



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

Termin: Donnerstag, 3. September 2020, 11.00 bis 12.00 Uhr

Link zur Anmeldung: <https://us02web.zoom.us/j/83589428061>

Aktuelles aus Politik und Patientenversorgung

Themen und Referenten:

Kampagne „Rheuma in der Gesellschaft“ – Mehr Awareness für eine vielschichtige Erkrankung

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

Wie Abrechnungsmodi im DRG-System die Versorgung der Bevölkerung gefährden

Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz, Vorstandsmitglied der DGRh, Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinisch-wissenschaftlicher Leiter des Rheumazentrums Baden-Baden

Besondere Bedürfnisse von Rheumapatienten vor und nach einer Gelenkoperation

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

Rheuma ist mehr als Schmerz der Gelenke – Aktuelle Erkenntnisse zu Begleiterkrankungen

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

Moderation: Stephanie Priester, Pressestelle der DGRh

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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



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

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

DGRh kritisiert Schieflage im Abrechnungssystem:

Fallpauschalen gefährden medizinische Versorgung von Menschen mit Rheuma

Berlin, 3. September 2020 – Vier bis sechs Wochen – länger sollte es nicht dauern, bis ein Patient mit Anzeichen für eine entzündlich-rheumatische Erkrankung einem Facharzt vorgestellt wird und die richtige Diagnose erhält. Dieses Ziel wird in Deutschland jedoch weit verfehlt. Ein Grund hierfür ist der ausgeprägte Mangel an rheumatologischen Fachärzten. Nach Ansicht der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) hat dieser inzwischen ein Ausmaß erreicht, welches die medizinische Versorgung der Bevölkerung gefährdet. Auf der heutigen Pressekonferenz im Vorfeld des DGRh-Jahreskongresses diskutieren Vertreter der Fachgesellschaft darüber, wie dem Fachärztemangel begegnet werden kann und welche Rolle den politischen Rahmenbedingungen dabei zukommt.

1,5 Millionen Menschen in Deutschland leiden an entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, das sind rund zwei Prozent der erwachsenen Bevölkerung. Und vermutlich gibt es viele weitere, die noch nichts von ihrer Erkrankung wissen. Denn selbst eine rheumatoide Arthritis (RA) – mit 60 bis 70 000 Neuerkrankungen pro Jahr die häufigste und bekannteste Rheumaart – wird im Schnitt erst nach neun Monaten diagnostiziert. Patienten mit selteneren Rheumaformen müssen noch deutlich länger, zum Teil mehrere Jahre auf Diagnose und Therapie warten. „Für die Betroffenen kann das gravierende Folgen haben“, mahnt Prof. Dr. med. Hanns-Martin Lorenz, Vorstandsmitglied der DGRh, Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum Heidelberg und medizinisch-wissenschaftlicher Leiter des Rheumazentrums Baden-Baden. Betroffene müssten nicht nur unnötig lange unter den Symptomen ihrer entzündlich-rheumatischen Erkrankung leiden, die fast immer mit Schmerzen und Abgeschlagenheit, manchmal auch mit einer Depression einhergehe. Auch der weitere Krankheitsverlauf hänge wesentlich davon ab, wie rasch mit einer wirksamen Therapie begonnen werde. „Rheuma bedeutet fast immer, dass sich entzündliche Prozesse



gegen den eigenen Körper richten“, erläutert Lorenz. Werde die Entzündung nicht rasch unter Kontrolle gebracht, sei die Gefahr groß, dass sie chronisch werde und zu irreversiblen Schäden führe. Umgekehrt könnten viele entzündlich-rheumatische Erkrankungen mit einer frühen und konsequenten Therapie gut beherrscht werden.

Hierfür stehen in Deutschland jedoch zu wenige Fachärzte zur Verfügung. „Um eine gute Versorgung zu gewährleisten, bräuchten wir mindestens 1 350 internistische Rheumatologen“, sagt Lorenz. Zurzeit liege deren Zahl mit 750 etwa bei der Hälfte. Um hier zumindest mittelfristig gegenzusteuern, müsste die Zahl der rheumatologischen Weiterbildungsstellen deutlich erhöht werden. Eine Hürde hierfür ist das 2004 eingeführte DRG-Abrechnungssystem, bei dem die klinische Patientenversorgung über Fallpauschalen vergütet wird. Diese richten sich nach Art und Schwere der Erkrankung, spiegeln jedoch nicht immer den tatsächlichen Therapieaufwand wider und sorgen dafür, dass manche Patienten sich für die Klinik eher „lohnen“ als andere. „Durch die Fallpauschalen zerfällt die Klinik in finanzkräftige und weniger finanzkräftige Abteilungen“, kritisiert Lorenz – „und damit in Abteilungen, denen mehr, und anderen, denen weniger Weiterbildungsstellen zugeteilt werden.“ – „Die Rheumatologie als eher ambulant ausgerichtete Fachdisziplin, die im Vergleich keine großen Umsätze generiert, bleibt hier systematisch unterversorgt“, betont auch der DGRh-Kongresspräsident und Vorstandsvorsitzende Prof. Dr. med. Hendrik Schulze-Koops vom Klinikum der Universität München.

Die DGRh fordert daher, dass künftig eine Mindestzahl von Weiterbildungsstellen in der Rheumatologie garantiert wird. „Die Schwerpunkte in den Krankenhäusern dürfen nicht nur nach finanziellen Gesichtspunkten gesetzt werden, sondern hauptsächlich nach dem Bedarf in der Bevölkerung“, so Lorenz. Nur dann könne eine breit aufgestellte medizinische Versorgung auf hohem Niveau gewährleistet werden.

Bei Abdruck Beleg erbeten.



Literatur:

Zink A, Braun J, Gromnica-Ihle E, Krause D, Lakomek HJ, Mau W, Müller-Ladner U, Rautenstrauch J, Specker C, Schneider M. Memorandum of the German Society for Rheumatology on the quality of treatment in rheumatology – Update 2016. Z Rheumatol. 2017 Apr;76(3):195-207.

Lorenz HM, Wendler J, Krause A. Improvement of prognosis by timely treatment: Requirement: initial presentation within 6 weeks. Z Rheumatol. 2019 Jun;78(5):396-403.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

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



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

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

Gelenkoperationen bei Rheuma:

Behandlungserfolg erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit

Berlin, 3. September 2020 – Rheumatische Erkrankungen können sich auf den gesamten Bewegungsapparat auswirken und Schäden an Sehnen und Gelenken hervorrufen. Zwanzig bis dreißig Operationen müssen Menschen mit Rheuma im Laufe ihrer Erkrankung daher oftmals durchführen lassen. Obwohl die Operationen zumeist zeitlich planbar sind, stellen sie komplexe Anforderungen an die behandelnden Ärzte hinsichtlich der bestehenden rheumatischen Basistherapie, Anästhesie, Operationstechniken und rehabilitativen Anschlussversorgung der Patienten. Wie hierbei die optimale Versorgung aussehen sollte und warum eine fachübergreifende Zusammenarbeit bei der ärztlichen Behandlung entscheidend ist, erörtern Experten auf der heutigen Pressekonferenz im Vorfeld des Deutschen Rheumatologiekongresses 2020 (9. bis 12. September, virtuell).

Trotz der verbesserten medikamentösen Therapie und begleitenden physikalischen Behandlungen bei rheumatischen Erkrankungen sind oftmals weiterhin Operationen erforderlich, um Gelenke zu erhalten, deren Funktionen zu verbessern oder auch, um künstliche Gelenke einzusetzen. „Bei Rheuma handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung. Die medikamentöse Therapie zielt in der Regel darauf ab, das Immunsystem davon abzuhalten, körpereigene Strukturen anzugreifen. Gleichzeitig werden aber auch eigentlich wichtige Immunreaktionen eingedämmt“, erläutert Dr. med. Martin Arbogast, Kongresspräsident seitens der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie und Chefarzt der Abteilung für Rheumaorthopädie und Handchirurgie am Klinikum Oberammergau. „Es gilt daher, ein geeignetes Zeitfenster um eine Operation herum zu schaffen, in dem mit der Einnahme sogenannter Immunsuppressiva pausiert wird. Einerseits, um das Infektionsrisiko gering zu halten, und andererseits muss auch weiterhin ein Rheumaschub vermieden werden.“ Für eine erfolgreiche Operation sei die Kenntnis im Umgang mit der systemischen medikamentösen Therapie und deren Effekte daher



unerlässlich. Sie müsse im interdisziplinären Konsens der behandelnden orthopädischen und internistischen Ärzte erfolgen.

Auch die Anästhesie muss an die besonderen Bedürfnisse von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen angepasst werden, ebenso wie die Lagerungstechnik während der Operation. „Die Bewegungssektoren mehrerer Gelenke des Patienten können eingeschränkt sein. Dadurch sind spezielle Lagerungstechniken notwendig, um dauerhafte zusätzliche Einschränkungen von Gelenk- und Nervenfunktionen zu vermeiden“, erklärt Arbogast. Durch die Grunderkrankungen selbst und durch eine langjährige Kortisontherapie können Haut und Unterhautfettgewebe zudem oftmals zunehmend dünn und empfindlich sein. Dies macht einen besonders vorsichtigen Umgang während der Operation erforderlich und wirkt sich auch auf die Wundheilung aus.

Auch nach der Operation sei ein interdisziplinäres Zusammenarbeiten erforderlich: Neben der raschen Mobilisation unter schmerzarmen Bedingungen und dem Auftrainieren der Gelenkfunktion unter schneller Abheilung des OP-Zugangs sei die immunsupprimierende Medikation zur Vermeidung der Reaktivierung der Grunderkrankung wieder einzuleiten. Von der DGORh zertifizierte Fachzentren haben sich hierauf spezialisiert und bieten eine „Rundumversorgung“ für den Patienten mit Rheuma.

„Gerade weil viele langjährige Rheumapatienten von der Haut- über die Gewebe- bis hin zur Knochenstruktur ganz individuelle Krankheitssymptome und -folgen zeigen, ist der Einsatz oder der Wechsel von künstlichen Gelenken eine besondere Herausforderung für das behandelnde Ärzteteam“, fasst Kongresspräsident Arbogast zusammen. „Das interdisziplinäre Zusammenspiel der verschiedenen Fachdisziplinen trägt idealerweise dazu bei, mögliche negative Effekte auf eine geplante operative Therapie zu vermeiden und ein optimales Ergebnis zu gewährleisten.“ Auf der Pressekonferenz am 3. September konkretisieren die Experten die besonderen Bedürfnisse von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen vor und nach einer Gelenkoperation im interdisziplinären Kontext. Rheuma als interdisziplinäre Herausforderung ist zudem einer der Schwerpunkte des diesjährigen Rheumatologiekongresses.

Bei Abdruck Beleg erbeten.



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

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

DGRh-Kongress: Begleiterkrankungen im Fokus

Wenn Rheuma sich nicht an Organgrenzen hält

Berlin, 3. September 2020 – Meist sind es die Muskeln oder die Gelenke, an denen sich entzündlich-rheumatische Erkrankungen zuerst bemerkbar machen. Bei vielen Patienten greifen die rheumatypischen Entzündungen jedoch auch auf Organe über und begünstigen Begleiterkrankungen, die prinzipiell den ganzen Körper betreffen können. Für Rheumatologen bedeutet dies, dass sie immer den ganzen Patienten im Blick behalten müssen, um frühzeitig auf Veränderungen reagieren und die Therapie anpassen zu können. Wie häufig rheumatologische Begleiterkrankungen sind, vor welche Herausforderungen sie Ärzte und Patienten stellen und wie die Versorgung dieser Patienten verbessert werden kann, wird ein Thema auf dem Online-Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) sein.

„Das eine“ Rheuma gibt es nicht. Unter dem Begriff der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen werden sehr unterschiedliche Krankheitsbilder zusammengefasst, deren Gemeinsamkeit eine Fehlsteuerung des Immunsystems ist. Hierdurch kommt es zu Angriffen auf körpereigenes Gewebe und in der Folge zu chronischen Entzündungen. „Weil Immunzellen und ihre Botenstoffe frei im Körper zirkulieren, können prinzipiell alle Körperbereiche von der Entzündung betroffen sein“, sagt Prof. Dr. med. Andreas Krause, Vorstandsmitglied der DGRh und Chefarzt am Immanuel Krankenhaus Berlin. Wie Daten aus der Kerndokumentation des Deutschen Rheumaforschungszentrums zeigen, sind rund 80 Prozent der Patienten mit klassischem Gelenkrheuma von mindestens einer Begleiterkrankung betroffen, bei anderen rheumatischen Erkrankungen liegt die Zahl ähnlich hoch.

Begleiterkrankungen wie Herz-Kreislauf-Beschwerden, Lungenerkrankungen oder Depressionen haben einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten, den Krankheitsverlauf und die Wirksamkeit der Medikation. „Es wird deutlich, dass



Rheumatologen internistisch ausgebildet sein sollten, denn dies ist die notwendige Basis, um bei der Therapie die Begleiterkrankungen mitberücksichtigen zu können“, sagt Krause.

„Dazu gehört auch, dass aktiv danach gesucht wird, denn nur dann lässt sich frühzeitig gegensteuern.“ Nicht alle Erkrankungen seien jedoch gleichermaßen im Bewusstsein der behandelnden Ärzte präsent: Während das erhöhte Osteoporose- oder Infektionsrisiko von Rheumapatienten in der Regel berücksichtigt werde, sei das bei anderen Komorbiditäten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Depressionen oft nicht der Fall.

Auch eine Lungenbeteiligung wird oft lange nicht erkannt. Von großer Bedeutung sind hier die sogenannten interstitiellen Lungenerkrankungen (ILD), die das Binde- und Stützgewebe der Lunge betreffen und es durch die permanente Entzündung vernarben lassen. Hierdurch geht gesundes Lungengewebe verloren, mit der Zeit leiden die Patienten an Kurzatmigkeit und Husten, und in zehn bis 20 Prozent der Fälle tragen die Lungenschäden auch zum vorzeitigen Tod der Patienten bei. Interstitielle Lungenveränderungen treten oft schon sehr früh im Krankheitsverlauf auf, verursachen aber lange Zeit keine Beschwerden. „In Computertomografie-Aufnahmen finden sich bei 60 Prozent der Gelenkrheuma-Patienten Anzeichen für eine ILD, klinische Symptome allerdings nur bei sechs Prozent“, sagt Krause. Daher sollten Patienten mit rheumatoider Arthritis bereits bei der Erstdiagnose und dann in regelmäßigen Abständen wieder auf eine ILD untersucht werden.

„Auch um andere Begleiterkrankungen frühzeitig erkennen und behandeln zu können, sind sorgfältige Vorsorgeuntersuchungen notwendig“, mahnt auch DGRh-Kongresspräsident und Vorstandsvorsitzender Prof. Dr. med. Hendrik Schulze-Koops vom Klinikum der Universität München. Die hierfür notwendige Zeit stehe aufgrund des rheumatologischen Fachärztemangels jedoch häufig nicht zur Verfügung. Kurzfristige Abhilfe könnten einfache, wenig zeitaufwendige Screeningmethoden schaffen, die eventuell auch vom nicht ärztlichen rheumatologischen Assistenzpersonal übernommen werden könnten, so die DGRh. Auf Dauer sei eine angemessene Versorgung von Patienten mit Begleiterkrankungen jedoch nur möglich, wenn die Zahl internistisch-rheumatologischer Fachärzte deutlich gesteigert werde.

Bei Abdruck Beleg erbeten.



Literatur:

Deutsches Rheuma-Forschungszentrum. Daten der Kerndokumentation 2018.

https://www.drfs.de/wp-content/uploads/Ergebnisse_Kerndokumentation_2018.pdf

Krause A, Rubbert-Roth A. Lungenbeteiligung bei rheumatoider Arthritis. Z Rheumatol 2019; 78(3):228-235

Krüger K, Krause A. Komorbiditäten. Z Rheumatol 2019; 78:218-220

Krüger K, Nüßlein H. Kardiovaskuläre Komorbiditäten bei rheumatoider Arthritis. Z Rheumatol 2019; 78:221-227

Lorenz H-M, Kneitz C. Infektionen. Z Rheumatol 2019; 78:236-242

Radner H et al. Treatment Patterns of Multimorbid Patients with Rheumatoid Arthritis: Results from an International Cross-sectional Study. J Rheumatol. 2015 Jul;42(7):1099-104

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Stephanie Priester

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)

Pressestelle

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931-605, Fax: 0711 8931-167

priester@medizinkommunikation.org

www.dgrh-kongress.de

EXPERTENSTATEMENT

Kampagne „Rheuma in der Gesellschaft“ – Mehr Bewusstsein für eine vielschichtige Erkrankung

Professor Dr. med. Hendrik Schulze-Koops

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

Die maßgeblichen Organisationen in der Rheumatologie starten unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. im Jahr 2020 eine Kampagne zur Stärkung der Aus- und Weiterbildung in der Rheumatologie. Dazu sollen das Bewusstsein in der Bevölkerung und in der Politik für die notwendige rheumatologische Versorgung geschaffen, die Wahrnehmung des Faches „Rheumatologie“ verbessert, auf die markanten Defizite in der universitären Lehre hingewiesen und diese behoben und die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte zur Rheumatologin beziehungsweise zum Rheumatologen verbessert werden.

Hintergrund dieser Kampagne ist der G-BA-Beschluss vom letzten Sommer, wonach zunächst acht, perspektivisch zehn Prozent der internistischen KV-Sitze in Deutschland mit Fachärzten für Rheumatologie besetzt werden sollen. Diese Zahl ergibt sich aus der Notwendigkeit der rheumatologischen Versorgung, die sich wiederum simpel und zwangsläufig aus der Prävalenz rheumatologischer Krankheiten in der Bevölkerung ableitet. Mit dieser Vorgabe wird die Zahl der rheumatologisch fachärztlich Tätigen in Deutschland erheblich erhöht. Um die Anzahl der zu besetzenden internistischen Sitze aber zu gewährleisten, muss die Aus- und Weiterbildung darauf ausgerichtet sein. In der augenblicklichen Situation in Deutschland werden jährlich nur um die 40 Facharztweiterbildungen im Fach Rheumatologie abgeschlossen. Mit dieser Zahl ist nicht einmal der Status quo der rheumatologischen Versorgung zu halten, an eine Vermehrung der rheumatologischen Fachärzte ist damit nicht zu denken.

Die Gründe für die Mangelausbildung sind vielschichtig: An der überwiegenden Zahl der medizinischen Fakultäten in Deutschland ist keine rheumatologische Lehre durch eine Professur für Rheumatologie gegeben. Das führt bereits im Studium dazu, dass die Mehrzahl der deutschen Medizinstudenten keine oder nur eine sehr rudimentäre Berührung mit der Rheumatologie erfährt. Und das trotz der nach Approbationsordnung verpflichtenden Ausbildung in dem Fach. Die Kampagne hat daher zum Ziel, auf diesen Zustand hinzuweisen, die Politik dafür zu sensibilisieren, dass verpflichtende Ausbildungsinhalte des

Medizinstudiums an der Mehrzahl der deutschen medizinischen Fakultäten nicht angeboten werden und dass damit die Ausbildung nicht gewährleistet ist.

Neben der Politik werden auch die medizinischen Fakultäten direkt im Rahmen der Kampagne adressiert. Wenn keine Ausbildung in der Rheumatologie erfolgt, wird auch kein Interesse für das Fach geweckt und die Berufsplanung der Studentinnen und Studenten wird sich nicht in Richtung Rheumatologie bewegen. Das will die Kampagne ändern.

Nach dem Studium ergeben sich an viel zu wenig Stellen Weiterbildungsmöglichkeiten für die Rheumatologie. Wenn der Auftrag lautet, acht bis zehn Prozent der internistischen KV-Sitze rheumatologisch zu besetzen, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, müssen acht bis zehn Prozent der Facharztweiterbildungen in der Rheumatologie erfolgen. Dazu müssen Weiterbildungskapazitäten geschaffen werden, an Universitätskliniken, an Krankenhäusern, in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Rheumatologen. Der Kampagne ist es ein Anliegen, dieses nicht als Wunsch des Fachgebietes darzustellen, sondern als politischen Auftrag vom G-BA/BMG an die Länder zur Sicherstellung erkannter Versorgungsnotwendigkeiten. Wenn die Verantwortlichen in den Ländern den Auftrag von G-BA und BMG nicht umsetzen, ist die Versorgung der deutschen Bevölkerung bereits mittelfristig gefährdet. Dafür will die Kampagne sensibilisieren, darauf wird sie hinweisen.

Letztlich ist die Wahrnehmung des Faches in der Bevölkerung, beim Patienten, aber auch bei Studentinnen und Studenten nicht so, wie wir als tätige Rheumatologinnen und Rheumatologen unser Fach auffassen, erleben und lieben. Rheumatologie ist verstaubt, beschäftigt sich mit Situationen, die eh jede und jeder bekommt, „betreut“ vor allem ältere Menschen, ändert nichts an deren Erkrankungen, ist nicht dynamisch und schon gar nicht „cool“ oder „sexy“. Das alles stimmt natürlich nicht, die Rheumatologie ist eine der sich am schnellsten entwickelnden Disziplinen, sie zeichnet sich durch eine große fachliche Vielfalt eines faszinierenden, komplexen, ganzheitlich orientierten Faches aus, hat große wissenschaftliche Potenziale und Forschungsstärken sowie Innovations- und Entwicklungsmöglichkeiten, eine Vielfalt an therapeutischen Alternativen, die Chance, noch „Arzt im eigentlichen Sinne sein“ zu dürfen, und sogar den Ausblick auf eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Darauf wollen wir hinweisen, das wollen wir vermitteln.

Um mehr angehende Mediziner dazu zu motivieren, eine rheumatologische Weiterbildung anzustreben, müssen wir bessere Strukturen und zudem Anreize schaffen, die umfangreiche Ausbildung in unserem Fach zu absolvieren. Die sogenannte „sprechende Medizin“ wird nicht gut vergütet, auch dieser Eindruck schreckt den Nachwuchs mitunter davon ab, sich für

das Fach zu interessieren. Besser werden muss unbedingt auch das Angebot an rheumatologischen Stellen etwa für Oberärztinnen und Oberärzte, um Karrierechancen auch außerhalb von Niederlassung und W3-Professur zu erhöhen. Eine zentrale Systemschwäche, die sich auf das gesamte Fach nachteilig auswirkt, ist die nicht am Bedarf orientierte Bedarfsplanung.

Die Kampagne ist eine gemeinschaftliche Initiative der DGRh, des BDRh und des VRA, der drei tragenden Säulen der rheumatologischen Versorgung in Deutschland. Unter Federführung der DGRh, professioneller Begleitung durch eine Agentur, starker Beteiligung der Arbeitsgruppe „Junge Rheumatologie“ der DGRh sowie von Patientenorganisationen wie der Deutschen Rheuma-Liga werden wir verschiedene Punkte erarbeiten und uns an die Adressaten der einzelnen Aspekte wenden. Die Unterstützung durch die Medien ist essenziell, denn die wichtigste Botschaft, die wir vermitteln wollen, ist die, dass die Rheumatologie spannend und erfüllend für die Ärztinnen und Ärzte ist, dass das Fach notwendigerweise gelehrt werden muss, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, und dass wir Bereitschaft und Willen der Bevölkerung und der politischen Vertreter brauchen, Maßnahmen zu ergreifen, um diese Aufgaben umzusetzen. Dazu muss das Bewusstsein geschaffen werden – auf allen Kanälen.

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

EXPERTENSTATEMENT

Wie Abrechnungsmodi im DRG-System die Versorgung der Bevölkerung gefährden

Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz

Vorstandsmitglied der DGRh, Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinisch-wissenschaftlicher Leiter des Rheumazentrums Baden-Baden

Die Versorgung unserer Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen ist weiterhin nicht flächendeckend gewährleistet. Daten der Deutschen Rheuma-Liga als größtem Patientenselbsthilfeverband der Bundesrepublik legen dar, dass ein Patient mit rheumatoider Arthritis bis zur Erstdiagnose im Schnitt neun Monate benötigt, ein Patient mit Spondyloarthritis (zum Beispiel Morbus Bechterew) mehr als zwei Jahre: Dies überschreitet die von der Politik avisierte Vier-Wochen-Spanne bei Weitem.

Die Hauptursache dafür ist der Mangel an rheumatologischen Fachärzten: Um diesen kurz- und mittelfristig zu beheben, wäre eine deutliche Steigerung der Weiterbildungsstellen nötig. Der Versuch der Politik, Krankenhausbetten in der Rheumatologie zu streichen, konterkariert dies und würde die Versorgungslücke vergrößern, statt sie zu schmälern. Die Daten der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (Zink A. et al., Z Rheumatol. 2017 Apr;76(3):195-207) bestätigen dies: Nach Berechnungen der Bundesregierung braucht es mindestens 1 350 internistische Rheumatologen in der Versorgung. Zurzeit sind rund 750 Ärzte in der rheumatologischen Versorgung in Deutschland tätig. Es fehlen also etwa die Hälfte der Rheumatologen.

Welche Konsequenzen ergeben sich daraus?

1. Der Patient muss unter den Symptomen mit Schmerzen, Schlaflosigkeit, Müdigkeit und Depression unnötig lange leiden.
2. Eine lange unkontrolliert ablaufende Entzündung gegen den eigenen Körper, wie sie bei den entzündlich-rheumatologischen Erkrankungen abläuft, fördert die Chronifizierung der Entzündung gegen sich selbst (Autoimmunität). Desto eher die Behandlung startet, desto besser ist die Prognose, dies belegt eine große Menge an Studien (Übersicht in Lorenz HM et al., Z Rheumatol. 2019 Jun;78(5):396-403).
3. Die schlechte Versorgungssituation schadet nicht nur dem Patienten, sondern auch der Gesellschaft, da durch die späte Diagnose und das dadurch bedingte späte Einsetzen der Therapie wahrscheinlich auch höhere Therapiekosten entstehen. So zeigen Daten der Barmer Ersatzkasse, dass für die hämato-onkologischen Therapieformen in der Bundesrepublik absolut gesehen das meiste Geld

aufgewendet werden muss, an zweiter Stelle listet der Report bereits den Gesamtkostenaufwand für rheumatologische Erkrankungen.

Aufgabe der Politik ist es, die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten!

Dies geschieht am direktesten durch einen zielgerichteten und optimierten Zugang zu Fachärzten. Die Weiterbildung zum Facharzt erfolgt vornehmlich in großen Aus- und Weiterbildungskliniken. Besonders nach Einführung der DRG-Abrechnungsmodalitäten sind Krankenhäuser zu Wirtschaftsunternehmen mutiert. An Kliniken entstehen somit präferenziell in den Abteilungen Weiterbildungsstellen, mit denen die höchsten DRG-Erlöse und das meiste Geld umgesetzt werden (nicht unbedingt gleichbedeutend mit höchstem Gewinn!). Die DRG-Erlösabhängigkeit führt zu einer Zuteilung der Weiterbildungsstellen entsprechend der Ertragskraft der medizinischen Subspezialität, nicht gemäß dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Somit wächst die Zahl der Weiterbildungsstellen in finanzkräftigen Abteilungen, eine Zuteilungsquote, die dem eigentlichen Bedarf an auszubildenden Fachärzten in der Bevölkerung nicht gerecht wird.

Unsere Forderung an die Politik ist es, die Versorgung der Bevölkerung wieder zu gewährleisten!

Dies kann gelingen, indem eine Mindestzahl an Weiterbildungsstellen garantiert wird, die eine adäquate Versorgung der Bevölkerung sicherstellt. Länder wie Frankreich oder Italien haben dies bereits eingeführt und umgesetzt.

Gemäß der aktuellen Bedarfsplanung des G-BA sind ab 2020 acht Prozent der internistischen Facharztsitze für Rheumatologen vorgesehen. Diese Quote gilt es – auch mithilfe der Politik – in der vertragsärztlichen Versorgung zu erfüllen, um die Verhältniszahl von zwei bis drei Rheumatologen pro 100 000 erwachsene Einwohner zu erreichen. Um dies auch mittel- und langfristig sicherzustellen, müssen auch acht Prozent aller internistischen Weiterbildungsstellen an dafür berechtigten Krankenhäusern oder Praxen zur Verfügung stehen.

Dies wird erst dann umsetzbar, wenn die DRG-Dominanz in der Finanzierung großer Weiterbildungsstätten nicht die alleinige Richtschnur in der Schwerpunktsetzung der Krankenhäuser ist. Der Bedarf der Bevölkerung an Fachärzten – und damit auch an Weiterbildungsstellen in Kliniken – muss ein mindestens identisches Gewicht bekommen.

Literatur

[Zink A](#), [Braun J](#), Gromnica-Ihle E, Krause D, Lakomek HJ, Mau W, Müller-Ladner U, Rautenstrauch J, Specker C, [Schneider M](#), Memorandum of the German Society for Rheumatology on the quality of treatment in rheumatology – Update 2016. Z Rheumatol. 2017 Apr;76(3):195-207

Lorenz HM, Wendler J, [Krause A](#), Improvement of prognosis by timely treatment: Requirement: initial presentation within 6 weeks. Z Rheumatol. 2019 Jun;78(5):396-403

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Baden-Baden, September 2020

EXPERTENSTATEMENT

Besondere Bedürfnisse von Rheumapatienten vor und nach einer Gelenkoperation

Dr. med. Martin Arbogast

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

Es ist nicht selten, dass Rheumatiker in ihrem Leben über 20 bis 30 elektive und nicht elektive Operationen an sich durchführen lassen müssen. Da es sich um systemische Erkrankungen des Immunsystems handelt, die eine reduzierte Immunantwort nach sich ziehen, und diese Immunantwort durch die dauerhafte medikamentöse Therapie um weitere Ebenen in der Abwehrreaktion reduziert wird, ist die Kenntnis im Umgang mit der systemischen medikamentösen Therapie und deren Effekte unerlässlich, um erfolgreich zu operieren. Es gilt ein Zeitfenster zu schaffen, negative Effekte wie eine Infektion durch eingeschränkte Immunreaktion und auf der anderen Seite ein schubauslösendes Moment durch Stoppen der sogenannten Basistherapie zu vermeiden. Dies ist eine der Aufgaben des orthopädischen Rheumatologen.

Im interdisziplinären Konsens wird der Umgang mit der Medikation um einen elektiven operativen Eingriff empfohlen und immer wieder angepasst.

Die Art der Anästhesie ist ebenfalls im Vorfeld zu klären. Idealerweise sind regionalanästhetische Vorgehensweisen in Kombination mit einer tiefen Sedierung mit einer geringen körperlichen Belastung des Patienten verbunden. Eine Kathetertechnik lässt eine postoperative regionale Schmerztherapie möglich werden, die eine zentrale Beeinflussung durch Opiate und andere schmerzbeeinflussende Medikamente vermeiden hilft. Eine rasche Mobilisation ist damit verbunden und negative Effekte wie Übelkeit oder zentrale Effekte mit temporären Bewusstseinsstörungen können vermieden werden. Falls eine Intubation unvermeidlich ist, sollte zuvor eine entzündliche Mitbeteiligung des atlanto-occipitalen Übergangs der Halswirbelsäule ausgeschlossen sein.

Die polyartikuläre Einschränkung der Bewegungssektoren der Gelenke ist eine besondere Herausforderung während einer operativen Maßnahme, da spezielle Lagerungstechniken notwendig sind, um dauerhafte zusätzliche Einschränkungen von Gelenk- und Nervenfunktionen zu vermeiden. Durch die Grunderkrankungen selbst und durch eine langjährige Kortisontherapie sind Haut und Unterhautfettgewebe oft zu „papyrusartigen“ Zuständen reduziert, die einen besonders vorsichtigen Umgang erforderlich machen.

Besonders betroffen ist auch die Knochenfestigkeit, die gegenüber dem Nichtrheumatiker oft skurrile Defekte aufweist, und dies dann eine besondere Challenge an den Operateur stellt.

Die primäre Endoprothetik und die Wechselendoprothetik beim Rheumatiker stellen eine besondere technische Herausforderung dar.

Rasche Mobilisation unter schmerzarmen Bedingungen, Auftrainieren der Gelenkfunktion unter schneller Abheilung des OP-Zugangs brauchen ein interdisziplinäres Setting, da auch eine rasche Einleitung der immunsupprimierenden Medikation zur Vermeidung der Reaktivierung der Grunderkrankung erforderlich ist. Von der DGORh zertifizierte Fachzentren haben sich auf eine solche Klientel spezialisiert und bieten eine „Rundumversorgung“ für den Rheumatiker.

In vielen Fällen ist eine rehabilitative Anschlussversorgung erforderlich, die die Kostenträger wegen der rheumatischen Grunderkrankung meist gewähren. Eine suffiziente Reintegration in das häusliche Umfeld ist Zielsetzung, verbunden mit einer dauerhaften Möglichkeit der Selbstversorgung. Das interdisziplinäre Zusammenspiel der verschiedenen Fachdisziplinen trägt idealerweise dazu bei, potenzielle negative Effekte um eine geplante operative Therapie zu vermeiden und ein optimales Ergebnis zu gewährleisten.

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

EXPERTENSTATEMENT

Rheuma ist mehr als Schmerz der Gelenke – Aktuelle Erkenntnisse zu Begleiterkrankungen

Professor Dr. med. Andreas Krause

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

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen sind Systemerkrankungen, die sich zwar vorwiegend am Bewegungsapparat manifestieren, aber zusätzlich viele Organe betreffen können. Zudem kann die chronische rheumatische Entzündung eine Reihe von Begleiterkrankungen begünstigen.

Wie die jährlich vorgelegten Daten des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums zeigen, leiden circa 80 Prozent aller Patienten mit rheumatoider Arthritis (klassisches Gelenkrheuma) an mindestens einer Begleiterkrankung oder Organmanifestation. Bei vielen anderen rheumatischen Erkrankungen liegen die Zahlen in einem ganz ähnlichen Bereich. Diese Komorbiditäten haben erheblichen Einfluss auf den Verlauf der rheumatischen Erkrankung, die Lebensqualität der Patienten, auf die Auswahl und das Ansprechen der Medikation und bestimmen nicht selten die Prognose. Während gut belegt ist, dass Wirksamkeit und Verträglichkeit vieler Medikamente von Begleiterkrankungen beeinflusst werden, ist über die optimale Behandlung multimorbider, mit vielen Komorbiditäten belasteter Patienten noch zu wenig bekannt. Dies liegt einerseits an den vielen, oftmals schwer abzuschätzenden Einflussfaktoren, aber auch an der Tatsache, dass diese Patienten von vielen Medikamentenstudien ausgeschlossen werden.

Kardiovaskuläre Erkrankungen wie arterielle Hypertonie, Herzinfarkt oder Schlaganfall gehören zu den wichtigsten Komorbiditäten und stellen heute eine der häufigsten Todesursachen bei Patienten mit rheumatoider Arthritis und anderen chronisch-rheumatischen Erkrankungen dar. Neben den klassischen Risikofaktoren wie Rauchen oder Diabetes mellitus tragen unter anderem eine nicht ausreichend behandelte chronische Entzündung und die langfristige Gabe von Glukokortikoiden zu diesem Risiko bei. Andererseits kann der Einsatz sogenannter Basistherapeutika, und hier insbesondere der Einsatz von Biologika, dieses Risiko deutlich reduzieren.

Zu den am häufigsten betroffenen inneren Organen bei rheumatischen Erkrankungen gehört die Lunge. Von größter Bedeutung sind dabei die sogenannten interstitiellen Lungenerkrankungen, die bei manchen rheumatischen Erkrankungen bei über der Hälfte aller Patienten nachweisbar sind, dann oftmals schon früh im Krankheitsverlauf auftreten und

diesen dann mitbestimmen. Die Diagnostik und Behandlung der Lungenmanifestationen sollte von Rheumatologen und Lungenfachärzten gemeinsam übernommen werden.

Das Risiko für schwerwiegende Infektionen ist bei Rheumapatienten aus verschiedenen Gründen erhöht. Zunächst ist eine unzureichend behandelte, entzündlich aktive Erkrankung selbst mit einem erhöhten Infektionsrisiko verbunden. Hinzu kommen Organschäden durch das Rheuma, eventuell vorhandene Begleiterkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus und der Effekt der immunsuppressiven Therapie. Das Risiko muss daher immer individuell eingeschätzt und die Therapie dem angepasst werden. So kann der gezielte Einsatz von immunsuppressiv wirkenden Biologika durch Kontrolle der Entzündungsaktivität und Einsparung von Glukokortikoiden ein zunächst deutlich erhöhtes Infektionsrisiko letztlich sogar reduzieren. Von größter Bedeutung sind prophylaktische Maßnahmen, in erster Linie Impfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission.

Eine gute und umfassende Betreuung von Rheumapatienten ist somit eine herausfordernde und komplexe Aufgabe. Der Rheumatologe muss allgemeininternistisch ausgebildet und interdisziplinär tätig und vernetzt sein. Viele Komorbiditäten verlangen eine enge Abstimmung mit Ärzten anderer Fachdisziplinen. Auch wenn der Rheumatologe die Diagnostik und Behandlung von Komorbiditäten allein aus Kapazitätsgründen nicht immer selbst durchführen kann, so obliegt ihm doch die Koordination der notwendigen Maßnahmen. Der Einsatz speziell geschulter rheumatologischer Fachassistenten hilft im ambulanten Bereich, zum Beispiel durch strukturierte Erfassung der Komorbiditäten oder Kontrolle des Impfstatus, dieser großen Aufgabe gerecht zu werden. Komplexere Fragestellungen und Komplikationen bedürfen gegebenenfalls einer stationären Behandlung, die in einer rheumatologischen Fachabteilung beziehungsweise Fachklinik erfolgen sollte. Nur hier ist jederzeit die Expertise für eine rasche und umfassende Behandlung von Patienten mit rheumatischen Systemerkrankungen mit all ihren spezifischen Bedürfnissen vorhanden.

Literatur:

- Deutsches Rheuma-Forschungszentrum. Daten der Kerndokumentation 2018.
Krause A, Rubbert-Roth A. Lungenbeteiligung bei rheumatoider Arthritis. Z Rheumatol 2019; 78:228-235.
Krüger K, Krause A. Komorbiditäten. Z Rheumatol 2019; 78:218-220.
Krüger K, Nüßlein H. Kardiovaskuläre Komorbiditäten bei rheumatoider Arthritis. Z Rheumatol 2019; 78:221-227.
Lorenz H-M, Kneitz C. Infektionen. Z Rheumatol 2019; 78:236-242.
Radner H et al. Treatment Patterns of Multimorbid Patients with Rheumatoid Arthritis: Results from an International Cross-sectional Study. J Rheumatol. 2015 Jul;42(7):1099-1104.

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

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 1500 Mitgliedern die deutsche medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft im Bereich der Rheumatologie. Sie fördert seit 90 Jahren rheumatologische Wissenschaft und Forschung und deren Entwicklung in Deutschland. Als gemeinnütziger Verein arbeitet die DGRh unabhängig und zum Nutzen der Allgemeinheit, ohne dabei wirtschaftliche Ziele zu verfolgen.

Aufgaben und Ziele

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

Struktur und Gremien

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

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

Kooperationen

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

Mitglieder

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

DGRh-Geschäftsstelle

Geschäftsstelle der DGRh
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh)
Anna Julia Voormann
Generalsekretärin
Köpenicker Str. 48/49
10117 Berlin
Tel.: 030 240484-70
Fax: 030 240484-79
E-Mail: anna.voormann@dgrh.de
www.dgrh.de