

Vorabpresskonferenz (online) anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2023

51. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
33. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)

Termin: Mittwoch, 23. August 2023, 11:00 bis 12:00 Uhr

Link: <https://attendee.gotowebinar.com/register/5452111357329858651>

Themen und Referierende

Zunahme der rheumatischen Erkrankungen in Deutschland – wie kann die Versorgung gesichert werden?

*Professor Dr. med. Christoph Baerwald, Kongresspräsident der DGRh, em. Leiter der
Abteilung Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig
und*

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

Alter und Rheuma: Mit den Lebensjahren leidet das Immunsystem und gibt rheumatischen Erkrankungen Vorschub – was kann die Medizin dagegen tun?

*Professor Dr. med. Ulf Wagner, Wissenschaftlicher Leiter des Deutschen
Rheumatologiekongresses, Leiter des Bereichs Rheumatologie am Universitätsklinikum
Leipzig*

One size fits all? Geschlechterspezifische Unterschiede in der Rheumatologie

PD Dr. Uta Kiltz, Oberärztin am Rheumazentrum Ruhrgebiet

Phase IIb-Studie zur Präventivtherapie: Kann die Manifestation von Rheuma bei Risikopatienten noch vor den ersten Symptomen unterbunden werden?

*Professor Dr. med. Andrea Rubbert-Roth, Leitende Ärztin und stellv. Leiterin der
Klinik für Rheumatologie, Kantonsspital St. Gallen*

Moderation: Janina Wetzstein, Pressestelle DGRh, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein, Katrin Hammer
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Telefon: 0711 8931-457/-330599
wetzstein@medizinkommunikation.org
hammer@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de

Vor Ort auf dem Kongress:

Mittwoch, 30. August 2023 16.00 Uhr,
bis Freitag, 1. September 2023
Pressebüro (Ebene 0, Bankettraum 3)



**Deutscher Rheumatologiekongress vom 30. August bis 2. September 2023 in Leipzig (hybrid),
Vorabpresskonferenz am 23. August (online)**

Deutscher Rheumatologiekongress in Leipzig: Neue Therapieansätze aus dem Immunsystem

Leipzig, 23. August 2023 – Um den Therapieerfolg bei rheumatischen Erkrankungen weiter zu verbessern und schwere Verläufe zu verhindern, ist eine frühzeitige Diagnose entscheidend. Der Deutsche Rheumatologiekongress 2023 erweitert mit interdisziplinären Ansätzen den Blickwinkel auf rheumatische Erkrankungen und vermittelt Wissen über Ursachen und Begleiterkrankungen für eine zielgerichtete Behandlung. Die Tagung findet als Hybridveranstaltung vom 30. August bis 2. September 2023 im Congress Center Leipzig statt. Auf dem Programm stehen neue Forschungsansätze zur Früherkennung und moderne Behandlungsmethoden, die aktuelle Erkenntnisse über das Immunsystem aufgreifen.

Chronische Schmerzen und Entzündungsgeschehen begleiten eine Vielzahl rheumatischer Erkrankungen. Dabei spielt das Immunsystem eine wesentliche Rolle. Denn bei einer Autoimmunerkrankung richtet sich die körpereigene Abwehr gegen eigene Gelenke, Gewebe und Organe. Doch es gibt weitere Einflussfaktoren: Studien zeigen, dass auch das autonome Nervensystem auf das Immunsystem und damit auch auf entzündlich-rheumatische Erkrankungen wirkt. „Es ist von besonderem Interesse, derartigen Wechselwirkungen auf den Grund zu gehen und herauszufinden, inwiefern unser Immunsystem konditioniert, das heißt „trainiert“, werden kann“, so Prof. Dr. med. Christoph Baerwald, Kongresspräsident der DGRh. Daraus gewinnen Expert:innen wichtige Erkenntnisse über Krankheitsprozesse und Therapieansätze.

Schließlich leben bis zu 2,1 Millionen Erwachsene in Deutschland mit einer rheumatischen Erkrankung. Je früher eine solche erkannt wird, desto besser sind die Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung oder einen milden Krankheitsverlauf. Belegt ist jedoch auch, dass sich das Immunsystem im Laufe des Lebens verändert. Man spricht dann von der sogenannten „Immunoseneszenz“. „Die Alterung eines Menschen birgt viele Veränderungen, die sowohl in der Therapie als auch in der Krankheitsentstehung oder deren Verlauf eine wichtige Rolle spielen“, erläutert Prof. Dr. med. Ulf Wagner, wissenschaftlicher Leiter des Kongresses. Es bestehe weiterer Forschungsbedarf, um derartige Zusammenhänge künftig besser zu verstehen und diese langfristig zugunsten der Therapiemöglichkeiten nutzen zu können.



Der diesjährige Rheumatologiekongress in Leipzig beleuchtet zudem innovative und zielgerichtete Immuntherapien sowie aktuelle Forschungsansätze aus der Prävention. Die Expertinnen und Experten informieren über aktuelle Einflussfaktoren auf rheumatische Erkrankungen und greifen dabei ein breites Spektrum von der klinischen Praxis bis hin zur experimentellen Rheumatologie auf.

Gemeinsam mit der DGRh setzen die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) und die Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) folgende Schwerpunkte für den gemeinsam veranstalteten Kongress: Toleranzinduktion – von der Grundlagenforschung zur Therapie, Neuroimmunologische Interaktion bei rheumatischen Erkrankungen und genetisch bedingte Inflammation-Aktivierung. Sie bilden die Basis eines vielfältigen Programms, welches das breite Spektrum der Rheumatologie abbildet. Mitgestaltet wurde das Sitzungsprogramm von Prof. Dr. med. Sebastian Seitz, Kongresspräsident seitens der DGORh sowie Dr. med. Maria Fasshauer, Kongresspräsidentin seitens der GKJR. Die Sitzungen im Plenarsaal (Saal 1) und Saal 6 laufen während der gesamten Kongresszeit parallel als Live-Stream für Online-Teilnehmende.

Eine breite Zielgruppe erreicht der Kongress zudem mit Angeboten für die Rheumatologischen Studien- und Fachassistent:innen. Auch der medizinisch-wissenschaftliche Nachwuchs wird durch das Studierendenprogramm der DGRh unterstützt. Am Samstag, den 2. September, sammelt die Deutsche Rheumastiftung im Rahmen eines Charitylaufs Spenden. Jeder gelaufene Kilometer unterstützt das Ziel: „Rheuma heilbar machen“. Begleitet wird das Kongressprogramm von einem vielfältigen, kulturellen Angebot der Musik-, Sport- und Buchstadt Leipzig.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Kontakt für Journalisten:

Janina Wetzstein und Katrin Hammer
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457/- 330599
wetzstein@medizinkommunikation.org
hammer@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de



**Deutscher Rheumatologiekongress vom 30. August bis 2. September 2023 in Leipzig (hybrid),
Vorabpresskonferenz am 23. August (online)**

Rheuma & Geschlecht: Diagnose bei Frauen später und Erkrankung häufiger als bei Männern

Leipzig, 23. August 2023 – Frauen ernähren sich gesünder, gehen öfter zu Ärztin oder Arzt und nehmen häufiger Vorsorgeangebote in Anspruch als Männer. Dennoch erhalten Sie die Diagnose über eine rheumatische Erkrankung deutlich später: zum Beispiel bei der systemischen Sklerose erst ein Jahr nach den männlichen Patienten. Und dies, obwohl sie häufiger an Rheuma leiden und gegenüber männlichen Patienten eine erhöhte Krankheitslast angeben. Das sind Ergebnisse einer aktuellen Überblicksstudie zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Diagnostik und Therapie von Rheumaerkrankungen. Welche Ursachen dahinterstecken und wie die Erkenntnisse in die Versorgung einfließen können, diskutieren Expert:innen auf der heutigen digitalen Vorabpresskonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongress.

Bei der Mehrzahl der rheumatischen Erkrankungen ist der Anteil an betroffenen Frauen größer als der der Männer. Dies betrifft vor allem Kollagenosen und die rheumatoide Arthritis. Bei den Spondylo-arthritiden ist die Geschlechterverteilung ausgewogen. Nur wenige entzündlich-rheumatische Erkrankungen, wie beispielsweise Morbus Behcet betreffen häufiger Männer. „Umso verwunderlicher erscheint es, dass Frauen im Durchschnitt deutlich später eine Diagnose erhalten“, sagt Privatdozentin Dr. med. Uta Kiltz, Oberärztin am Rheumazentrum Ruhrgebiet. Mögliche Ursache dafür könnte sein, dass der Krankheitsverlauf bei Männern in der Regel schwerer ist. Deshalb zeigen sich Schäden an Organen früher und geben eher Hinweise auf eine rheumatische Erkrankung. Auch bilden sich – so beim Beispiel der systemischen Sklerose – bei Männern bestimmte Marker und Antikörper im Blut früher. „Hinzu kommt, dass Frauen ein vielfältigeres Bild an Symptomen zeigen, was eine eindeutige Diagnose zusätzlich erschweren kann“, erläutert Kiltz. Diese Unterschiede lassen sich unter anderem auf hormonelle, immunologische und (epi)genetische Unterschiede zurückführen. Eine kanadische Analyse offenbarte zudem, dass männliche Hausärzte unabhängig vom Geschlecht der Patient:innen später eine



rheumatologische Überweisung veranlassten als ihre Kolleginnen. Folglich kann auch das Geschlecht der behandelnden Ärzt:innen zu Unterschieden in der Versorgung beitragen.

Ob sich die Wirksamkeit von Medikamenten zwischen den Geschlechtern unterscheidet, ist umstritten. Erwiesen ist, dass immunsuppressive Therapien bei Frauen weniger dauerhafte wirken und sie im Vergleich zu Männern deutlich seltener das Therapieziel einer niedrigen Krankheitsaktivität erreichen. Eine Ursache dafür könnte sein, dass Frauen in der Selbstauskunft die Krankheitsaktivität höher als Männer einschätzen. Zudem können rheumatische Erkrankungen soziale und psychologische Folgen haben, die sich bei Männern und Frauen unterschiedlich auswirken. Dies hängt auch mit Unterschieden in den gesellschaftlichen Erwartungen und Rollenbildern zusammen. „Hier stehen wir ganz am Anfang: Es besteht noch ein erheblicher Forschungsbedarf, um die Kontextfaktoren so weit zu verstehen, dass eine personalisierte Medizin möglich ist“, erklärt Kiltz.

„Die Ergebnisse zeigen, dass die Rheumatologie hier Nachholbedarf hat. Wir müssen die geschlechtsspezifischen Krankheitsausprägungen besser verstehen und diese Erkenntnisse in die Diagnostik und Therapie einfließen lassen“, betont auch Professor Dr. med. Christoph Baerwald, Kongresspräsident der DGRh und emeritierter Leiter der Abteilung Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig. Bei der Vorabpressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses beleuchten die Expert:innen die vorhandenen Geschlechterunterschiede und diskutieren Ansatzpunkte für die weitere Forschung.

Quelle:

Katinka Albrecht & Anja Strangfeld: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Diagnostik und Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen

Die Innere Medizin volume 64, pages 744–751 (2023); [Geschlechtsspezifische Unterschiede in Diagnostik und Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen | SpringerLink](#)

Bei Abdruck Beleg erbeten.



Kontakt für Journalist:innen:

Janina Wetzstein, Katrin Hammer
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Fon +49[0]711/8931-457
Fax +49[0]711/8931-330599

wetzstein@medizinkommunikation.org; hammer@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de

STATEMENT

Zunahme der rheumatischen Erkrankungen in Deutschland – wie kann die Versorgung gesichert werden?

Professor Dr. med. Christoph Baerwald
Kongresspräsident der DGRh, em. Leiter der Abteilung Rheumatologie am
Universitätsklinikum Leipzig

In diesem Jahr wurden zwei große Studien veröffentlicht, die eine Zunahme von rheumatischen und anderen Autoimmunerkrankungen berichtet haben. Zum einen haben Frau Dr. Katinka Albrecht und ihre Gruppe vom Deutschen Rheuma-Forschungszentrum in Berlin eine große systematische Literaturrecherche durchgeführt bezüglich der Prävalenz von rheumatischen Erkrankungen in Deutschland. Die aus den identifizierten Arbeiten für Deutschland ermittelten Werte wurden dann zusammengefasst und mit internationalen Angaben abgeglichen. Fast alle Studien basieren auf Routinedaten, bei denen nur Diagnosen und nicht der bestehende Krankheitsstatus dokumentiert wird. Dabei konnte festgestellt werden, dass ein Anstieg der Häufigkeit von entzündlichen rheumatischen Erkrankungen in den letzten Jahren festzustellen ist. Da es keine mehrstufigen Bevölkerungsstudien gibt, sind die vorliegenden Daten die einzigen verfügbaren, aber relativ unsicheren Quellen für Prävalenzschätzungen. Daraus hat sich ergeben, dass heute etwa 2,2 bis 3 Prozent der Erwachsenen in Deutschland eine entzündlich rheumatische Erkrankung und 0,1 Prozent der Kinder und Jugendlichen eine juvenile Arthritis haben, was einer Zahl von 1,5 bis 2,1 Millionen Erwachsenen beziehungsweise circa 14 000 Kindern und Jugendlichen entspricht. Im Vergleich zu den letzten verfügbaren Daten von 2016 ist dies bei den entzündlichen rheumatischen Erkrankungen ein deutlicher Anstieg (1).

Zum zweiten wurden ähnlich Ergebnisse in England gefunden, wo eine Studie in einer sehr großen Datenbank mit über 22 Millionen Menschen durchgeführt wurde. Diese Studie hat neben den entzündlichen rheumatischen Erkrankungen noch andere Autoimmunerkrankungen analysiert. Es wurden die jährlichen Neudiagnosen (Inzidenz) dieser Erkrankungen dokumentiert und berechnet, ob es einen Unterschied in der Inzidenz der einzelnen Erkrankungen zwischen den Jahren 2000 bis 2002 und 2017 bis 2019 (Ende der aktuellen Auswertung) gegeben hat. Auch diese Arbeitsgruppe hat eine Zunahme von rheumatischen Erkrankungen konstatieren können zusammen mit einigen anderen Autoimmunerkrankungen. Insbesondere für ein Sjögren-Syndrom, welches zu den Kollagenosen gezählt wird, konnte der größte relative Anstieg bei den entzündlich rheumatischen Erkrankungen gezeigt werden. Weiter relevante Anstiege in der Inzidenz wurden für eine Zöliakie und den Morbus Basedow dokumentiert. Nur für wenige

Autoimmunerkrankungen wurde ein leichter Rückgang der Prävalenz festgestellt wie zum Beispiel eine perniziöse Anämie und eine Hashimoto Thyreoiditis (2).

Beide Arbeiten kommen zu demselben Schluss, dass die zunehmende Häufigkeit rheumatischer Erkrankungen vor allem auf eine höhere Lebenserwartung, eine gesunkene Mortalität und eine verbesserte Frühdiagnostik zurückzuführen ist. Dies hat aber auch zur Folge, dass die Versorgung der Patienten gewährleistet sein muss.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Leipzig, August 2023

Literatur:

1. Albrecht K. et al. Systematisches Review zur Schätzung der Prävalenz entzündlich rheumatischer Erkrankungen in Deutschland. Z Rheumatol. 2023 Jan 2. doi: 10.1007/s00393-022-01305-2. Online ahead of print
2. Conrad N. et al. Incidence, prevalence, and co-occurrence of autoimmune disorders over time and by age, sex, and socioeconomic status: a population-based cohort. Lancet 2023; 401: 1878–90

STATEMENT

Zunahme der rheumatischen Erkrankungen in Deutschland – wie kann die Versorgung gesichert werden?

Rotraut Schmale-Grede

Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, Bonn

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie hier und heute sehr herzlich im Namen der Deutschen Rheuma-Liga zum 51. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) begrüßen.

Die Deutsche Rheuma-Liga ist vor 52 Jahren angetreten, die Situation von Rheuma-Betroffenen zu verbessern und der Patientensicht mehr Gehör zu verschaffen. Und diese Aufgabe ist heute wichtiger denn je. Aktuell steigt die Anzahl der Rheuma-Betroffenen und steigende Patienten-Zahlen führen zu einem höherem Versorgungsbedarf. Rheumakranke finden bereits heute nur schwer einen Termin bei einer Rheumatologin oder einem Rheumatologen – Anfragen bei Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen belegen das. Im Jahr 2021 konnten hier mehr als 22 000 berechnete Vermittlungsanfragen zu rheumatischen Erkrankungen gezählt werden. Bereits heute ist die Versorgung durch lange Wartezeiten und weite Anfahrtswege geprägt.

Ich möchte Sie dazu mit 3 Zahlen konfrontieren, die Ihnen einen tiefen Einblick in die Lebenswelt von Rheumapatienten eröffnen: „18, 29, 67.“ Das sind nicht etwa die Tage, bis die Betroffenen bei einem Rheumatologen behandelt werden können, sondern es sind die Monate! Monate, die von starken Schmerzen, unter Umständen Bewegungseinschränkungen und einem Gefühl der Unsicherheit begleitet werden. Im Durchschnitt dauert es 18 Monate, bis ein Betroffener von einer rheumatoiden Arthritis nach Symptombeginn bei einem Rheumatologen in die Versorgung kommt, bei Psoriasis Arthritis sind es 29 Monate und bei Axialer Spondyloarthritis, bekannt auch als Morbus Bechterew, sogar 67 Monate. Und dazu muss man wissen: Je früher eine spezifische Therapie bei entzündlichem Rheuma beginnt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie die Erkrankung mildert, ihren Verlauf verlangsamt oder im günstigsten Fall zum Stillstand bringt. Studiendaten zeigen, dass Rheumakranke, die nicht in rheumatologischer Behandlung sind, wesentlich seltener Medikamente erhalten, die die Krankheitsaktivität reduzieren können.

Meine Damen und Herren, das können wir so nicht hinnehmen! Bei Verdacht auf entzündliches Rheuma müssen alle Möglichkeiten genutzt werden, um den Zugang in die Versorgung zu beschleunigen. Dazu gehören: eine schnelle Überweisung zur Rheumatologin

oder zum Rheumatologen, Frühsprechstunden, die Einbindung von Fachassistentinnen und Fachassistenten, um die Ärztinnen und Ärzte zu entlasten. Auch die Digitalisierung bietet neue Chancen. Dass es möglich ist, den Zugang in die Fachversorgung zu beschleunigen, hat beispielsweise das Projekt Rheuma-Vor gezeigt. Durch die Unterstützung der Betroffenen und der Hausärzteschaft mit Diagnose-Hilfen, Screeningtools und einer Koordinierungsstelle konnte die Versorgung vieler Betroffener verbessert werden. An dieser Stelle möchte ich es noch einmal betonen: Die Deutsche Rheuma-Liga hat kein Verständnis dafür, dass der Innovationsausschuss für Rheuma-Vor keine Transferempfehlung in die Regelversorgung abgegeben hat. Außerdem bekräftigen wir erneut die Forderung: Die Zahl der niedergelassenen Rheumatologinnen und Rheumatologen muss erhöht werden! Nach Berechnungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie ist eine Rheumatologin oder ein Rheumatologe auf 50 000 Einwohner notwendig. Zwar sind erste Schritte getan, um die Zulassung von Rheumatologen zu erleichtern, damit mehr Rheumatologen ausgebildet werden können, müssen aber die Bedingungen an Hochschulen und in der Weiterbildung verbessert werden!

Sehr geehrte Damen und Herren, die aktuelle Situation von Menschen mit Rheuma stellt uns vor große Herausforderungen. Helfen Sie uns dabei, auf die Situation der Menschen mit Rheuma aufmerksam zu machen. Lassen Sie uns gemeinsam mehr bewegen!

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Bonn, August 2023

Literatur:

Kerndokumentation der regionalen kooperativen Rheumazentren <https://www.drfs.de>

Evaluationsbericht Terminservicestellender KBV
<https://gesundheitsdaten.kbv.de>

STATEMENT

Alter und Rheuma: Mit den Lebensjahren verändert sich das Immunsystem und leistet rheumatischen Erkrankungen Vorschub – was kann die Medizin dagegen tun?

Professor Dr. med. Ulf Wagner

Wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Rheumatologiekongresses, Leiter des Bereichs Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig

Die Häufigkeit des Auftretens vieler rheumatischer Erkrankungen nimmt mit zunehmendem Lebensalter zu. Besonders gut ist dies zu beobachten bei der rheumatoiden Arthritis, welche die häufigster rheumatische Autoimmunerkrankung ist und ab dem 60. Lebensjahr in ihrer Prävalenz deutlich zunimmt. Man bezeichnet die im noch höheren Lebensalter auftretende rheumatoide Arthritis auch als LORA (late onset rheumatoid arthritis). Diese Sonderform ist häufig durch einen sehr schnellen und hochakuten Krankheitsbeginn, aber auch durch einen besonders schweren, Gelenk-destruierenden Verlauf gekennzeichnet.

Als eine abzuleitende ärztliche Konsequenz aus diesem Altersverteilungsmuster ergibt sich zunächst die Notwendigkeit, gerade bei älteren und hochbetagten Patienten das mögliche Neuauftreten einer rheumatischen Erkrankung immer im Blick zu halten, diese zügig zu diagnostizieren, und alsbald konsequent zu behandeln.

Bei der rheumatoiden Arthritis ist jedoch auch ein zweiter Aspekt der Altersverteilung gut zu beobachten: Die Altersverteilung bei Erstdiagnose ist „zweigipflig“, da es neben dem erwähnten Altersgipfel auch eine Gruppe von Patienten mit Erkrankungsbeginn zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr gibt. Untersuchungen des Immunsystems bei solchen jungen Patienten zeigten, dass viele der normalerweise mit Alterungsprozessen jenseits des 60. Lebensjahrs verknüpften Veränderungen bei diesen Patienten bereits 20 bis 30 Jahre früher einsetzen, so dass man von einer die Erkrankungsentstehung beeinflussenden Rolle dieser Veränderungen ausgehen muss. Der Nachweis solcher Alterungs-assoziiertes, „seneszenten“ Veränderungen auch bei jungen Patienten und die Nutzbarmachung solcher Beobachtungen für die Diagnosestellung und Therapieentscheidung bei Autoimmunerkrankungen ist deshalb eine wichtige Aufgabe der Rheumatologie in der Zukunft.

Unser bisheriger Wissensstand zu solch altersbedingten Veränderungen ist besonders detailliert auf dem Gebiet der T-Zell-Immunologie. Diese Zellen spielen eine wichtige Rolle in der Entstehung der Erkrankung, da sie mit einer Vielzahl der genetischen Faktoren der Krankheits-Entstehung in Verbindung stehen (HLA-DR4-Assoziation, PTPN22-Assoziation etc.). Darüber hinaus zeigen spezifische therapeutische Hemmstoffe dieser T-Zellen eine sehr gute Wirksamkeit in der Behandlung (Abatacept).

Bereits seit mehr als 20 Jahren ist bekannt, dass die Gesamtheit aller T-Zellen bei Patienten mit rheumatoide Arthritis Veränderungen aufweist, welche üblicherweise erst im höheren Alter auftreten. Dazu gehören ein Verlust sogenannter naiver, also noch nie in eine Abwehrreaktion des Körpers eingebundener T-Zell-Populationen sowie die Entstehung großer T-Zell-Klone, welche alle aus einer einzelnen autoreaktiven Vorläuferzellen hervorgegangen sind. Solche „vorgealterten Zellen“ zeichnen sich häufig durch eine besonders schnell auslösbare entzündliche und schädliche Produktion von Botenstoffen und destruirende Mechanismen aus.

Zum anderen gibt es in den letzten Jahren auch zunehmend Erkenntnisse zur Funktion und Rolle von vorgealterten Zellen des „angeborenen“ Immunsystems, wozu zum Beispiel Monozyten und Makrophagen gehören.

Insgesamt bezeichnet man solche Alterungsprozesse des Immunsystems als „Immunseneszenz“, und eine große Plenarsitzung des Kongressprogramms beschäftigt sich mit diesen Prozessen. Während bisher noch keine an der Ursache der Alterungsprozesse angreifende Therapiemöglichkeit existiert, so sind klinische Studien zur Beseitigung vorgealterter Zellen und eventuell auch zu einer „Verjüngung“ des Immunsystems denkbar und werden derzeit aktiviert.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Leipzig, August 2023

STATEMENT

One size fits all? Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Rheumatologie

PD Dr. Uta Kiltz

Oberärztin am Rheumazentrum Ruhrgebiet

Die Beachtung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Rheumatologie nimmt an Bedeutung zu. Dies betrifft sowohl das Wissen zu epidemiologischen Grundlagen als auch geschlechtssensible Herangehensweisen im Management entzündlich-rheumatischer Erkrankungen.

Bei der Mehrzahl der rheumatischen Erkrankungen ist der Anteil an Frauen größer als der der Männer. Dies betrifft vor allem Kollagenosen und die rheumatoide Arthritis (RA). Bei den Spondyloarthritiden ist die Geschlechterverteilung ausgewogen. Nur wenige entzündlich-rheumatischer Erkrankungen, wie zum Beispiel der Morbus Behcet weisen einen höheren Anteil an Männern aus. Diese Unterschiede können unter anderem auf hormonelle, immunologische und (epi)genetische Veränderungen zurückgeführt werden.

Es sind für die Mehrzahl der rheumatischen Erkrankungen Unterschiede im Krankheitsverlauf und in der klinischen Präsentation zwischen den Geschlechtern beschrieben worden. Grob zusammengefasst zeigen Frauen oft eine größere Vielfalt der Symptome und berichten über eine höhere Krankheitslast, während Männer tendenziell einen schwereren Krankheitsverlauf haben können. Gut dokumentiert ist, dass bei Männern die Diagnose einer rheumatischen Erkrankung früher als bei Frauen gestellt wird. Mögliche Erklärungen sind hier, dass die Krankheitschwere die schnellere Diagnosestellung begünstigt beziehungsweise dass ärztlich erwartete geschlechtsdifferente Symptome die Diagnosestellung beeinflussen. Die spätere Diagnosestellung bei Frauen ist umso bemerkenswerter, da Frauen häufiger als Männer vor Diagnosestellung gesundheitliche Leistungen in Anspruch genommen haben. Auch Komorbiditäten treten in unterschiedlicher Häufigkeit zwischen den Geschlechtern auf. Während Frauen mit RA häufiger unter anderem Osteoporose und Depression haben, sind es bei Männern eher kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes (1).

Ob sich die Wirksamkeit von Medikamenten zwischen den Geschlechtern unterscheidet, ist umstritten. Evident ist jedoch, dass Frauen eine niedrigere Persistenz der immunsuppressiven Therapien zeigen und im Vergleich zu Männern deutlich seltener das Therapieziel einer niedrigen Krankheitsaktivität erreichen. Eine Ursache könnte sein, dass Frauen in der Selbstauskunft die Krankheitsaktivität höher als Männer einschätzen. Zudem können rheumatische Erkrankungen soziale und psychologische Folgen haben, die sich auf

Männer und Frauen unterschiedlich auswirken können, zum Beispiel Unterschiede in gesellschaftlichen Erwartungen und Rollenbildern. Hier besteht noch ein erheblicher Forschungsbedarf, um die Kontextfaktoren so weit zu verstehen, dass eine personalisierte Medizin möglich ist.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Rheumatologie sind komplex und können durch viele Faktoren beeinflusst werden. Eine individualisierte Herangehensweise unter Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Unterschiede, kann dazu beitragen, Diagnose und Behandlung besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abzustimmen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Herne, August 2023

Literatur:

1. Albrecht K, Strangfeld A. [Gender-specific differences in the diagnosis and treatment of inflammatory rheumatic diseases]. Inn Med (Heidelb). 2023.

STATEMENT

Phase IIb-Studie zur Präventivtherapie: Kann die Manifestation von Rheuma bei Risikopatienten noch vor den ersten Symptomen unterbunden werden?

Professor Dr. med. Andrea Rubbert-Roth

Leitende Ärztin und stellv. Leiterin der Klinik für Rheumatologie, Kantonsspital St. Gallen

Bislang werden rheumatische Erkrankungen als chronische Erkrankungen angesehen, die den betroffenen Patienten oft lebenslang begleiten. Von einer Heilung kann meistens nicht ausgegangen werden. Es wäre daher wünschenswert, Risikopersonen im Vorfeld zu identifizieren und wenn möglich, so zu behandeln, dass die Erkrankung gar nicht erst zu Symptomen und Folgeschäden führt. Derartige prädiktive Marker, die valide und verlässlich Risikopersonen identifizieren können, gibt es jedoch derzeit und wahrscheinlich auch in naher Zukunft nicht. Sogar der Nachweis von Rheumafaktoren und ACPA (Antikörper gegen citrullinierte Peptide) bei Personen, die zum Zeitpunkt der Messung keine muskuloskelettale Beschwerden aufweisen, bedeutet nicht zwangsläufig, dass diese Person später eine rheumatoide Arthritis (RA) entwickeln wird.

In der Pathophysiologie der ACPA-positiven RA geht man jedoch heute davon aus, dass ACPA zunächst außerhalb der Gelenke entstehen. Bei Rauchern, Exposition gegenüber Textilstaub oder anderer Luftverschmutzung findet sich eine vermehrte Citrullinierung von Peptiden und Proteinen in der Lunge, so dass dies als wesentlich für eine nachfolgende Antikörperbildung gegen citrullinierte Peptide angesehen wird. Auch Passivrauchen konnte mittlerweile als Risikofaktor für die Entwicklung einer RA identifiziert werden. Wann, warum und wodurch es dann irgendwann im weiteren Verlauf zu muskuloskelettalen Beschwerden kommt, ist unklar. Eine schon ältere Untersuchung aus den Niederlanden an Blutspendern konnte zeigen, dass bei einem Teil derjenigen Personen, die später eine RA entwickeln, bis zu 10 Jahre vor den ersten Symptomen (in eingefrorenen Blutproben) bereits ACPA und/oder Rheumafaktoren nachgewiesen werden konnten.

Es wäre naheliegend, den Einsatz von Methotrexat (MTX), welches weiterhin die initiale Standardtherapie einer RA darstellt, auch im Hinblick auf die Frage zu untersuchen, ob man damit bei Risikopatienten eine RA verhindern kann. In einer niederländischen Studie wurden Patienten mit Arthralgien und nach Einschätzung des behandelnden Rheumatologen hohem Risiko, eine rheumatoide Arthritis zu entwickeln, auf eine Therapie mit einmalig 120 mg Methylprednisolon intramuskulär und nachfolgend über ein Jahr oral MTX beziehungsweise Placebo randomisiert. Nach Abschluss der Therapie wurden die Patienten über einen Zeitraum von einem weiteren Jahr beobachtet. Voraussetzung für eine Studienteilnahme war das Vorliegen einer im MRT erkennbaren Gelenkentzündung (Synovitis, Tenosynovitis oder

Osteitis). Der primäre Endpunkt war die Entwicklung einer klinischen RA oder eine Arthritis von zwei oder mehr Gelenken über mindestens zwei Wochen. 236 Patienten wurden eingeschlossen, 119 erhielten eine aktive Therapie, 117 Patienten wurden in den Placeboarm eingeschlossen. Nach zwei Jahren fand sich kein Unterschied im Hinblick auf die Entwicklung einer RA zwischen beiden Gruppen, nahezu jeder 5. Proband entwickelte eine RA. Allerdings waren einige patientenbezogene Parameter wie die subjektive Funktionsfähigkeit, Schmerz oder Morgensteifigkeit, aber auch die Entzündungszeichen im MRT über den Zeitraum von zwei Jahren in der MTX-Gruppe besser. Die Schlussfolgerung der Autoren ist, basierend auf diesen Ergebnissen, dass MTX zwar nicht das Auftreten einer klinischen RA verhindert, jedoch den frühen Krankheitsverlauf modifizieren kann (1). Möglicherweise handelte es sich jedoch bei den eingeschlossenen Patienten nicht nur um Hochrisikopatienten, das zeigt sich darin, dass initial nur 50 Prozent der Patienten im MRT Veränderungen zeigten und Rheumafaktoren beziehungsweise ACPA nur bei einem Drittel der Patienten nachgewiesen werden konnte.

Vielleicht ist MTX aber auch nicht das beste Medikament in dieser Situation? Eine Strategie, die in zwei neueren Studien untersucht wurde, beruht auf folgendem Konzept: Probanden mit muskuloskelettalen Beschwerden wie Gelenkschmerzen (jedoch ohne erkennbare Schwellungen) oder Sehnenscheidenentzündungen, die für sich alleine nicht die Diagnose einer RA erlauben, werden frühzeitig mit Abatacept im Vergleich zu Placebo behandelt, wenn sie gleichzeitig ACPA beziehungsweise Rheumafaktoren im Serum und gelenkbezogene Entzündungszeichen in der Bildgebung aufweisen. Abatacept blockiert T-Zellen, die bei der frühen RA eine wesentliche Bedeutung haben. Beide Studien sind derzeit noch nicht in Vollpublikation vorliegend.

Die Ergebnisse der in Deutschland durchgeführten multizentrischen ARIAA-Studie wurden auf internationalen Kongressen von PD Jürgen Rech aus der Universitätsklinik Erlangen (Direktor: Professor Georg Schett) vorgestellt. Die ARIAA-Studie ist eine randomisierte, verblindete und placebokontrollierte Studie an Patienten mit einem sehr hohen Risiko für die Entwicklung einer RA. Einschlusskriterien waren der Nachweis von ACPA, Arthralgien über mehr als 6 Wochen sowie entzündliche Veränderungen im MRT der dominanten Hand. Klinisch durften die Patienten keine Gelenkschwellung und keine Vortherapie mit antirheumatischen Medikamenten gehabt haben. Insgesamt jeweils 49 Patienten wurden mit entweder Abatacept 125 mg wöchentlich subkutan oder Placebo über 6 Monate behandelt, danach über weitere 12 Monate beobachtet. Der primäre Endpunkt war die Verbesserung in mindestens einem MRT-Parameter nach 6 Monaten und wurde signifikant häufiger unter Abatacept (bei 61,2 Prozent) im Vergleich zu Placebo (bei 30,6 Prozent) erreicht

($p = 0,0043$). Die Entwicklung einer klinischen RA wurde signifikant seltener unter Abatacept (8,2 Prozent) im Vergleich zu Placebo (34,7 Prozent) nach 6 Monaten beobachtet ($p = 0,0025$). Nach 18 Monaten, also 12 Monate nach Ende der Therapie, wurde eine RA bei 35 Prozent der Abatacept-Patienten, jedoch bei 57 Prozent der Placebo-Patienten ($p = 0,0421$) beobachtet. Auch die MRT-Ergebnisse nach 18 Monaten waren besser nach einer 6-monatigen Therapie mit Abatacept. Damit wird zum ersten Mal gezeigt, dass das Auftreten einer klinischen RA bei Patienten mit einer Risikokonstellation für eine RA mit einer zeitlich limitierten Intervention mit Abatacept verhindert werden kann und signifikant seltener RA typische MRT-Befunde nachgewiesen werden konnten. (2)

Ähnliche Ergebnisse zeigt die APIPPRA-Studie, in die 213 Individuen in Großbritannien und den Niederlanden eingeschlossen werden konnten. Die Ergebnisse dieser Studie wurden auf dem diesjährigen europäischen Rheumatologenkongress in Mailand präsentiert.

Eingeschlossen wurden Patienten mit Arthralgien (aber ohne Arthritis) und entweder hochpositiven ACPA oder doppelt positiv für ACPA und Rheumafaktoren. Die Therapie erfolgte mit Abatacept 125 mg pro Woche subkutan oder Placebo über 12 Monate mit einer Nachbeobachtungszeit über weitere 12 Monate. Als Bildgebung wurde eine Sonografie der Gelenke eingesetzt. Der primäre Endpunkt war entweder die Entwicklung einer RA oder eine Arthritis in mehr als 3 Gelenken. 93 Prozent der Probanden hatten hochpositive ACPA. Nach 52 Wochen erreichten den primären Endpunkt signifikant weniger Patienten unter Abatacept im Vergleich zum Placeboarm (6 Prozent versus 29 Prozent). Nach dem zweiten Jahr war der Unterschied beim Erreichen des primären Endpunktes mit 25 Prozent versus 37 Prozent zwischen Abatacept und Placebo immer noch statistisch signifikant.

Beide Studien zeigen, dass eine Frühintervention bei Hochrisikopatienten möglich ist und gut toleriert wird. Sie zeigen aber auch, dass der Benefit im Laufe der Zeit nach einer Therapiepause geringer wird.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
St. Gallen, August 2023

Literatur

1. Krijbolder DI, Verstappen M, van Dijk BT et al. Intervention with methotrexate in patients with arthralgia at risk of rheumatoid arthritis to reduce the development of persistent arthritis and its disease burden (TREAT EARLIER): a randomized, double-blind, placebo-controlled, proof-of-concept trial. *Lancet* 2022; 400: 283-294.

2. Rech J, Kleyer A, Ostergaard M et al. Abatacept significantly reduces subclinical inflammation during treatment (6months), this persists after discontinuation 812 months), resulting in a delay in the clinical development of RA I patients at risk of Ra (The ARIAA Study) *Arthritis Rheumatol* 2022; 74 (suppl 9).

3. Cope A, Jasenecova M, Vasconcelos J et al. Abatacept in individuals at risk of developing rheumatoid arthritis: Results from the Arthritis Prevention in the pre-clinical phase of RA with abatacept (APPIPRA) trial. *Ann Rheum Dis* 2023, doi 10.1136/annrheumdis-2023-eular.1751

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 Riesenzellerarteriitis

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

4.3 Systemische Sklerodermie

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

4.4 Vaskulitiden

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

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

Gesamtgruppe der Kollagenosen und Vaskulitiden:

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

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

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

6. Arthrosen

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

Häufigkeit:

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

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

Häufigkeit von röntgenologisch gesicherter, klinisch symptomatischer Arthrose:

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

Häufigkeit erhöht bei Frauen, höherem Alter, Übergewicht⁷

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

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

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

7. Kristallarthropathien

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

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

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

8. Osteoporose

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

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

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

9. Fibromyalgie

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

Häufigkeit: ca. 3,5% der Bevölkerung²⁷

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

Quellen

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

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

Über die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) ist mit rund 1700 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 2023

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



Kongress-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2023 (hybrid)

- 51. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
- 37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
- 33. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)

Termin: Donnerstag, 31. August 2023, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Congress Center Leipzig, Seminarraum 13/14

Adresse: Seehausener Allee 1, 04356 Leipzig

Link: <https://attendee.gotowebinar.com/register/7411399296782935896>

Themen und Referierende

Begrüßung und Highlights des Deutschen Rheumatologiekongresses

und

Neuroimmunologie als Chance für die Rheumatherapie: Stimulation des Vagusnervs und die Konditionierung des Immunsystems als Ersatz für Medikamente

Professor Dr. med. Christoph Baerwald, Kongresspräsident der DGRh, em. Leiter der Abteilung Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig

Lokaltherapie bei entzündlichen Gelenkerkrankungen – wann hilft eine Operation?

Professor Dr. med. Sebastian Seitz, Kongresspräsident der DGORh, Chefarzt der Orthopädie am Klinikum Hochsauerland, Arnsberg

Immundefekte und Rheuma: Warum ist es wichtig, schon bei Kindern auf das Immunsystem zu schauen?

Dr. med. Maria Fasshauer, Kongresspräsidentin der GKJR, Oberärztin am Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie am Klinikum St. Georg, Leipzig

Neue und seltene rheumatische Erkrankungen entdeckt: IgG4-Erkrankungen, Erdheim-Chester- und VEXAS-Syndrom

Professor Dr. med. Christof Specker, Präsident der DGRh, Direktor der Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie an den Evangelischen Kliniken Essen-Mitte

Systemimmunologie – Integrative Betrachtung von Blut und entzündeten Geweben

Dr. med. Ricardo Grieshaber-Bouyer, Sektion Rheumatologie, Universitätsklinikum Heidelberg

Moderation: Janina Wetzstein, Pressestelle DGRh, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein, Katrin Hammer
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
Pressestelle
Telefon: 0711 8931-457/-330599
wetzstein@medizin kommunikation.org
hammer@medizin kommunikation.org
www.dgrh-kongress.de

Vor Ort auf dem Kongress:

Mittwoch, 30. August 2023 16.00 Uhr,
bis Freitag, 1. September 2023
Pressebüro (Ebene 0, Bankettraum 3)