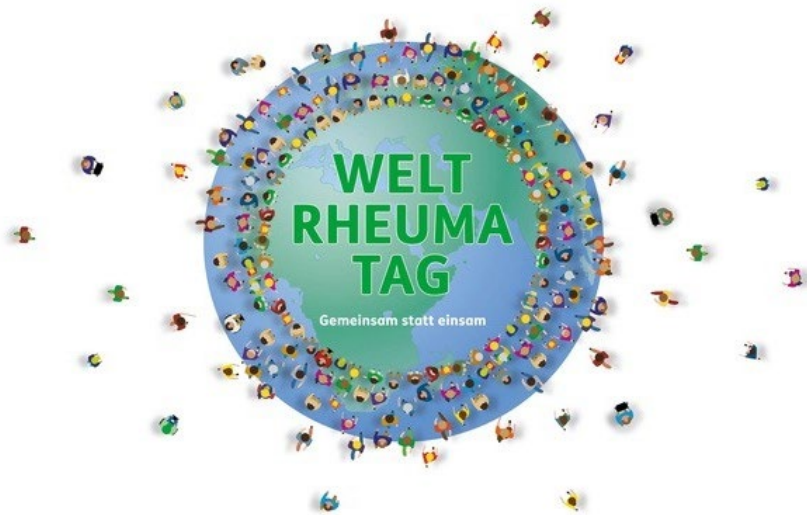


Weltrheumatag 2025 in Neubrandenburg

Dr. med. M. Berndt



Agenda

- Rheumatologische Versorgungssituation in Deutschland ?
- ▶ Ausblick auf künftige Entwicklungen
- ▶ Lösungsstrategien, die dazu beitragen sollen, eine gute Versorgungsqualität für Menschen mit rheumatischen Erkrankungen zu sichern.

Quellenangabe

ZRheumatol2024·83(Suppl2):S249-S284 <https://doi.org/10.1007/s00393-024-01539-2> Angenommen:11.Juni2024

- Memorandums der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh

Rheumatologische Versorgung in Deutschland

- Die 4. Neuauflage des **Memorandums** der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh) **informiert über die rheumatologische Versorgung in Deutschland.**
- ▶ Es wurde unter Führung der DGRh mit dem Berufsverband Deutscher Rheumatologen (BDRh), dem Verband Rheumatologischer Akutkliniken (VRA), der Deutschen Rheuma-Liga (DRL) und dem Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ) erstellt.

Rheumatologische Versorgung in Deutschland

- ▶ Bei vielen Patienten lässt sich die Entzündung durch eine **zielgerichtete medikamentöse Therapie heute** so gut kontrollieren, dass die Erkrankung ihre **Lebensführung kaum einschränkt**.
- ▶ Dafür sind **aber eine frühzeitige Therapie und eine dauerhaft verfügbare rheumatologische Versorgung erforderlich**.
- ▶ Derzeit werden in Deutschland **viele, aber nicht alle** von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen Betroffenen auf einem **qualitativ** hohen Standard fachärztlich rheumatologisch **versorgt**.
- ▶ Ein relatives **Versorgungsdefizit** besteht aufgrund zu **niedriger Weiterbildungs- und Niederlassungszahlen** in der Rheumatologie.

Rheumatologische Versorgung in Deutschland

- ▶ Nationale und internationale **Leitlinien und Qualitätsstandards fordern**, dass bei allen Patienten mit Gelenkschwellungen, entzündlichen Gelenkschmerzen bzw. entzündlichem Rückenschmerz und Morgensteifigkeit **innerhalb der ersten 6 Wochen nach Beginn dieser Symptome eine rheumatologische Abklärung** erfolgen sollte
- ▶ In den **letzten 2 Jahrzehnten** hat sich die durchschnittliche Zeitspanne vom Auftreten erster Symptome bis zur rheumatologischen Erstvorstellung noch **nicht ausreichend verkürzt**
- ▶ Im Median vergingen 4 (RA) bis 18 Monate (axSpA)

Rheumatologische Versorgung in Deutschland

- ▶ In der bundesweiten Langzeiterhebung (Kerndokumentation) der Arbeitsgemeinschaft der Regionalen Kooperativen Rheumazentren (AGRZ) für die Jahre von 2016 bis 2022
 - ▶ hatten 25% der Betroffenen mit RA und
 - ▶ 58% mit axSpA

eine Symptombdauer von über einem Jahr, bis die Diagnose gestellt wurde.

Rheumatologische Versorgung in Deutschland

- ▶ Aktuell verschärft sich der **Mangel**
 - ▶ **durch den vermehrten Renteneintritt** vieler Fachärzte (FÄ) für Rheumatologie
 - ▶ durch den **Abbau akutstationärer und rehabilitationsmedizinischer Versorgungskapazitäten**, die auch für die Weiterbildung unerlässlich sind
 - ▶ und durch die **steigende Anzahl an Betroffenen**, die unter anderem durch den demografischen Wandel entsteht

Rheumatologische Versorgung in Deutschland

- ▶ Die **Rheumatologie in Deutschland** steht vor **großen Herausforderungen**
- ▶ Der **Bedarf** an rheumatologischer Versorgung **steigt** und kann aus Kapazitätsgründen bereits jetzt in einigen Regionen **nicht mehr gedeckt** werden.
- ▶ **Zu viele Menschen** mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung (ERE) müssen auf eine **angemessene Versorgung verzichten oder** erhalten diese zu **spät**
- ▶ In **Deutschland** haben etwa **2,6% (1,8Mio)** eine entzündlich-rheumatische Erkrankung
- ▶ Die **Häufigkeit** ist seit der letzten Schätzung von 2016 **um etwa 0,5** Prozentpunkte **gestiegen**.

Rheumatologische Versorgung in Deutschland

Gründe für steigende Häufigkeit?

- Veränderungen in der Altersstruktur,
- verbesserte Frühdiagnostik
- bessere Therapieoptionen mit längerem Überleben

Rheumatologische Versorgung in Deutschland

- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen treten bei Menschen jeder Altersstufe auf
- ▶ Gemäß einer Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes wird die **Zahl erwachsener Einwohner** in Deutschland bei moderater Entwicklung von 70,1Mio. im Jahr 2022 auf 70,3Mio. in 2028 **steigen**
- ▶ Die Zahl der **über 55jährigen** Menschen in Deutschland ist innerhalb der letzten **6 Jahre um 2,7Mio.** angestiegen.
- ▶ Da die meisten **entzündlich rheumatischen Erkrankungen einen Erkrankungsgipfel zwischen dem 50. und 60.** Lebensjahr aufweisen, hat die demografische Entwicklung eine **zunehmende Zahl an Patienten** zur Folge

Betroffenenperspektive

- ▶ Aus Sicht der Betroffenen - **Verfügbarkeit einer gezielten medikamentösen Behandlung** entzündlich-rheumatischer Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen um die Jahrtausendwende - **regelrechter Durchbruch** in der Therapie chronisch Rheumakranker
- ▶ Ausgeprägte Probleme beim Zugang in die fachärztliche rheumatologische Versorgung mit meist langen Wartezeiten.
- ▶ Mitunter können selbst die Terminservicestellen keinen Termin vermitteln.
- ▶ Diese berücksichtigen zudem selten die Entfernung vom Wohnort
- ▶ Aktuell bestehen **erhebliche Sorgen bei den Betroffenen**, dass durch die **geplante Krankenhausreform** zukünftig stationäre Behandlungen trotz **Notwendigkeit nicht mehr durchgeführt werden**

Häufigkeiten entzündlich rheumatischer Erkrankungen

- ▶ **Neuerkrankungsrate** aller entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wurde im letzten Memorandum als aufsummierte Schätzung mit **0,1% bzw. 105/100.000 Erwachsene pro Jahr angegeben**
- ▶ Dies entspräche etwa 74.000 Neuerkrankungen in 2022.
- ▶ im Jahr 2022 etwa 56.000 Neuerkrankte nur für die RA

Häufigkeiten entzündlich rheumatischer Erkrankungen

- ▶ Schon heute sind **steigende Fallzahlen in der ambulanten Versorgung** messbar
- ▶ Umfrage unter FÄ für Rheumatologie in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen: **Zahl** der in der Niederlassung in **einem Quartal versorgten Patienten zwischen 2008 und 2018 von 1200 auf 1500** gestiegen,
- ▶ Zahl der Erstkonsultationen von 100 auf 130
- ▶ und die Wartezeit auf einen Ersttermin von 8 auf 11 Wochen gestiegen
- ▶ Die rheumatologische Versorgung in Deutschland weist regionale Unterschiede auf mit einer deutlichen Unterversorgung z.B. in ländlichen Gebieten

Versorgungsstrukturen - Ambulante Versorgung

- ▶ ambulante Versorgung überwiegend durch Vertragsärzte sicher gestellt
- ▶ als selbstständige oder als angestellte FÄ in verschiedenen Organisationsformen, von der Einzelpraxis bis zum medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)
- ▶ Darüber hinaus tragen Klinik- und Hochschulambulanzen zur Versorgung ambulanten Versorgung bei.
- ▶ Neben diesen etablierten Versorgungsstrukturen haben sich in den letzten Jahren neue ambulante Versorgungsmodelle in der Rheumatologie etabliert

In der Versorgung berufstätige FÄ für Rheumatologie

- ▶ gemäß Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK) gab es **in Deutschland Ende 2023 insgesamt 1164 berufstätige FÄ für Rheumatologie**
- ▶ Davon waren 644 (55%) in der Praxis/Niederlassung, 464 (40%) in Kliniken und 55 (5%) in Behörden, Körperschaften oder sonstigen Bereichen tätig.
- ▶ Da in Kliniken tätige FÄ über die Krankenhausambulanzen auch ambulant tätig sein können, ist der reale Anteil der zur ambulanten Versorgung beitragenden FÄ höher.
- ▶ Seit dem Jahr 2017 ist die Zahl berufstätiger FÄ um 212 gestiegen, allerdings fiel der Zuwachs in den letzten Jahren geringer aus
- ▶ Anzahl an FÄ im Ruhestand (oder berufsunfähig) ist von 199 in 2017 auf 242 in 2023 gestiegen.

In der Versorgung berufstätige FÄ für Rheumatologie

- ▶ Gemäß Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nahmen **Ende 2023 715 FÄ** für Rheumatologie an der vertragsärztlichen Versorgung teil.
- ▶ Dies entspricht einer bundesweiten vertragsärztlichen Versorgungsdichte von **1,0 FÄ für Rheumatologie pro 100.000** Erwachsene.
- ▶ Die Anzahl der FÄ **berücksichtigt keine Teilzeittätigkeit**
- ▶ Nach dem Bedarfsplanungsgewicht, welches den Teilnahmeumfang der FÄ an der vertragsärztlichen Versorgung berücksichtigt, standen Ende 2023 für die vertragsärztliche Versorgung **512 Vollzeitäquivalente (VZÄ)** von FÄ für Rheumatologie zur Verfügung [38].
- ▶ Dies entspricht **0,73 VZÄ pro 100.000** Erwachsene.

Entwicklungen in Altersstruktur und Arbeitszeiten rheumatologischer FÄ

- ▶ **Altersdurchschnitt** der berufstätigen FÄ für Rheumatologie nach der Ärztestatistik der BÄK (n=1142) lag Ende 2022 **bei 55** Jahren, **30%** (n=343) waren **60 Jahre und älter**.
- ▶ **Seit 2017** hat der **Anteil der über 60-Jährigen von 22% auf 30%** zu genommen, während der Anteil der **unter 50-Jährigen von 38% auf 35%** tendenziell rückläufig war
- ▶ bestehender Mangel an FÄ für Rheumatologie kompensiert durch derzeit häufig hohe Arbeitsleistung

Internationaler Vergleich

- ▶ Im **internationalen** Vergleich liegt der **errechnete Bedarf** an FÄ für Rheumatologie im Median bei **2 pro 100.000** Einwohner
- ▶ Ein **Mindestbedarf von 2FÄ** für Rheumatologie je 100.000 Erwachsene wurde im letzten Memorandum **auch für Deutschland** berechnet
- ▶ große regionale Unterschiede und Ungleichheiten
- ▶ zunehmender Mangel für die nächsten Jahre prognostiziert
- ▶ Bezieht man die **Zahl der FÄ für Rheumatologie in Deutschland** zur besseren Vergleichbarkeit auch auf alle Einwohner (84,4Mio.), so liegt die Zahl ambulant tätiger FÄ derzeit bei **0,8 pro 100.000 Einwohnerinnen**
- ▶ **in Mecklenburg /Vorpommern 1,1/100. 000EW** (89.802 Erwachsene pro FÄ für Rheumatologie - Stand 21.12.2022).

Internationaler Vergleich

- ▶ **Dänemark** hat knapp 6 Mio. Einwohner
- ▶ Mit **7,2 FÄ für Rheumatologie pro 100.000** Einwohnerinnen nimmt es in Europa einen einsamen Spitzenplatz in der Versorgung ein.
- ▶ Dies erlaubt gesteuerte, kurze **Wartezeiten (im Mittel ein bis vier Wochen)** und häufige Kontakte im ersten Jahr (7-bis 8-mal).
- ▶ Eine **standardisierte Ermutigung zur partiellen Selbstversorgung nach entsprechender Schulung** (Empowerment) und nachfolgend längere Behandlungsintervalle (1- bis 2-mal/ Jahr, Laboruntersuchungen 4-mal/ Jahr) tragen zu einer **hohen Versorgungsqualität bei hoher Patientenzufriedenheit in Dänemark bei**

Fazit

Ermutigung zur partiellen Selbstversorgung nach
entsprechender Schulung (Empowerment)

ERFAHRUNGS-
AUSTAUSCH

VERSTÄNDNIS

UNTERSTÜTZUNG

GEMEINSCHAFT





Situation der Rheumatologie in Deutschland im europäischen Vergleich

- ▶ Rheumatologen in Europa: im Auftrag der EULAR wurden 40 Mitgliedsstaaten befragt - 31 antworteten
- ▶ Rheumatologen/100.000 EW (**D an 6.letzter Stelle!** 1,4/100.000 EW, hinter D nur noch Nordmazedonien, Libanon)
- ▶ Schweiz 4x so viele Rheumatologen
- ▶ **pos. Aspekt:** in 30% der Mitgliedsstaaten sind alle Biologika verfügbar (D), in 40% z. B. JAK Hemmer verfügbar (D)
- ▶ fachrheumatologisch also **gute Versorgung möglich**

Aktueller Mehrbedarf in Deutschland

- ▶ Für eine **adäquate Versorgung** würden unter Berücksichtigung der abnehmenden **Vollzeittätigkeit 3 FÄ pro 100.000 Erwachsene** benötigt, was derzeit einer Anzahl von **2100 FÄ** entspräche
- ▶ Stand **Ende 2023 715 FÄ**
- ▶ Da dies nicht zeitnah zu realisieren ist, rechnen wir weiterhin mit dem Mindestbedarf von 2 FÄ pro 100.000 Erwachsene
- ▶ Schon **jetzt** bestehender **Mehrbedarf von 700 FÄ** für die ambulante Versorgung

Aktueller Mehrbedarf in Deutschland

- ▶ **in den nächsten 2 bis 6 Jahren aufgrund der Altersstruktur bei Betroffenen und FÄ ein zusätzlicher Bedarf von etwa 350 FÄ** für Rheumatologie anzunehmen, um die aktuelle Zahl versorgender FÄ aufrechtzuerhalten.
- ▶ Weiterer Mehrbedarf entsteht aufgrund zunehmender Teilzeitarbeit.



Lösungsstrategien???

Wie Mehrbedarf erfüllen?

Aus- und Weiterbildung - Studentische Ausbildung

- ▶ Studierende **wählen für ihre spätere Spezialisierung** vor allem Fächer, zu denen durch die universitäre Ausbildung bereits während des Studiums oder im Rahmen einer Doktorarbeit **intensiver Kontakt** besteht
- ▶ Daneben spielen heute die **Vereinbarkeit von Beruf und Familie** und damit einhergehend Optionen einer **Teilzeittätigkeit** eine wichtige Rolle
- ▶ **Rekrutierung** von Nachwuchs für die rheumatologische Versorgung muss bereits **während der Ausbildung** beginnen
- ▶ **Alle medizinischen Fakultäten sollten rheumatologisches Basiswissen vermitteln.**

Aus- und Weiterbildung - Studentische Ausbildung

- ▶ Für die Vermittlung dieses Basiswissens ist eine **rheumatologische Pflichtlehre** an den Hochschulen entscheidend. Hierfür hat die Kommission Studentische Ausbildung der DGRh 1992 einen **Umfang von 16 Vorlesungsstunden**
- ▶ In der 2016 publizierte RISA III-Studie („Rheumatologie- Integration in die studentische Ausbildung“) konnten **20 von 36 Fakultäten diesen Standard NICHT erfüllen**
- ▶ **Eigenständige rheumatologische Abteilungen** konnten in der Regel in allen Kategorien **mehr Lehrangebote** machen.
- ▶ **Derzeit verfügen aber nur 10 von 38 staatlichen Universitäten über einen eigenständigen Lehrstuhl für Rheumatologie.**
- ▶ Darüber hinaus sind 11 ordentliche rheumatologische Professuren einem nicht-rheumatologischen Lehrstuhl unter geordnet

UNIVERSITÄRE RHEUMATOLOGIE IN DEUTSCHLAND



Alle Rechte Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, Stand März 2012

- Eine eigenständige rheumatologische Universitätsklinik durch C4- oder W3-Lehrstuhl für Rheumatologie geleitet
- Eine einem nicht-rheumatologischen Lehrstuhl angehörige rheumatologische Abteilung mit einer „nicht weisungsfreien“ W3/W2- oder C3-Professur für Rheumatologie
- Universitäten mit einem rheumatologischen Arbeitsbereich, der nicht einem rheumatologischen Lehrstuhl unterstellt ist
- Universitäten mit einer rheumatologischen Abteilung an einem Lehrkrankenhaus der Universität
- Universitäten mit einer anderen Struktur

Wie unterstützt die DGRH?

- ▶ Die Kommission Studentische Ausbildung der DGRh entwickelte für die Lehre das „**Skriptum Rheumatologie**“, welches deutschlandweit ein einheitliches, **kostenfrei verfügbares** und jährlich überarbeitetes Kurzstandardwerk darstellt
- ▶ „**Studierendenprogramm**“ auf dem **Jahreskongress** der DGRh trägt maßgeblich zur Gewinnung am Fach Rheumatologie interessierter Studierender bei
- ▶ Jährlich nehmen 60 Studierende daran teil.
- ▶ Ebenfalls aus der Kommission Studentische Ausbildung geht eine **klinische Fallsammlung als Ergänzung der studentischen Lehre** in Form eines fallbasierten Trainings- und Simulationssystems hervor.

Wie unterstützt die DGRH?

- ▶ Als Praxisbegleiter und Repetitorium steht Studierenden zudem ein **Kurs für rheumatologische Untersuchungstechniken** zur Verfügung.
- ▶ Das DGRh Rheumazentrum Rhein-Ruhr veranstaltet **jährlich eine rheumatologische Summerschool für 20 Studierende**
- ▶ Der BDRh betreibt ein Famulaturprogramm, das Studierende bei einer rheumatologischen Famulatur mit der Vermittlung von Plätzen, einem inhaltlichen Leitfaden sowie finanzieller Hilfe unterstützt
- ▶ Eine zeitgemäße Ergänzung der rheumatologischen studentischen Lehre - seit Jahr 2021 „**Kampagne rheuma2025**“
- ▶ Mit Videos, Quiz, e.c. (Medcases) und weiteren vielfältigen fachlichen Informationen in den sozialen Medien liefert die Kampagne unter dem Hashtag #rhmtlgy ein **attraktives, anspruchsvolles rheumatologisches Lehrangebot**.

Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität

- ▶ Delegation ärztlicher Leistungen
- ▶ Seit dem Jahr 2006 hat die Rheumatologische Fortbildungsakademie mehr als 2000 **rheumatologische Fachassistentinnen (RFA)** fortgebildet
- ▶ **Patientenschulungen** In einem Projekt der Universität Würzburg wurden zwischen 2016 und 2017 zusammen mit DGRh, DRL, VRA und dem dortigen Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e.V. die bisherigen Schulungsprogramme für rheumatologische Patienten grundlegend überarbeitet und vereinheitlicht
- ▶ Frühversorgungskonzepte, auch DBK seit 2021, aber leider auch Fehlzuweisungen

Wie unterstützt die DGRH?

- ▶ Digitale Konzepte in der rheumatologischen Versorgung
- ▶ Digitale Datenerhebung und Einsatz von künstlicher Intelligenz
- ▶ **Neue Anforderungen an Rheumatologen UND Patienten**
- ▶ **Forderungskatalog der DGRh** für die rheumatologische Versorgung in Deutschland

Adressaten

- ▶ Sozial- und Gesundheitsministerien der Bundesländer, Kultusministerkonferenz, medizinische Fakultäten,
- ▶ Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Landesärztekammern, Bundesärztekammer, Kliniken, Gesundheitspolitik

FAZIT

Adobe Stock | 14282537

- ▶ **Rheumatologie** hat sich seit der Jahrtausendwende durch **große Fortschritte** in Diagnostik und Therapie entzündlich rheumatischer Erkrankungen erheblich gewandelt
- ▶ **nachhaltige Verbesserungen für die Betroffenen** mit einem Rückgang von Krankheitslast sowie verminderten Funktionseinschränkungen und Folgeschäden durch die chronische Entzündung.
- ▶ **Bei angemessener Versorgung** haben Patienten mit rheumatischen Erkrankungen heute gute Chancen auf uneingeschränkte soziale und berufliche Teilhabe und **gute Lebensqualität**.



FAZIT



- ▶ Diesen **positiven Entwicklungen steht entgegen**, dass die **Kapazitäten** an fachärztlicher rheumatologischer Versorgung bei Weitem nicht ausreichen werden, um für alle Betroffenen auch in Zukunft eine sachgerechte Versorgung zu gewährleisten
- ▶ entscheidendes **Defizit** besteht in der unzureichenden **Zahl ambulant tätiger FÄ für Rheumatologie** bei gleichzeitig zunehmendem Bedarf an rheumatologischer Versorgung aufgrund der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten und der demografischen Entwicklung
- ▶ Schon vorhandene **regionale Engpässe, Abbau von Klinikabteilungen** fachgerechte rheumatologische Versorgung auch im stationären Bereich gefährdet,
- ▶ Zahl der Plätze für die rheumatologische Weiterbildung wird dadurch weiter reduziert

FAZIT



- ▶ Trotz verfügbarer hochwirksamer antirheumatischer Therapien wären Betroffene mit verzögerter Diagnosestellung, spätem Therapiebeginn und Unterversorgung konfrontiert.
- ▶ Dies würde zu vermeidbaren individuellen Krankheitsschäden führen, verbunden mit hohen in direkten Kosten durch Folgeerkrankungen und Einschränkungen der Erwerbstätigkeit

A red, rectangular stamp with rounded corners and a distressed, ink-like texture. The word "FAZIT" is written in bold, uppercase letters in the center of the stamp. The stamp is tilted slightly to the right.

Adobe Stock | 142825377

- ▶ Vor diesem Hintergrund beschreibt das vorliegende Memorandum
 - die Versorgungssituation in der Rheumatologie,
 - wie sie sich in absehbarer Zukunft entwickeln wird und
 - welche Risiken für eine rheumatologische Unterversorgung bestehen,
- sofern nicht **aktiv politisch gegengesteuert** wird

Selbstverantwortung

Selbsthilfegruppe

Sport

Ernährung

Ausbildung

Interesse

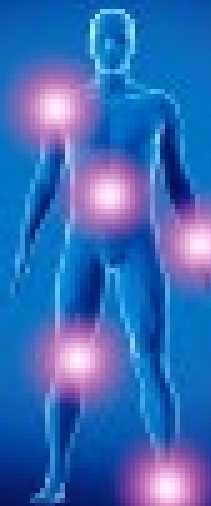
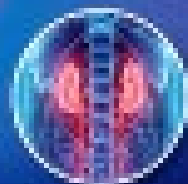
Patientenschulung

DANKE für ihre Aufmerksamkeit !



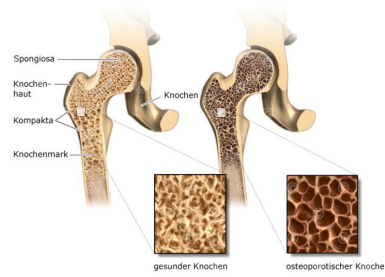
A. Pfeil · P. Oelner · J. Böttcher
L. Lange · G. Wolf (Hrsg.)

Rheumatologie kompakt



Urban & Fischer

► Osteoporose



► RA und Glukokortikoide (Prednisolon)

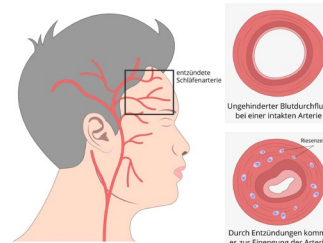


► RA und Ernährung



► Gefäßentzündungen

Arteriitis temporalis



► Infektionen bei rheumatischen Erkrankungen



Osteoporose

Einfluss von PPI (z.B. Pantozol, Omeprazol) auf Knochendichte & Mikroarchitektur bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen

- ▶ **PPI-Gebrauch beeinträchtigt** trabekuläre und kortikale **Knochenarchitektur** - auch ohne GC -, aber **synergistisch verstärkt bei GC-Dosis < 7,5 mg** und noch deutlicher bei GC-Dosis > 7,5 mg
- ▶ Effekt der PPI auf Knochendichte und Mikroarchitektur: **Signifikant reduzierte BMD der Wirbelsäule** (nicht Oberschenkelhals/Femur) unter PPI,
- ▶ Signifikant reduzierte WK- und Femur-Mikroarchitektur unter PPI
- ▶ **PPI-Einnahme verbunden mit niedrigeren Ca-Spiegel und erhöhten PTH-Spiegeln**

Osteoporose

Einfluss von PPI (z.B. Pantozol, Omeprazol) auf Knochendichte & Mikroarchitektur bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen

- ▶ **Empfehlung: zurückhaltender Einsatz ohne zwingende PPI-Indikation** (z.B. Kombi NSAR, Ulkus, Reflux) und hohem Osteoporoserisiko

Spongiosa

Knochen-
haut

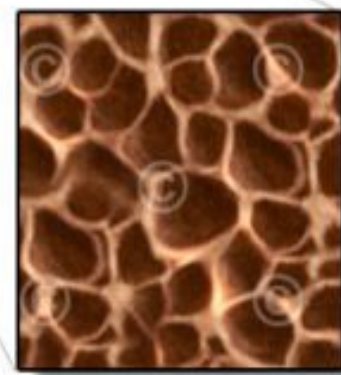
Kompakta

Knochenmark

Knochen



gesunder Knochen



osteoporotischer Knochen

RA und Corticoide

- ▶ **Trotz Fortschritten bei der Behandlung** von rheumatoider Arthritis (RA) mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) werden **Glukokortikoide (GCs)** nach wie vor häufig eingesetzt.
- ▶ **Bedenken hinsichtlich Infektionen, Osteoporose** einer langfristigen Einnahme von GC führen zu **Unsicherheit** über ihre optimale Rolle bei der Behandlung von RA.

RA & Corticoide

- sechs Studien mit 1.263 Teilnehmern (Cochran Review (höchste Evidenz)
- Nach 12 Monaten mit GCs wenig bis gar kein Unterschied in der Gruppe von Patienten **mit geringer Krankheitsaktivität**
- GC-Therapie führt wahrscheinlich zu einer **geringfügigen Verbesserung der mittleren Krankheitsaktivität**
- In ähnlicher Weise machen GCs wahrscheinlich **wenig bis gar keinen Unterschied zu Schmerzen**
- GC-Therapie wahrscheinlich zu einer **geringen Verringerung der mittleren röntgenologischen Progression**
- ▶ nach 24 Monaten Nachbeobachtung kann die GC-Therapie das **Risiko für GC-spezifische unerwünschte Ereignisse erhöhen**

RA & Corticoide

Fazit:

Routine **Langzeitanwendung** von Glucocorticoiden bei RA wird aufgrund vom wenig vorteilhaften Nutzen-Risiko Profil **nicht empfohlen**

Neuheit

- ▶ Clofutriben - senkt den Kortisol - Spiegel in der Zelle
- ▶ **Reduzierung der GC-Toxizität** durch Clofutriben
- ▶ Signifikante **Reduzierung der unerwünschten Effekte sowie der Effekte auf die ossären Biomarker**, den Lipidstoffwechsel und die erhöhte Gerinnbarkeit
- ▶ Frage: Wirksamkeit der Therapie verringert? BISHER NEIN
- ▶ Erfolgversprechendes Neues Prinzip
- ▶ Ist aber noch nicht klar, ob es Phase III Studien gibt

RA und Ernährung

- ▶ Mediterrane Diät: gut für Herz - Kreislauf Erkrankungen e.c.: **bisher - an Aktivität der RA ändert sich bisher nichts!**
- ▶ **JETZT ABER** Griechische Studie 210 Pat: mediterrane Diät vs Normdiät unter stabiler DMARD- Therapie
- ▶ **guter Effekt** auf BMI, Gewicht, Muskelmasse, Körperfett **jetzt neu Krankheitsaktivität der RA (DAS 28) signifikant verbessert**
- ▶ 1. Studie, die das mal bei Rheuma bestätigt, daß die Aktivität der rheumatischen Erkrankung verbessert wird

Riesenzellarteriitis (RZA) Polymyalgia rheumatica (PMR)

- ▶ Eine Untergruppe der **rheumatischen Gefäßentzündungen** (Vaskulitiden), bei der in der entzündeten Gefäßwand Riesenzellen gesehen werden.
- ▶ Am häufigsten ist die Schläfenarterie betroffen (Arteriitis temporalis).
Weitere
- ▶ seltenere Manifestationen finden sich in der Aorta (Befall der Hauptschlagader, Riesenzell-Aortitis) und in den Herzkranzgefäßen (Coronaritis).

Arteriitis temporalis

- ▶ Die Arteriitis temporalis wurde erstmals von dem britischen Arzt Hutchinson bei einem 80-jährigen Mann beschrieben.
- ▶ Die Erkrankung ist eine **typische Krankheit von älteren Menschen**. Unterhalb des 50. Lebensjahres tritt sie nur sehr selten auf.
- ▶ Die Erkrankung äußert sich anfangs durch **Kopfschmerzen in der Schläfenregion**. „noch nie solche Kopfschmerzen“
- ▶ Diese sind wechselnd stark ausgeprägt, vor allem manchmal anfangs noch nicht sehr stark, z.T. aber gleich zu Beginn sehr heftig.
- ▶ Die **Schläfenarterie** ist typischerweise sehr **druckempfindlich und verhärtet**.
- ▶ Dieses **Zeichen wird aber oft übersehen**; manchmal ist der Befund auch nur gering.

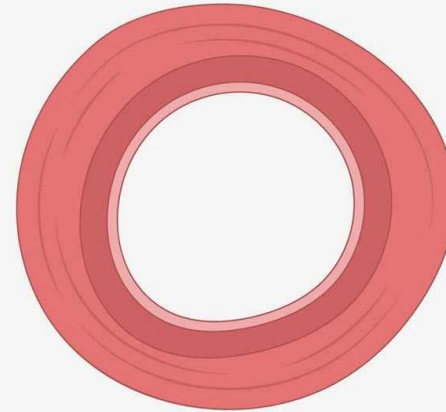
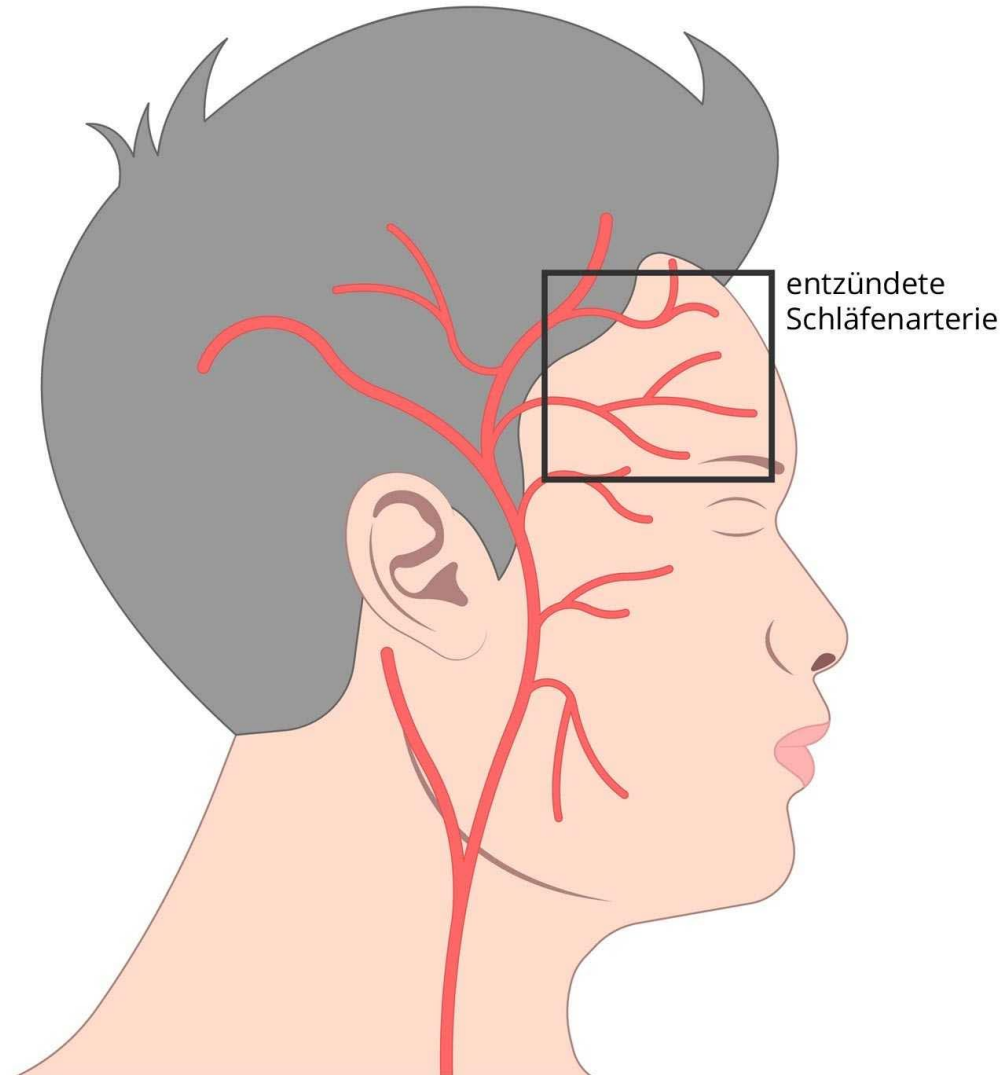
Arteriitis temporalis

- ▶ sehr starke Kopfschmerzen aber auch im **Hinterkopfbereich**
- ▶ **Berührungsempfindlichkeit der Kopfhaut**
- ▶ **Sehstörungen** wie flüchtige Gesichtsfeldausfälle ("Amaurosis fugax"), bleibende kleinere Gesichtsfeldausfälle ("Skotom"), Doppeltsehen, Herunterhängen des Augenlides ("Ptosis"), Schleier-Sehen vor den Augen
- ▶ **Schwäche der Kaumuskulatur und Zungenbein-Muskulatur**

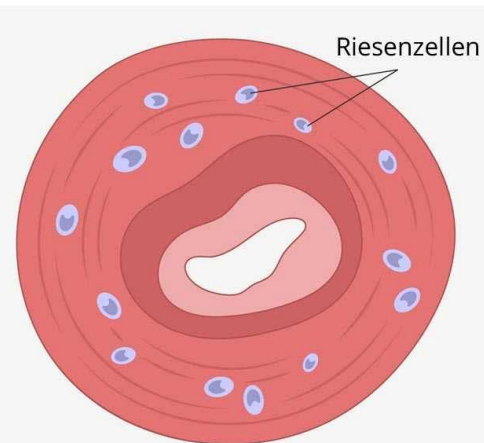
Arteriitis temporalis

- ▶ Durch die **Entzündung** kommt es zu einer **Schwellung der Arterienwand und einer Einengung des Gefäßquerschnittes**.
- ▶ **Im ungünstigsten Fall** kann es sogar zu **kompletten Verschlüssen der Arterie**
- ▶ Da über die Schläfenarterie auch die Augen mit Blut versorgt werden, ist die gefährlichste Folge der Entzündung **die plötzliche Erblindung**.
- ▶ Eine frühzeitige Erkennung und sofortige Behandlung ist deshalb für die Prognose der Erkrankung von besonderer Bedeutung.

Arteriitis temporalis



Ungehinderter Blutdurchfluß bei einer intakten Arterie



Durch Entzündungen kommt es zur Einengung der Arterie

Arteriitis temporalis - Frühe Anzeichen

- ▶ morgendliche Schmerzen beim Kauen
- ▶ Müdigkeit, Fieber unklarer Ursache oder ein unerklärlicher Gewichtsverlust sein
- ▶ kurzzeitigen Sehstörungen
- ▶ Wenn solche Symptome in Verbindung mit starken, schläfenbetonten Kopfschmerzen auftreten, sollte sofort eine Entzündungsdiagnostik vorgenommen werden (Blutentnahme).
- ▶ Die schnellste Erkenntnis gewinnt man dabei über die Blutsenkung (BSG)
- ▶ sofort hochdosierte Cortisontherapie

Polymyalgia rheumatica

- ▶ Gesund ins Bett- krank am Morgen
- ▶ Starker Muskelkater im Schultergürtel/Oberarmen u./o. Beckengürtel/Oberschenkel
- ▶ Müdigkeit, Fieber unklarer Ursache oder ein unerklärlicher Gewichtsverlust sein
- ▶ Ibuprofen oder sonstige Schmerzmittel führen nicht zur Beschwerdefreiheit
- ▶ Erhöhte Entzündungswerte
- ▶ Sofortiges Ansprechen auf Kortison

Riesenzellarteriitis (RZA) Polymyalgia rheumatica (PMR) - Neuheit

- ▶ Fast 5 Jahre nichts außer GC
- ▶ Glucocorticoid Reduktion bei RZA. 2 verschiedene Medikamente
- ▶ SELECT-GCA Studie: Rinvoc (UPA 15 mg) mit einem standardisierten 26-wöchigen GC-Tapering-Ansatz zeigte eine **geringere Rate schwerer Infektionen und eine überlegene Wirksamkeit im Vergleich zu Placebo mit 52 Wochen GC-Reduktion.**
- ▶ GC-Reduktion beeinflusste allerdings die Herpes-Zoster-Raten nicht.
- ▶ **Fazit:** Die Ergebnisse unterstützen die Verwendung von UPA 15 mg zur Reduzierung der GC-Belastung bei älteren Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko.
- ▶ Tocilizumab „Falle“ - keine Kontrolle mittels CRP mgl

Riesenzellarteriitis (RZA) Polymyalgia rheumatica (PMR) - Neuheit

- ▶ Titan Studie Sekukinumab (**Cosentyx**) Phase II Subgruppe mit PMR
- ▶ erste gute Daten zur **PMR unter SEK besser als unter Steroide allein**, weniger Rezidive, weniger Infektionen
- ▶ Patienten mit GCA, die ≥ 6 Monate nach Versagen des Ansprechens auf TCZ mit SEC behandelt wurden. ALLE in Remission
- ▶ 5 Jahre fast nichts für PMR /RZA sehr gut

Polymyalgia rheumatica (PMR) - Neuheit

- ▶ Sarilumab seit 11/2024 (Kevzara)

Lungenentzündung unter immunsuppressiver Therapie

- ▶ Risiko erhöht bei Pred > 20mg für > 14 Tage
- ▶ Gesamtdosis > 700mg
- ▶ Biologikatherapie („Rheumamedikamente“)
- ▶ Risiko auch erhöht bei Nierenschwäche
- ▶ Oft atypischer Verlauf „opportunistische Erreger“: Pilze, Viren, Tuberkulose e.c.

Infektionen und Gelenkentzündungen

Machen JAK - Inhibitoren (Olumiant, Xeljanz, Rinvoq, Jyseleca) mehr Infektionen?

- Viele Untersuchungen diesbezüglich: die **Patientengruppe, mit mehr Begleiterkrankungen**, ältere Patienten, Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen -**erhöhtes Infektionsrisiko**
- Die andere Patientengruppe unter JAK Hemmer eher nicht
- Argument für JAK - Inhibitoren bei älteren Patienten: **gute Steuerbarkeit**. Medikament ist nach 2-3 Tagen Pause aus dem Blut heraus
- Unter JAK - Hemmer erhöhtes Risiko für Gürtelrose (Herpes Zoster)

Herpes Zoster

- ▶ **Jyseleca (Filgotinib): kein Vorteil bei RA-Patienten im Alter von 75 Jahren und älter** gegenüber anderen JAK-Inhibitoren
- ▶ **Impfen gg Zoster:** von Anfang an gg Gürtelrose impfen
- ▶ Studien Impfung unter JAK Hemmer nicht so effektiv
- ▶ **Immunantwort unter Therapie mit JAK-Inhibitoren** im Vergleich zu Anti-TNF-Therapie oder Methotrexat sowie zu gesunden Kontrollpersonen deutlich **geringer**
- ▶ Auch Beobachtung über längeren Zeitraum: Geimpfte unter Jak- Hemmer erhöhte Anzahl an Zoster Infektionen
- ▶ **Impfung zu Beginn!**

Herpes Zoster

Wie lange schützt die Infektion?

- Infektion schützt eine Weile
- 6 Monate nach Infektion Impfung empfohlen

Fazit Prophylaxe Infektionen

ROBERT KOCH INSTITUT



**Impfung bei Immunschwäche (Immundefizienz) (Stand:
26.9.2024)**



Rheuma und Herz

Beeinflusst das Ausmaß der genetischen Veranlagung für Rheumatoidarthritis das Risiko für einen Herzinfarkt?

- ▶ **Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) haben ein erhöhtes Risiko für einen Myokardinfarkt (MI) und andere kardiovaskuläre Ereignisse**
- ▶ wahrscheinlich aufgrund einer **Kombination mehrerer Faktoren:**
- ▶ Rauchen, direkte Auswirkungen von RA-bedingten Entzündungen, indirekte Auswirkungen der RA-Erkrankung wie verminderte körperliche Aktivität und Wirkungen von Antirheumatika.

Rheuma und Herz

- ▶ schwedischen EIRA-Fall-Kontroll-Studie
- ▶ Ausmaß des genetischen **Risikos einer Person, an RA zu erkranken, ist nicht mit dem Risiko für MI verbunden**
- ▶ Ergebnisse deuten darauf hin, dass die bekannte **Aggregation des Risikos für RA und MI hauptsächlich auf andere Faktoren** als die genetische Veranlagung für RA zurückzuführen ist,
- ▶ und **unterstreichen die Rolle traditioneller kardiovaskulärer Risikofaktoren und des RA-Krankheitsmanagements.**

Rheuma und Herz

Zusammenhang zwischen Krankheitsaktivität und Herzinfarkt

- ▶ Bei **Patienten mit geringer Krankheitsaktivität**, die z. B. Rinvoq im Rahmen des SELECT RA-Programms erhielten, wurde ein **verringertes Risiko für z.B. Herzinfarkt** (VTE und SIE) bei Patienten in Remission im Vergleich zu Patienten mit hoher Krankheitsaktivität beobachtet.
- ▶ Bedeutung von Remission und Entzündungsreduktion für die Minderung des Risikos unerwünschter Ereignisse

Rheuma und Herz

Systemischer Lupus erythematodes - Bewertung von kardiovaskulärem Risiko

- ▶ Der systemische Lupus erythematodes (SLE) ist eine Autoimmunerkrankung, die durch eine Multisystembeteiligung („Vielorganbeteiligung“) gekennzeichnet ist
- ▶ Gehäuftes Auftreten klinischer Herz-Kreislauf-Erkrankungen (CVD) als auch subklinischer Atherosklerose
- ▶ Identifizierung von SLE-Patienten mit hohem Risiko für kardiovaskuläre (CV) - Vorhersagefähigkeit mittels Karotis-Ultraschall (CU) zur Erkennung subklinischer Atherosklerose zu bewerten.

Rheuma und Herz

Systemischer Lupus erythematodes - Bewertung von kardiovaskulärem Risiko

- ▶ **Vorhandensein von Carotisplaque** kann dazu führen kann, dass Patienten mit SLE, die ursprünglich von traditionellen Scores als niedriges/mittleres CV-Risiko eingestuft wurden, **nach Ultraschalluntersuchung zu einem hohen oder sehr hohen CV-Risiko umklassifiziert** werden.
- ▶ zuverlässiges Zeichen für subklinische Atherosklerose

DANKE für ihre Aufmerksamkeit !

