätzlich zur immunmodulierenden oder -supprimierenden Behandlung eingesetzt wird. Bisher steht

hierfür ein zugelassenes Medikament zur Verfügung, das das Fortschreiten einer Lungenfibrose bei unterschiedlichen Grunderkrankungen zumindest verzögern kann. Zusammenfassend hat sich in den letzten Jahren unser Verständnis der ILD bei rheumatischen Grunderkrankungen deutlich verbessert und es wurden große Fortschritte erzielt in der Diagnostik, Einteilung, Verlaufsbeurteilung und Therapie der ILD. Auch wenn unterschiedliche Therapieansätze zur Verfügung stehen, ist deren optimaler Einsatz in der Behandlung vieler ILDs noch nicht bekannt. Für eine optimale Betreuung der betroffenen Patient*innen ist ein abgestimmtes interdisziplinäres Vorgehen erforderlich.

Literatur:

Bastian H, Krause A. Interstitielle Lungenerkrankungen in der Rheumatologie. Dtsch Med Wochenschr. 2021;146(11):752-756

Buschulte K, Hoffmann-Vold AM, Dobrota R, Höger P, Krause A, Kreuter M. Therapie von Lungenfibrosen bei rheumatischen Systemerkrankungen (neue Therapien). Z Rheumatol 2021;80(8):743-754

Krause A, Rubbert-Roth A. Lungenbeteiligung bei rheumatoider Arthritis. Z Rheumatol 2019;78:228-235

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2022

STATEMENT

Augenentzündung bei Kindern:

Die Hälfte der Betroffenen kämpft mit Langzeitfolgen – warum?

Professor Dr. med. Kirsten Minden

Kongresspräsidentin der GKJR, Kinderrheumatologin an der Universitäts-Kinderklinik, Charité, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Leiterin der AG Kinder- und Jugendrheumatologie am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ), Berlin

Gelenkrheuma beziehungsweise die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) ist die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung des Kindes- und Jugendalters. Basierend auf aktuellen Abrechnungsdaten (1) kann von etwa 1 800 Neuerkrankungen pro Jahr und schätzungsweise 15 000 insgesamt von einer JIA betroffenen Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik ausgegangen werden. An diese Altersgruppe wird in der Regel nicht primär gedacht, wenn es um Gelenkrheuma geht. Bewusst ist vielen auch nicht, dass bei der juvenilen Arthritis auch die Augen in den Entzündungsprozess einbezogen sein können. Das ist bei etwa jedem siebten Kind mit JIA der Fall, bei der häufigsten Form der JIA, der Oligoarthritis, sogar bei jedem fünften Kind (2). Die rheumatische Augenentzündung bei Kindern mit JIA betrifft die mittlere Augenhaut (Uvea) im vorderen Bereich des Auges, das heißt, es ist eine anteriore Uveitis. Diese Uveitis ist gefährlich, weil sie sich ohne sicht- und spürbare Veränderungen manifestiert, deswegen unerkannt bleiben und unbehandelt rasch zu schwerwiegenden Komplikationen mit Sehkrafteinbußen bis zur Erblindung führen kann. Es gibt Hinweise, dass mit den neuen für die JIA zur Verfügung stehenden medikamentösen Therapien nicht nur die Arthritis, sondern auch die Augenentzündung besser behandelt werden kann.

Wie gut die Prognose der Uveitis unter heutigen Therapiebedingungen ist, wurde in der vom BMBF geförderten Beobachtungsstudie ICON untersucht (2–4). An elf großen Kinderrheumazentren wurden vor circa zehn Jahren knapp 1 000 neu an JIA erkrankte Kinder in diese Studie eingeschlossen und bis Ende letzten Jahres von Kinderrheumatolog*innen und Augenärzt*innen regelmäßig untersucht. In den ersten fünf Beobachtungsjahren entwickelten 14 Prozent der Studienteilnehmenden eine Uveitis. Besonders häufig erkrankten Kinder mit einem JIA-Beginn vor dem vollendeten dritten Lebensjahr (3). Die Kinder mit Uveitis wurden sehr intensiv, intensiver als jene ohne Uveitis, mit Medikamenten behandelt. Über 90 Prozent erhielten in den ersten Erkrankungsjahren ein DMARD (disease modifying anti-rheumatic drug), 60 Prozent ein Biologikum (5). Die Augenentzündung konnte damit gut kontrolliert werden, über 90 Prozent der Betroffenen befanden sich nach fünf Jahren in inaktiver oder wenigstens minimal aktiver Erkrankung; bei mehr als 90 Prozent lag die Sehschärfe über 40 Prozent, etwa zwei Drittel hatten einen

Visus von über 80 Prozent. Unerwartet hoch war allerdings die Komplikationsrate. Nahezu jedes vierte Kind wies bereits bei der Erstvorstellung Komplikationen auf, nach fünf Jahren trotz intensiver Therapie sogar fast jedes zweite Kind. Am häufigsten bestanden neben entzündungsbedingten Verklebungen zwischen Regenbogenhaut und Linse ein grauer Star und/oder ein erhöhter Augeninnendruck bis hin zum grünen Star, Komplikationen, die auf die Entzündung an sich, aber auch auf Glukokortikoidgaben lokal oder systemisch zurückgehen.

Diese alarmierend hohe Komplikationsrate zeigt Handlungsbedarf an. Jedes vierte Kind wird demnach zu spät und erst dann vom Augenarzt gesehen, wenn bereits zum Teil irreversible Komplikationen eingetreten sind. Da sich Augenentzündungen bei der JIA am häufigsten in den ersten Erkrankungsmonaten manifestieren, ist bei allen Kindern unmittelbar nach Erkennen einer andauernden Gelenkentzündung ein Uveitis-Screening zu veranlassen, welches in Abhängigkeit vom individuellen Risiko mehr oder weniger häufig fortzuführen ist (5). Die meisten Patient*innen werden von Kinderreumatolog*innen erstmals zu Augenuntersuchungen geschickt, das heißt, die Uveitisfrüherkennung setzt auch einen frühzeitigen Kinderreumatolog*innenkontakt voraus. Noch benötigt aber jedes zweite Kind mit JIA länger als die empfohlenen sechs Wochen vom Symptombeginn bis zum Erreichen der fachspezifischen Versorgung. Das Uveitis-Screening muss bei jedem Betroffenen aufgrund der oft wiederkehrenden Uveitis fortgeführt werden, vor allem nach Reduktion oder Absetzen der Rheumatherapie (6). Auch bei erwachsenen JIA-Patient*innen können bei Rückkehr der Augenentzündung Symptome fehlen. Außerdem gilt es, den lokalen, oft langfristigen Glukokortikoideinsatz bei den Patient*innen mit Uveitis kritisch zu hinterfragen. Obwohl nach fünf Jahren 85 Prozent der ICON-Teilnehmer*innen eine komplett inaktive Uveitis hatten, wurden noch über 40 Prozent lokal mit Glukokortikoiden, die ein Risiko für den grauen und grünen Star bergen, behandelt.

Zusammenfassend zeigen die Daten dieser großen JIA-Anfangskohorte, dass trotz neuer effektiver Medikamente diese häufigste extraartikuläre Manifestation des Gelenkrheumas im Kindesalter eine diagnostische und therapeutische Herausforderung bleibt und Maßnahmen zur Verbesserung von deren Bekanntheit, Früherkennung und Behandlung gefragt sind. Auf dem DGRh-Kongress wird über Neues in der Erkennung der Uveitis bei Kindern und Jugendlichen in der Sitzung „Rationale und rationelle Diagnostik – was, wann, warum?“ am Samstag berichtet; Daten zum Outcome der JIA-assoziierten Uveitis werden in der Postersitzung „Pädiatrische Rheumatologie“ am Donnerstag vorgestellt.

Referenzen:

- (1) Thomschke S, Schulz M, Bätzing J. Epidemiologie der juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA) in der ambulanten Versorgung – eine Analyse anhand bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2015. Versorgungsatlas, 2018. DOI: 10.20364/VA-18.10.
https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/96/VA_18-10_Bericht_JuvenileArthritis_2018-09-13_V1.pdf.
- (2) Heiligenhaus A, Klotsche J, Tappeiner C, et al. Predictive factors and biomarkers for the 2-year outcome of uveitis in juvenile idiopathic arthritis: data from the Inception Cohort of newly diagnosed patients with Juvenile Idiopathic Arthritis (ICON-JIA) study. *Rheumatology (Oxford)*. 2019 Jun 1;58(6):975-986.
- (3) Tappeiner C, Klotsche J, Sengler C, et al. Risk Factors and Biomarkers for the Occurrence of Uveitis in Juvenile Idiopathic Arthritis: Data from the Inception Cohort of newly diagnosed patients with Juvenile Idiopathic Arthritis Study. *Arthritis Rheumatol*. 2018 Oct;70(10):1685-1694.
- (4) Klotsche J, Sengler C, Dressler F, et al. Course of uveitis in children with Juvenile Idiopathic Arthritis: data from the inception cohort of newly diagnosed patients with JIA (ICON-JIA) study. POS0336. *Ann Rheum Dis* 2022; 81, Supplement 1, page 420-421.
- (5) Heiligenhaus A, et al. Diagnostik und antientzündliche Therapie der Uveitis bei juveniler idiopathischer Arthritis. AWMF-S2k-Leitlinie, Mai 2021.
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/045-012.html>
- (6) Klotsche J, Klein A, Niewerth M, et al. Risk for uveitis events after withdrawal of disease modifying antirheumatic drugs in the treatment of patients with extended oligoarthritis or rheumatoid factor negative polyarthritis. OP0165. *Ann Rheum Dis* 2021; 80, Supplement 1, page 99-100.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2022

STATEMENT

Gesundheitskompetenz – verstehen und verstanden werden

Rotraut Schmale-Grede

Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, Bonn

„Bitte bleiben Sie gesund!“ – diese vier Worte haben gerade in Pandemiezeiten Hochkonjunktur. Kaum eine E-Mail, fast kein Telefonat, in dem man nicht diesen Wunsch mit auf den Weg bekam.

Aber wie bleibt man gesund? Oder im Falle einer chronischen Erkrankung wohl richtiger: Wie erhält man seinen Gesundheitszustand trotz einer Beeinträchtigung, wie zum Beispiel Rheuma? Einer der Schlüsselfaktoren, der ein gesünderes Leben ermöglicht, ist die Gesundheitskompetenz eines Menschen. Gesundheitskompetenz meint all das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten eines Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden.

Erschreckende Zahlen zur Gesundheitskompetenz der Deutschen aus dem zweiten Health Literacy Survey Germany 2021 und einer aktuellen Studie der Hochschule Fulda haben uns als Rheuma-Liga dazu bewogen, diese Zahlen für unsere Mitglieder neu zu erheben. Nach dem zweiten Health Literacy Survey Germany 2021 haben 58 Prozent der Deutschen eine geringe Gesundheitskompetenz. 64 Prozent der Bundesbürger fühlen sich bei der Suche nach einer Arztpraxis, einer Klinik oder über Institutionen der Pflege nicht ausreichend informiert. 57 Prozent haben Schwierigkeiten, das Gesundheitssystem zu verstehen. 74 Prozent der Befragten haben Probleme bei der Beurteilung von Gesundheitsinformationen und 53 Prozent haben Schwierigkeiten, sie anzuwenden. Die Studie der Hochschule Fulda zeigt, dass gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen schlechtere Werte in Sachen Gesundheitskompetenz erreichen. Mitglieder von Selbsthilfeorganisationen hingegen konnten bessere Werte als die durchschnittliche Bevölkerung erzielen.

Für die Rheuma-Liga als Selbsthilfeverband ist die Einschätzung der Gesundheitskompetenz der Betroffenen eine wichtige Voraussetzung für unsere tägliche Arbeit. Es ist für uns notwendig, unsere Aktivitäten von der Beratung über die Aufklärung bis hin zur Politik darauf auszurichten. Deshalb haben wir für 2023 eine große, neue wissenschaftlich basierte Abfrage geplant.

In einer Nichtmitglieder- und Mitgliederbefragung im Jahr 2013 hat die Rheuma-Liga erstmals erforscht, wie sich die Betroffenen informieren und was sie von uns als Verband

erwarten. Gerade nach den einschneidenden Pandemie Jahren und der fortschreitenden Digitalisierung fragen wir 2023 unter anderem: Was beeinflusst die Gesundheitskompetenz der Betroffenen, wie informieren sie sich und wie kann man die Fähigkeiten hier steigern? Dabei sollen auch kritische Fragen zum Thema Gesundheitskompetenz Raum bekommen. Inwieweit muss sich das Gesamtsystem ändern, inwieweit der Betroffene? Beispiele: das Bereitstellen von verständlichen Informationen, Zugang zu Versorgung, Terminvergabe. Heißt Gesundheitskompetenz stärken, die Patienten zu Ärzten zu machen und die Verantwortung abzugeben? Sicher nicht!

Deshalb forderte die Rheuma-Liga schon zur Bundestagswahl 2021:

- eine Stärkung der Kommunikation bei medizinischem Personal und Patienten
- einen patientenorientierten Einsatz digitaler Medien
- Ausbau von Patientenschulungen
- Aufklärung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Unsere Angebote und unsere Kampagnen sind schon heute auf eine Erhöhung der Gesundheitskompetenz ausgerichtet:

- Spezialkampagnen wie zum Beispiel zum Welt-Rheuma-Tag 2021: „Nehmen Sie Ihr Leben in die Hand und managen Sie Ihr Rheuma!“
- 20 Broschüren und 30 Merkblätter
- Mitgliederzeitschrift mobil
- umfassende Online-Angebote
- Beratungsangebote
- Erfahrungsaustausch
- Bewegungsangebote
- Selbstmanagementkurse
- Patientenschulungen

Anlässlich des Auftaktes des 50. DGRh-Kongresses 2022 möchten wir dazu aufrufen: „Lassen Sie uns gemeinsam alles Erdenkliche tun, um die Patienten zu unterstützen. Lassen Sie uns dafür sorgen, dass man uns findet, uns versteht und unsere Informationen auch anwenden kann. Lassen Sie uns gemeinsam mehr bewegen!“

*Kongress-Pressekonferenz anlässlich
des 50. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) (hybrid)
der 36. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der 32. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
Donnerstag, 1. September 2022, 12.00 bis 13.00 Uhr*

Hintergrundmaterial:

Rathmann K, et al. Ergebnisbericht der GeMSeHeCo-Studie, unter OPUS 4 | Ergebnisbericht der GeMSeHeCo-Studie: Gesundheitskompetenz und Barrieren während der Corona-Pandemie aus Sicht der Selbsthilfe (hs-fulda.de)

Health Literacy Survey Germany 2021

Aktionsplan Rheuma 2021, Deutsche Rheuma-Liga, S. 7: Rheuma braucht eine starke Stimme – Aktionsplan für rheumakranke Menschen, siehe <https://www.rheuma-liga.de/unser-einsatz/bundestagswahl-2021/aktionsplan>

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2022

STATEMENT

Führt Umweltverschmutzung zu Arthritis?

Professor Dr. med. Hendrik Schulze-Koops

Leiter der Sektion Rheumatologie und Klinische Immunologie, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

Gäbe es nicht Corona, wäre die – von Aggressionen und Gewalt abgesehen – bedeutendste Krise, über die in den Medien berichtet würde, zweifellos der durch den Menschen verursachte Klimawandel. Erderwärmung mit allen ihren Konsequenzen – eine Folge der Industrialisierung und des verantwortungslosen Umgangs mit der Natur. Dies hat Folgen für die Menschheit als Ganzes, aber Umweltfaktoren, insbesondere die Verschmutzung der Umwelt, spielen auch eine Rolle in der Entwicklung und im Verlauf zahlreicher Erkrankungen. So schätzt die *Global Burden of Disease*-Initiative die Anzahl der Todesfälle durch Umweltverschmutzung auf nahezu fünf Millionen pro Jahr weltweit, mit einer klaren Tendenz der Zunahme in den letzten 30 Jahren. Auch muskuloskeletale Erkrankungen sind mit Umweltfaktoren in Zusammenhang zu bringen: Schon seit Anfang der 1990er-Jahre ist ein Zusammenhang der rheumatoiden Arthritis mit dem Rauchen beschrieben.

In einer aktuellen Studie hat eine italienische Arbeitsgruppe um Giovanni Adami einen Zusammenhang zwischen luftverschmutzenden Partikeln und dem Auftreten von Autoimmunerkrankungen untersucht. Dazu haben die Autoren retrospektiv die Daten von 80 000 Einwohnern aus ganz Italien analysiert, die in der Zeit zwischen 2016 und 2020 erfasst wurden. In der Zeit von 2013 bis 2020 wurde die Luftqualität automatisch an verschiedenen Punkten im Land gemessen. Durch Vergleich der Luftqualitätsdaten mit den über die Postleitzahl der Bewohner ermittelten Wohnlage und einem Abgleich der Krankenakten der untersuchten Bewohner konnten Zusammenhänge zwischen der Luftqualität und dem Auftreten von Erkrankungen hergestellt werden. Interessanterweise ergab sich eine signifikante Assoziation zwischen der Konzentration definierter Schadstoffpartikelgrößen (PM10) und dem Auftreten von Autoimmunerkrankungen. Jeder Anstieg der PM10-Konzentration um 10 µg/m³ war mit einem zusätzlichen Risiko von sieben Prozent für eine Autoimmunerkrankung verbunden. Dabei waren durchaus nicht alle Autoimmunerkrankungen betroffen: Die Exposition gegenüber PM10 wurde mit einem erhöhten Risiko für die rheumatoide Arthritis (aOR 1,408, 95 Prozent CI 1,271-1,560), nicht aber für andere Autoimmunerkrankungen in Verbindung gebracht. Die Exposition gegenüber hohen Werten von kleineren Partikeln (PM2.5) stand dagegen mit einem erhöhten Risiko für die rheumatoide Arthritis (aOR 1,559, 95 Prozent CI 1,401-1,734), für Kollagenosen (aOR 1,147, 95 Prozent CI 1,024-1,286) und für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

*Kongress-Pressekonferenz anlässlich
des 50. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) (hybrid)
der 36. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der 32. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
Donnerstag, 1. September 2022, 12.00 bis 13.00 Uhr*

(1,206, 95 Prozent CI 1,028-1,415), aber mit keinen anderen Autoimmunerkrankungen in Verbindung. Zusammenfassend zeigen diese Daten, dass das Auftreten von bestimmten Autoimmunerkrankungen – insbesondere entzündlich-rheumatischer Autoimmunerkrankungen – durch Umweltverschmutzung gefördert werden kann. Die Daten müssen sicherlich in weiteren Studien verifiziert werden; sie zeigen aber einen wichtigen Aspekt der Pathogenese von chronischen Entzündungserkrankungen auf und sollten daher bereits jetzt in der Diskussion um Luftverschmutzung und deren Auswirkungen nicht nur auf die Menschheit als Ganzes, sondern auch auf individuelle Personen berücksichtigt werden – und zu Maßnahmen führen, die Umweltverschmutzung zu reduzieren und damit die Entstehung von chronischen Erkrankungen zu vermeiden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2022

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 zehnmals 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 1650 Mitgliedern die deutsche medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft im Bereich der Rheumatologie. Sie fördert seit 95 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 Ärztinnen und Ärzten, Angehörigen medizinischer Assistenzberufe und Patientenschulung. 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 drei 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. Im Jahr 2019 setzte darüber hinaus die DGRh die Arbeitsgemeinschaft

Junge Rheumatologie (AGJR) – rheumadocs ein. Die AGJR will angehende Ärztinnen und Ärzte für die Rheumatologie begeistern, sie in ihren Bedürfnissen unterstützen und das Fach für den Nachwuchs noch attraktiver gestalten. Sie steht für kontinuierliche Innovation in der Rheumatologie – sowohl fachlich als auch strukturell und personell.

Kooperationen

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

Mitglieder

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

Berlin, Stand August 2022

DGRh-Geschäftsstelle

Geschäftsstelle der DGRh

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)

Anna Julia Voormann

Generalsekretärin

Wilhelmine-Gemberg-Weg 6

10117 Berlin

Tel.: 030 240484-70

Fax: 030 240484-79

info@dgrh.de

dgrh.de