



Online-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2022

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: Dienstag, 23. August 2022, 11.30 bis 12.30 Uhr

Link: <https://attendee.gotowebinar.com/register/8633728564376698895>

Themen und Referierende

Geplante Ambulantisierung und Frühversorgungskonzepte: Wie entwickelt sich die rheumatologische Versorgung?

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

Aktuelle Zahlen aus der PRO-KIND-Studie: verbesserte Behandlungsstrategien bei rheumatischen Erkrankungen im Kindesalter

Professor Dr. med. Dirk Föll, Direktor der Klinik für Pädiatrische Rheumatologie und Immunologie am Universitätsklinikum Münster

Keine Gegensätze, sondern zwei Seiten einer Medaille: Immundefizienz und Autoimmunität

Professor Dr. med. Torsten Witte, Direktor der Klinik für Rheumatologie und Immunologie an der Medizinischen Hochschule Hannover

Lessons Learned:

COVID und Rheuma – Impfung, Infektionsfälle und Versorgung

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

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



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

Vom ersten Symptom bis zur optimalen Facharztbehandlung: Wie rheumatologische Frühversorgung Neuerkrankte vor bleibenden Schäden schützen kann

Berlin, 23. August 2022 – Von den ersten Rheuma-Symptomen bis zum Kontakt mit einem:r Rheumatolog:in können heutzutage noch immer mehrere Monate vergehen. Dabei sind eine frühe Diagnose und ein schneller Behandlungsstart entscheidend für den Therapieerfolg und den Krankheitsverlauf. Verschiedene wissenschaftlich evaluierte Frühversorgungsmodelle zeigen mögliche Wege einer schnelleren ambulanten Versorgung auf. Gemeinsam mit einer effektiveren Nutzung vorhandener Versorgungsstrukturen lässt sich die ambulante rheumatologische Behandlung entscheidend verbessern. Dennoch sei es mittelfristig weiterhin notwendig, mehr ambulant tätige Rheumatolog:innen auszubilden, wie die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) im Vorfeld ihres 50. Kongresses mitteilt. Die Bedeutung von Frühversorgungskonzepten ist auch Thema der heutigen Online-Vorabpressekonferenz anlässlich des Rheumatologiekongresses.

Immer noch warten Patient:innen zu lange auf eine rheumatologische Versorgung: „Dann drohen trotz hervorragender Behandlungsmöglichkeiten mit modernen Medikamenten bleibende Schäden, etwa an den Gelenken, deren Entstehung nur noch verlangsamt oder aufgehalten, aber nicht mehr geheilt werden können“, erklärt Professor Dr. med. Andreas Krause, Kongresspräsident des Deutschen Rheumatologiekongresses und Chefarzt im Immanuel Krankenhaus Berlin. „Eine schnelle fachspezifische Behandlung nach Symptombeginn beeinflusst den weiteren Verlauf entzündlich-rheumatischer Erkrankungen maßgeblich.“ Einzig eine schnelle Diagnose und Zuweisung in die fachärztliche Behandlung schaffe Abhilfe, so der Experte.

Erstversorgung häufig verzögert

Die Realität sieht für viele Patient:innen jedoch derzeit noch anders aus: Kapazitätsengpässe führen regional zu unterschiedlich langen Wartezeiten für den rheumatologischen Erstabklärungstermin. Dies schadet nicht nur den Patient:innen, sondern verursacht auch

erhöhte Folgekosten für das Gesundheitssystem. Möglichkeiten einer effizienteren Frühversorgung zeigen einige Konzepte auf, die an rheumatologischen Kliniken in Altötting-Burghausen, Berlin-Buch, Düsseldorf und Heidelberg erprobt wurden.

An der Evaluation, die vier regionale rheumatologische Frühversorgungskonzepte in ihren Entwicklungsstadien untersuchte, war Professor Krause als Autor beteiligt. Das Ergebnis: "Durch die sehr unterschiedlichen, an den lokalen Gegebenheiten orientierten Frühversorgungsmodellen, lässt sich unter effektiver Nutzung der vorhandenen Strukturen die Zeitspanne zwischen Auftreten der Symptome bis zur Diagnosestellung und Therapieeinleitung deutlich verkürzen", so Krause. Dass unabhängig von den unterschiedlichen Rahmenbedingungen bei den analysierten Frühversorgungskonzepten eine beschleunigte Behandlung der Patient:innen erreicht werden konnte, liegt Krause zufolge an einigen gemeinsamen Merkmalen.

Kapazitäten besser nutzen und die Rolle des nichtärztlichen Personals stärken

So sind die gezieltere Zuweisung zu passenden Versorgungsformen durch eine strukturierte Vorselektion der Patient:innen und Screeningsprechstunden wesentliche Elemente für eine schnellere Erstversorgung. Die verbesserte Zusammenarbeit mit nicht-rheumatologischen Zuweisern, die Erfassung von Symptomen, die auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung hindeuten schon vor der Terminvergabe oder offene rheumatologische Sprechstunden zur strukturierten Erfassung der Symptomatik und raschen Einleitung der weiteren Versorgung sind Beispiele für eine erfolgreiche Verkürzung der Wartezeiten. Eine effektivere Nutzung der vorhandenen rheumatologischen Versorgungsmöglichkeiten gelingt zudem durch die Delegation ärztlicher Leistungen an speziell fortgebildete medizinische Fachassistent:innen. "Hierdurch werden wertvolle Kapazitäten für die frühe Diagnosestellung und die weitere Betreuung von Rheumapatient:innen geschaffen", so Krause. Eine zusätzliche Arbeitserleichterung stellt der Einsatz digitaler Hilfsmittel zur Erfassung und Auswertung der von Patient:innen berichteten Symptome dar, die in der Rheumatologie nun auf einer einheitlichen Plattform erfolgen sollen. Dass diese Maßnahmen erfolgreich sind, zeigt die nun vorliegende Auswertung. "Etwa in der Poliklinik für Rheumatologie des Universitätsklinikums Düsseldorf konnte die Zeit vom Erstsymptom bis zur Diagnosestellung bei zwei Dritteln der Patient:innen auf unter drei Monate verkürzt werden", sagt Krause.

Trotz Erfolg keine Dauerlösung

Eine allgemeine Erfolgsformel lässt sich aus der Evaluation nicht ableiten, da lokale Rahmenbedingungen sich von Fall zu Fall unterscheiden. Dazu zählen verschiedene Ambulanzformen, unterschiedliche Personaldecken, heterogene Versorgungsdichte und nicht ausreichende Finanzierung. „Gerade die regionalen Besonderheiten haben uns gezeigt: Viele Wege führen nach Rom“, so Krause. Zudem ist aufgrund des zunehmenden rheumatologischen Versorgungsbedarfs, beispielsweise durch die demographische Entwicklung, eine Ausweitung der ambulanten Versorgungskapazitäten erforderlich. Abhilfe schafft hier die sektorübergreifende Behandlung durch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, die insbesondere durch die mögliche Teilnahme von Rheumakliniken an der ambulanten Versorgung eine spürbare Verbesserung der Versorgungssituation bringt. Letztlich wird es aber auch darauf ankommen, die rheumatologischen Weiterbildungsmöglichkeiten auszuweiten, um die zukünftige Versorgung zu sichern und auszubauen.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Literatur:

Benesova, K., Hansen, O., Sander, O., Feuchtenberger, M., Nigg, A., Voigt, A., Seipelt, E., Schneider, M., Lorenz, H.-M., Krause, A. Regionale Frühversorgung weiterentwickeln – viele Wege führen nach Rom. Z Rheumatol (2022). DOI: 10.1007/s00393-022-01220-6

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)

Aktuelle Zahlen aus der PRO-KIND-Studie:

Werden aktuelle Therapieempfehlungen für Kinder und Jugendliche mit Rheuma im Klinikalltag umgesetzt?

Berlin, 23. August 2022 – Die Versorgung von an Rheuma erkrankten Kindern und Jugendlichen ist oft nur unzureichend, da empfohlene Standards und Leitlinien im Klinikalltag mitunter keine Anwendung finden. Die PRO-KIND-Kommission der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) hat aus diesem Grund Protokolle für die Behandlung von jungen Patientinnen und Patienten mit Arthritis entwickelt. Eine vom Innovationsfonds geförderte Beobachtungsstudie zeigt nun, ob sie in der Praxis umgesetzt werden und welche Behandlungserfolge sich dadurch erzielen lassen. Aktuelle Ergebnisse stellen Experten bei der heutigen Online-Pressekonferenz im Vorfeld des Kongresses vor.

Etwa 40.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland sind von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen betroffen. Eine Form davon ist die polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis (pJIA), die sich vor allem in der Entzündung mehrerer Gelenke mit unklarer Ursache äußert. „Unbehandelt zieht die pJIA schwere Bewegungseinschränkungen oder im schlimmsten Fall auch eine Gelenkzerstörung nach sich“, sagt Professor Dr. med. Dirk Föll, Direktor der Klinik für Pädiatrische Rheumatologie und Immunologie des Universitätsklinikums Münster. „Die damit verbundenen Schmerzen und ihre Folgen stellen eine starke Beeinträchtigung im Leben der jungen Menschen dar, weshalb eine frühe Diagnose und eine optimale Therapie besonders wichtig sind.“ Dies gestaltet sich jedoch leider häufig schwierig: Deutschlandweit gibt es etwa 100 kinderrheumatologische Einrichtungen, doch die Behandlung dort folgte bislang oft keinen einheitlichen Standards und variierte zum Teil erheblich. Therapieleitlinien und Empfehlungen wurden in der klinischen Praxis nur unzureichend umgesetzt. So wurden an Rheuma erkrankte Kinder und Jugendliche oft zu spät und teils mit veralteten Methoden behandelt.

Erste Ergebnisse fallen eindeutig aus

Die Kommission PRO-KIND der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) hat Handlungsprotokolle für den klinischen Alltag entwickelt, die dieser Problematik entgegenwirken sollen. „Ziel war es, den Behandelnden eine einfache Handreichung mitzugeben, die ihnen hilft, internationale Standards der Diagnostik und Therapie zu etablieren“, so Föll. Im Rahmen der Beobachtungsstudie „PRO-KIND-Rheuma“ überprüft die Kommission nun, ob diese Handlungsprotokolle tatsächlich Anwendung im Klinikalltag finden und helfen, den Erkrankungsverlauf positiv zu beeinflussen. Außerdem wollen die Studienautorinnen und -autoren die Therapieprotokolle auf Grundlage der ausgewerteten Ergebnisse weiterhin verbessern.

Dafür analysierten sie die Behandlungsdaten von bundesweit 500 Kindern und Jugendlichen mit kürzlich zurückliegender Rheuma-Diagnose. Unter den bislang erfassten Teilnehmenden befinden sich 52 Patientinnen und Patienten mit einer pJIA, deren Daten nach drei Monaten Behandlungsdauer ausgewertet wurden. 71 Prozent von ihnen wurden nach den vorgeschlagenen Behandlungspfaden der Kommission PRO-KIND gemäß dem „treat-to-target“-Prinzip therapiert. Dieses sah im Wesentlichen die Gabe von krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) wie Methotrexat (MTX) und Glukokortikoidinjektionen in die Gelenke vor. Bei 77 Prozent der untersuchten Kinder und Jugendlichen zeigte sich nach drei Monaten Behandlung eine deutliche Minderung der Krankheitsaktivität.

Dauerhafte Remission noch nicht für jeden erreichbar

„Die ersten Ergebnisse der Studie zeigen bereits, dass die „treat-to-target“-Therapie der PRO-KIND-Kommission im Klinikalltag breite Anwendung findet und funktioniert“, sagt Professor Dr. med. Kirsten Minden, Kinderrheumatologin, Professorin der Charité Universitätsmedizin Berlin und Kongresspräsidentin der GKJR. „Es freut uns zu sehen, dass die Handlungsprotokolle der Kommission so viel Zuspruch finden, und damit dazu beitragen, aktuellstes Wissen in die Praxis und Behandlung zu transportieren.“ Es besteht die Hoffnung, dass diese Therapiestrategie auch die Langzeitprognose von Rheuma im Kindesalter verbessert. Bisher stellte sich nur bei etwa jedem zweiten Kind eine dauerhafte Remission, ein symptomfreies Leben, ein. Um die Ursachen der Krankheit zu verstehen und allen Erkrankten eine dauerhafte Remission zu ermöglichen, sei weiterhin intensive Grundlagenforschung notwendig. Zudem müssten weitere Faktoren mit einbezogen werden,

etwa wie lange es dauert, bis ein Kind oder Jugendlicher in die fachärztliche Behandlung gelangt, denn gerade bei jungen Menschen blieben rheumatische Erkrankungen häufig zunächst unerkannt.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Literatur:

Eulert et al. A STANDARDIZED ASSESSMENT OF TREATMENT AND OUTCOME OF NEWLY DIAGNOSED PATIENTS WITH JIA WITHIN THE PROKIND PROJECT – PATHWAYS FOR POLYARTICULAR JIA. ARD volume 81, supplement 1, year 2022, page 315.

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

Trincianti 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)

Wenn das Immunsystem zu stark und zu schwach zugleich ist

Studie über Genveränderungen zeigt neue Behandlungschancen für Rheuma auf

Berlin, 23. August 2022 – Durch Erbgut-Analysen werden immer mehr Krankheiten entdeckt, die auf angeborenen Störungen der Immunabwehr beruhen. Betroffene leiden oft seit der frühen Kindheit unter wiederkehrenden Infekten, die nur durch wiederholte Antibiotikagabe in Schach gehalten werden können. Der Körper ist eigenständig dazu nicht in der Lage. Das Paradoxon: Gerade diese Menschen sind zudem besonders häufig von Autoimmunkrankheiten wie Rheuma betroffen - während das Immunsystem den Körper nach außen also nur bedingt schützt, richten sich seine Abwehrreaktionen stattdessen gegen körpereigene Strukturen. Über Ursachen dieses Zusammenhangs konnte lange nur spekuliert werden, jetzt haben Forschende dahinterstehende Genveränderungen aufgedeckt. Was das für die Behandlung von rheumatischen Erkrankungen bedeuten, diskutieren Expert:innen bei der heutigen Vorab-Pressekonferenz anlässlich des Rheumatologiekongresses.

Der allgemeine variable Immundefekt (CVID) ist eine angeborene Erkrankung und zeichnet sich durch sehr niedrige Konzentrationen von Antikörpern (Immunglobuline) aus. Bis zu 30 Prozent der Patient:innen leiden zusätzlich auch an einer Autoimmunerkrankung. „Die Abwehrzellen sind bei diesen Menschen nur eingeschränkt in der Lage, Krankheitserreger abzuwehren. Stattdessen kommt es zu Angriffen auf den eigenen Körper, beispielsweise auf Gelenke und Gewebe“, sagt Professor Dr. med. Torsten Witte, Direktor der Klinik für Klinik für Rheumatologie und Immunologie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Er hat gemeinsam mit anderen Forschenden den Zusammenhang zwischen Immundefekten und Autoimmunerkrankungen im Rahmen einer Studie genauer untersucht. „Bekannt war bereits, dass zumindest bei einigen Patient:innen mit Immundefizienz eine Genveränderung vorliegt. Gegenstand unserer Untersuchung war nun, wie häufig eben diese Genveränderung bei Patient:innen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen vorkommt“, erklärt Witte.

Dazu wurden über 1000 Patient:innen untersucht, die aufgrund von Immundefekten eine medikamentöse Behandlung erhielten, die die Funktion des Immunsystems verbessern

sollte. Bei der Untersuchungsgruppe konnte nachgewiesen werden, dass bei fast der Hälfte der Patient:innen mit Rheuma und Immundefekt jene Genveränderungen vorliegen, die bisher lediglich mit Immundefekten in Verbindung gebracht wurden. Bei jenen Patient:innen, die lediglich unter einem Immundefekt litten, waren es nur elf Prozent der Teilnehmenden, bei denen eine Genveränderung nachweisbar war. „Die Verbindung von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und Immundefekten ist somit überwiegend genetisch bedingt“, erläutert Witte. Der Experte erklärt, dass zukünftig genetische Untersuchungen bei neu diagnostizierten Rheumapatient:innen frühzeitig über mögliche Genveränderungen aufklären könnten. Die Erkenntnisse aus diesen Untersuchungen hätten entscheidende therapeutische Konsequenzen und deren Nachweis öffne den Weg zu einer individualisierten Rheumatherapie.

Die bei Menschen mit Immundefekt häufigen Autoimmunreaktionen haben ein neues Verständnis für die beiden Erkrankungen geschaffen. „Wir betrachten einen Immundefekt nicht mehr nur als Erkrankung, die auf der fehlenden Aktivierung des Immunsystems beruht“, sagt Professor Dr. med. Andreas Krause, Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) aus Berlin. „Die Betroffenen haben eher ein nicht korrekt austariertes Immunsystem, bei dem es zu einer fehlenden oder einer überschießenden Reaktion kommen kann“, erläutert Krause weiter. Bei der Behandlung müssten die Ärzte darauf achten, welche Komponente gerade im Vordergrund steht. „Bei Infektionen benötigen die Patient:innen Antibiotika, im nächsten Moment müssen wir Immunsuppressiva geben, um das Immunsystem wieder ins Gleichgewicht zu bringen“, so Krause. Welche Schlussfolgerungen sich damit für eine bessere Behandlung ableiten lassen, diskutieren Experten bei der Vorab-Pressekonferenz der DGRh und dem Rheumatologiekongress 2022.

Quelle:

Sogkas G. et al. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2021; 80:392-399

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

STATEMENT

Ambulantisierung und Frühversorgungskonzepte: Wie entwickelt sich die rheumatologische Versorgung in Deutschland?

Professor Dr. med. Andreas Krause

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

Die enormen medizinischen Fortschritte in der Therapie rheumatischer Erkrankungen stellen gleichzeitig große Herausforderungen an eine leistungsfähige und patientengerechte rheumatologische Versorgung. Förderung der rheumatologischen Aus- und Weiterbildung, Stärkung der ambulanten und stationären Behandlung mit Entwicklung sektorenverbindender Versorgungsstrukturen und Frühversorgungskonzepte sind notwendig.

Das Bündnis für Rheumatologie – ein Zusammenschluss der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen und des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken – hat in den letzten Jahren zahlreiche Projekte entwickelt und unterstützt, um diesen Herausforderungen zu begegnen und die Zukunft der rheumatologischen Versorgung aktiv mitzugestalten.

Durch den Mangel an rheumatologischem Nachwuchs besteht eine Diskrepanz zwischen den Ansprüchen an eine moderne, leitliniengerechte und frühzeitige Versorgung und dem medizinischen Alltag mit oftmals langen Wartezeiten auf einen Facharzttermin. Dabei sind eine frühe Diagnose und Therapie rheumatischer Erkrankungen notwendig, um Beschwerden rasch zu lindern und mögliche, teils irreversible Folgen der rheumatischen Entzündung zu verhindern.

Die verschiedenen wissenschaftlich begleiteten Frühversorgungskonzepte sollen eine gezieltere Zuweisung von Patient*innen mit rheumatischen Beschwerden erreichen. Die dadurch effektivere Nutzung rheumatologischer Behandlungskapazitäten ermöglicht mehr Betroffenen den raschen Zugang zu einer fachspezifischen Behandlung. Durch Einbindung rheumatologisch fortgebildeter medizinischer Fachassistent*innen mit der Möglichkeit der Delegation ärztlicher Leistungen werden zusätzlich Behandlungskapazitäten geschaffen.

Dank der Aktivitäten des Bündnisses für Rheumatologie konnte die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) in der Rheumatologie schon im Frühjahr 2018 umgesetzt werden. Da an der ASV neben niedergelassenen Rheumatolog*innen auch Rheumakliniken teilnehmen, werden hierdurch neue, leistungsfähige ambulante

Behandlungsverbünde geschaffen. Dies wiederum ermöglicht zusätzliche sektorenverbindende Versorgungsstrukturen und stellt eine Voraussetzung für die zunehmende Ambulantisierung, also den Ersatz stationärer durch ambulante Leistungen, dar.

Dabei darf allerdings die weiterhin große Bedeutung der akutstationären Rheumatologie nicht vernachlässigt werden. Neben der Versorgung schwerer erkrankter Patient*innen mit stationärem Behandlungsbedarf werden rheumatologische Krankenhäuser für die spezialisierte multimodale rheumatologische Komplexbehandlung benötigt. Schließlich ist eine umfassende rheumatologische Aus- und Weiterbildung ohne akutstationäre Phase nicht denkbar. Diese Ausbildungsanforderung beginnt mit der Präsenz der Rheumatologie an allen medizinischen Hochschulen und Universitäten, um allen Studierenden schon früh in ihrer Ausbildung Zugang zur Rheumatologie zu ermöglichen. Stationäre Behandlungskapazitäten müssen erhalten bleiben, sich am Weiterbildungsbedarf orientieren und dürfen nicht den finanziellen Fehlanreizen durch das DRG-System zum Opfer fallen.

In der Kampagne „rheuma2025“ werden Studierende, Ärzt*innen, Gesundheitspolitik und Öffentlichkeit umfassend über die Rheumatologie informiert und die für die Entwicklung der rheumatologischen Versorgung in Deutschland notwendigen Schritte formuliert.

Literatur:

Krause A, Lakomek H-J. Die rheumatologische Versorgung in Deutschland – Sachstand und Perspektiven. Z Rheumatol 2022; 81:443-444

Benesova K et al. Regionale Frühversorgung weiterentwickeln – viele Wege führen nach Rom. Z Rheumatol 2022; 81:445-462

Sollacher A et al. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung – 3,5 Jahre ASV in der Rheumatologie. Z Rheumatol 2022; 81:463-471

<https://rheuma2025.de>

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

STATEMENT

Aktuelle Zahlen aus der PRO-KIND-Studie:

verbesserte Behandlungsstrategien bei rheumatischen Erkrankungen im Kindesalter

Professor Dr. med. Dirk Föll

Direktor der Klinik für Pädiatrische Rheumatologie und Immunologie am Universitätsklinikum
Münster

Bundesweit leiden etwa 40 000 Kinder und Jugendliche an entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Hierbei handelt es sich in erster Linie um Gelenkentzündungen unklarer Ursache. Die Krankheiten beginnen häufig bereits im frühen Kindesalter und können unbehandelt zu schweren Bewegungseinschränkungen bis hin zur Gelenkzerstörung führen. Sind weitere innere Organe betroffen, droht eine mögliche Funktionseinschränkung beziehungsweise der komplette Verlust einzelner Organe.

Je früher die Krankheit erkannt wird, desto besser lässt sie sich behandeln. Die aktuelle Situation in der Versorgung rheumakrankter Kinder und Jugendlicher ist allerdings gekennzeichnet durch unzureichende Standardisierung und mangelhafte Penetration von Therapieleitlinien und Empfehlungen in der klinischen Praxis. In der Konsequenz werden Kinder und Jugendliche mit rheumatischen Erkrankungen nicht selten zu spät oder unzureichend behandelt – oder nicht entsprechend den aktuellen Behandlungsmöglichkeiten.

Als Lösungsansatz hat die Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) mit dem Vorhaben „**PRO-KIND-Rheuma**“ ein Netz kinderrheumatologischer Zentren in Deutschland etabliert. Damit soll die Implementierung internationaler Diagnose- und Therapiestandards, die Erstellung von abgestimmten alternativen Therapieprotokollen, die vergleichende Auswertung der Therapieergebnisse und die Optimierung der Therapieprotokolle durch schrittweise Verbesserung der Behandlungsprotokolle erreicht werden. Es wurden konsensbasierte Therapiepläne für verschiedene Krankheitsbilder entwickelt.

In der vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie der Sabine Löw-Stiftung für Kinder-Rheumatologie geförderten **PRO-KIND-Studie** wird nun untersucht, wie neu an Rheuma erkrankte Kinder und Jugendliche behandelt und ob die konsensbasierten Therapiepläne und Leitlinien berücksichtigt werden. Dafür werden bundesweit 500 neu diagnostizierte rheumakranke Kinder untersucht. Anhand der gewonnenen Daten sollen Behandlungsformen identifiziert werden, mit denen es gelingt, die rheumatische Entzündung besonders schnell in den Griff zu bekommen. Langfristig soll dann erkenntnisbasiert die Behandlung rheumakrankter Kinder und Jugendlicher weiter verbessert werden.

Bislang sind in dem laufenden Vorhaben bereits über 430 Patienten eingeschossen worden. Das Projekt wird von den größten Zentren in Deutschland gemeinsam getragen. Daten aus der PRO-KIND-Studie werden auch auf dem diesjährigen **Deutschen Rheumatologiekongress** vorgestellt. So konnte für die mit 248 Teilnehmenden größte Patientengruppe (polyartikuläre juvenile Arthritis) gezeigt werden, dass die Mehrheit (71 Prozent) entsprechend der vorgeschlagenen Behandlungspfade therapiert wird. In der Routineversorgung von JIA-Patient*innen mit Polyarthritiden scheint bei den meisten Patient*innen eine „treat to target“-Strategie (zielgerichtete Therapie) umgesetzt zu werden. Bereits nach etwa drei Behandlungsmonaten zeigen sich deutliche Verbesserungen der Krankheitsaktivität und anderer patientenberichteter Outcomes, wobei fast die Hälfte der Patient*innen bereits eine inaktive/minimal aktive Krankheitsaktivität aufweist. Ergebnisse wurden auch beim diesjährigen EULAR-Kongress vorgestellt (siehe Referenz) und werden beim Kinderrheumatologie-Kongress in Prag (PRoS-Kongress 2022) präsentiert.

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bemühen sich, die Entzündung möglichst komplett zu stoppen. Aber nur jedes zweite Kind mit Rheuma erreicht eine dauerhafte Remission, also einen Zustand, der langfristig ein krankheitsfreies Leben ermöglicht. Das Ziel ist es, die Erkrankung bei allen heilbar zu machen. Dafür müssen die Ursachen besser verstanden werden. Genau dies kann nur durch intensive Forschung erreicht werden.

Mit diesem Ziel vor Augen ist eine gemeinnützige Forschungstiftung neu gegründet worden. Die **Kinderrheuma-Stiftung Sabine Löw** wurde 2021 anlässlich des Kongresses der GKJR in Berlin feierlich eröffnet. Frau Dr. Sabine Löw hat ihr Privatvermögen der Stiftung vermacht. Sie war selbst Hausärztin und wollte die Forschung zu Kinderrheuma in Deutschland besser bündeln und vernetzen. Es gibt in Deutschland bereits zahlreiche hervorragende Kinderrheumatologinnen und -rheumatologen, die erfolgreich gemeinsam forschen. In Zukunft will die Kinderrheuma-Stiftung Sabine Löw mit ihrem nachhaltigen und langfristigen Förderansatz diese Forschung in Deutschland noch ausbauen. Die PRO-KIND-Studie gehört zu den ersten durch die Stiftung geförderten Projekten.

Dies ist eine gute Nachricht für erkrankte Kinder und Jugendliche sowie deren Familien. Anlässlich der Jahrestagung der GKJR im Rahmen des **Deutschen Rheumatologiekongresses 2022 in Berlin vom 31. August bis 3. September 2022** werden die Teilnehmenden ihre Erkenntnisse zu den Ursachen, der Pathologie und der Behandlung dieser Erkrankungen vorstellen. Die PRO-KIND-Studie zu verbesserten

*Online-Presskonferenz anlässlich
des 50. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 36. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der 32. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
Dienstag, 23. August 2022, 11.30 bis 12.30 Uhr*

Behandlungsstrategien bei rheumatischen Erkrankungen im Kindesalter wird eine wesentliche Rolle einnehmen.

Referenz:

Eulert et al. A STANDARDIZED ASSESSMENT OF TREATMENT AND OUTCOME OF NEWLY DIAGNOSED PATIENTS WITH JIA WITHIN THE PROKIND PROJECT – PATHWAYS FOR POLYARTICULAR JIA. ARD volume 81, supplement 1, year 2022, page 315

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Münster, August 2022

STATEMENT

Keine Gegensätze, sondern zwei Seiten einer Medaille: Immundefizienz und Autoimmunität

Professor Dr. med. Torsten Witte

Direktor der Klinik für Rheumatologie und Immunologie an der Medizinischen
Hochschule Hannover

Primäre Immundefekte gelten als seltene Erkrankungen, die genetisch bedingt sind. Patienten mit Immundefekten können zwar nur schlecht Immunreaktionen gegen Krankheitserreger bilden, auf den ersten Blick paradoxerweise werden bei Immundefekten aber gehäuft Autoimmunerkrankungen beobachtet, also Immunreaktionen gegen körpereigene Strukturen. Bei dem für Erwachsene wichtigsten angeborenen Immundefekt, der „common variable immunodeficiency“ (CVID), leiden beispielsweise circa 30 Prozent der Patienten an Autoimmunerkrankungen, vor allem an idiopathischer Thrombopenie (ITP) und an autoimmunhämolytischer Anämie (AIHA). Zu den Ursachen der Assoziation von Immundefizienz und Autoimmunität gibt es eine Reihe von Hypothesen:

- gemeinsame Risikogene
- ineffektive Clearance von Autoantigenen durch Mangel an Komplementkomponenten
- Mangel an protektiven Antikörpern, vor allem der IgM-Klasse
- erhöhte Infektionsrate und damit erhöhte Wahrscheinlichkeit der Bildung kreuzreaktiver Antikörper
- erhöhte B-Zell-Proliferation
- Verschiebung von Zellpopulationen, zum Beispiel weniger regulatorische T-Zellen, mehr Effektor-T-Zellen
- Verschiebungen des Darmmikrobioms

Es konnte mittlerweile gezeigt werden, dass zumindest bei einigen Patienten mit Immundefizienz und Autoimmunität prädisponierende Genveränderungen vorliegen. Wir haben daher in unserer Klinik untersucht, wie häufig mit Immundefizienzen assoziierte Polymorphismen bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen vorkommen. Wir untersuchten dazu 1 008 Patienten, die immunmodulatorisch behandelt worden waren. Bei 72 (sieben Prozent) dieser Patienten hatte sich im Verlauf der Therapie ein Antikörpermangel ausgebildet. Bei 64 dieser Patienten und bei 64 Patienten ohne Antikörpermangel erfolgte eine Untersuchung mit Sequenzierung von insgesamt 120 Genen, die mit Immundefizienz und Antikörpermangel assoziiert sind. Bei fast der Hälfte der Patienten mit Rheuma und Antikörpermangel, und immerhin elf Prozent der Patienten ohne

Online-Presskonferenz anlässlich
des 50. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)
der 36. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der 32. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
Dienstag, 23. August 2022, 11.30 bis 12.30 Uhr

Antikörpermangel, wurden Polymorphismen nachgewiesen, die mit Immundefizienzen assoziiert sind. Somit ist die Assoziation von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und Immundefizienz überwiegend genetisch bedingt. Zudem könnten in Zukunft genetische Untersuchungen bei neu diagnostizierten Rheumapatienten erfolgen, da einige der Polymorphismen therapeutische Konsequenzen hätten und deren Nachweis den Weg zu einer individualisierten Rheumatherapie öffnen könnte.

Referenz:

Sogkas G. et al. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2021; 80:392-399

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Hannover, August 2022

STATEMENT

Lessons Learned: COVID und Rheuma – Infektionsrisiko, Medikamente (Immunsuppression) und Impfung

Professor Dr. med. Christof Specker

Direktor der Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie an den Evangelischen Kliniken Essen-Mitte

Die COVID-19-Pandemie hat neben der Virologie und Epidemiologie auch die Immunologie in das öffentliche Interesse gerückt. Die Rheumatologie ist dabei nicht nur im Hinblick auf das Erkrankungsrisiko Immungeschwächter, sondern auch im Hinblick auf Impfungen bei Erkrankungen, die das Immunsystem betreffen, häufig als praktisch angewandte „klinische Immunologie“ gefragt.

Einige typische Fragen, auf welche die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie mit vielfältigen Stellungnahmen, wissenschaftlichen Projekten und Publikationen reagiert hat, sind beispielsweise:

- Ist das Risiko für eine Infektion mit SARS-CoV-2 oder für einen schweren Verlauf von COVID-19 bei rheumatischen Erkrankungen erhöht?
- Welchen Einfluss haben immunsuppressive/immunmodulatorische Medikamente auf das Infektionsrisiko und den Erkrankungsverlauf von COVID-19?
- Können oder sollen Rheumakranke sich impfen lassen?
- Kann eine COVID-19-Impfung einen Schub der rheumatischen Erkrankung auslösen?
- Gibt es Bedenken hinsichtlich der neuen mRNA-Impfstoffe bei rheumatischen Erkrankungen oder immunmodulierender Medikation?
- Wird die Wirkung der Coronaimpfung durch antirheumatische Therapien (Immunsuppressiva/-modulatoren) abgeschwächt?
- Soll eine immunsuppressive/immunmodulatorische Therapie wegen der Impfung reduziert oder pausiert werden?
- Kann der Erfolg einer Impfung gegen COVID-19 durch Titerbestimmungen kontrolliert werden?

Die DGRh hatte schon im März 2020 mit der Gründung einer Ad-hoc-Kommission zu COVID-19 reagiert: Es wurde innerhalb weniger Wochen ein Online-Register zur Erfassung von Coronainfektionen und deren Verlauf bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen

Erkrankungen aufgesetzt, in dem bundesweit in Praxis und Klinik tätige Rheumatologen inzwischen über 5 500 Fälle erfasst haben.

Auswertungen dieses Registers, die fortdauernde Analyse der wissenschaftlichen Publikationen zu dem Thema und internationale Kooperationen wurden von einer zweiten Ad-hoc-Kommission genutzt, um für Rheumapatienten und behandelnde Ärzte Handlungsempfehlungen zu erstellen, die kontinuierlich und zeitnah aktualisiert wurden, zum Beispiel als Impfungen gegen COVID-19 verfügbar wurden. Aufgrund dessen wurden DGRh-Vertreter der Ad-hoc-Kommissionen auch in die Leitliniengruppen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften berufen, zur Erstellung mehrerer nationaler Leitlinien zum Thema COVID-19. Auch hier konnte die DGRh zur Klärung der Frage des Erkrankungsrisikos und der Impfung bei Immunerkrankungen und bei immunmodulierenden Medikamenten beitragen.

Was haben wir nach nunmehr 2,5 Jahren aus der Pandemie gelernt?

Das alleinige Vorliegen einer rheumatischen Erkrankung bedingt noch kein eindeutiges Risiko für die Infektion mit SARS-CoV-2 oder einen schweren Verlauf. Allgemeine Risiken wie Alter und Vorerkrankungen gelten dabei auch für Rheumapatienten. Bestimmte Medikamente können aber, zum Teil dosisabhängig, das Risiko erhöhen. Da in eigenen und internationalen Untersuchungen immer wieder auch die Krankheitsaktivität einer (entzündlich-)rheumatischen Erkrankung einen relevanten Risikofaktor für COVID-19 darstellte, wurde schnell klar, dass es nicht ratsam ist, aus Angst vor COVID-19 die antirheumatische Medikation zu reduzieren oder abzusetzen. Eine gut eingestellte rheumatische Erkrankung unter einer gut wirksamen und verträglichen Therapie ist ein besserer Schutz vor COVID-19 als eine ohne ausreichende Therapie schlecht kontrollierte Erkrankung.

Dass auch und gerade Rheumapatienten sich impfen lassen sollen, war schon vor der Pandemie Credo der deutschen Rheumatologie. Die Angst, durch Impfungen einen Schub rheumatischer Erkrankungen auszulösen, ist unbegründet, auch im Hinblick auf die neuen mRNA-Impfstoffe. Dass diese gut verträglich und wirksam sind, konnten deutsche Forschergruppen mit als Erste weltweit belegen. Die Aktivierung des Immunsystems im Rahmen einer Impfung führt – wie auch schon von früheren Impfungen bekannt – manchmal zu einer leichten und nur vorübergehenden Aktivierung einer rheumatischen Erkrankung. Zu richtigen „Schüben“, die zudem mit einer Therapieanpassung schnell beherrschbar sind,

kommt es in deutlich weniger als einem Prozent der Coronaimpfungen bei Rheumapatienten nur sehr selten. Die allgemeine Verträglichkeit der Impfung war dabei sogar noch besser als in der Normalbevölkerung (erklärbar durch die antirheumatische Medikation, welche auch normale Impfreaktionen wie Schmerzen an der Injektionsstelle oder Muskelschmerzen unterdrücken hilft).

Bestimmte immunmodulierende Medikamente, die bei Rheumaerkrankungen oft eingesetzt werden, können die Impfantwort abschwächen oder sogar stark unterdrücken. Hier haben ebenfalls wieder viele wissenschaftliche Untersuchungen der letzten zwei Jahre mehr Klarheit gebracht: Cortison unterdrückt die Impfantwort nur in mittleren und hohen Dosierungen, Methotrexat nur gering und eher altersabhängig. Überhaupt hat das Alter bei der Frage des Impferfolges – wie auch bei Gesunden – wieder eine gewisse Bedeutung in individuell unterschiedlicher Ausprägung. Auch unter Medikamenten, welche den Impferfolg direkt nicht beeinträchtigen, hat man bei Rheumapatienten einen schnelleren Abfall der Impftiter festgestellt. Hierbei ist aber nicht klar, ob die Höhe des Impftiters (SARS-CoV-2-Antikörper) eine verlässliche Aussage zum Impfschutz erlaubt. Besonders wichtig scheint deshalb für Rheumapatienten die sogenannte Booster-Impfung gegen COVID-19 zu sein, da hierunter wieder eine besonders deutliche Impfantwort festzustellen ist.

Sehr spezielle Situationen ergeben sich bei Patienten mit Immundefekten, die zum Teil angeboren sein können, zum Teil erst im Laufe des Lebens auftreten oder im Rahmen bestimmter Therapien, die auch in der Rheumatologie eingesetzt werden (wie zum Beispiel mit Rituximab). Hier sind spezielle immunologische Kenntnisse erforderlich, um festzulegen, ob und wann eine Impfung Sinn macht und wann die neu verfügbaren Medikamente (antivirale Substanzen, monoklonale Antikörper) gegen COVID-19 bei solchen Patienten sinnvoll einzusetzen sind.

Die richtige Abwägung der vielfältigen Einflussfaktoren und die genaue Berücksichtigung individueller Risikofaktoren erlauben es behandelnden Rheumatologinnen und Rheumatologen, ihre Patientinnen und Patienten in der Pandemie fachgerecht und mit hoher Expertise zu beraten und zu behandeln. Hierzu konnte die DGRh einen nicht unerheblichen Beitrag leisten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Essen, August 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 zehnmal häufiger betroffen als Männer^{7,15}

4.2 Polymyalgia rheumatica und Riesenzellarteriitis

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

4.3 Systemische Sklerodermie

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

4.4 Vaskulitiden

- Vaskulitiden sind entzündliche Gefäßerkrankungen, die etwa 15-20 unterschiedliche Krankheitsbilder umfassen¹⁷. Man unterscheidet sie danach, ob sie große, mittlere oder kleine Gefäße betreffen. Sie können entweder primär oder als Folge anderer entzündlich-rheumatischer Krankheiten auftreten. Die einzelnen Krankheitsbilder sind selten, so beträgt z.B. die Häufigkeit der Granulomatosis mit Polyangiitis (früher Wegener's Granulomatose) 2,4-15,7/100.000 Erwachsene¹⁹
- Häufigkeit erhöht bei: Frauen (ca. zweimal häufiger als bei Männern)¹

Gesamtgruppe der Kollagenosen und Vaskulitiden:

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

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

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

6. Arthrosen

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

Häufigkeit:

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

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

Häufigkeit von röntgenologisch gesicherter, klinisch symptomatischer Arthrose:

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

Häufigkeit erhöht bei Frauen, höherem Alter, Übergewicht⁷

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

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

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

7. Kristallarthropathien

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

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

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

8. Osteoporose

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

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

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

9. Fibromyalgie

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

Häufigkeit: ca. 3,5% der Bevölkerung²⁷

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

Quellen

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

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

Über die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

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



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, Präsident 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