

RHEUMA

DIE UNBEKANNTE VOLKSKRANKHEIT

FEHLENDE ALTERNATIVEN

Bei der Behandlung von Arthrose muss die medikamentöse Therapie noch große Fortschritte machen.

S. B4

UNTERSTÜTZENDE BEWEGUNG

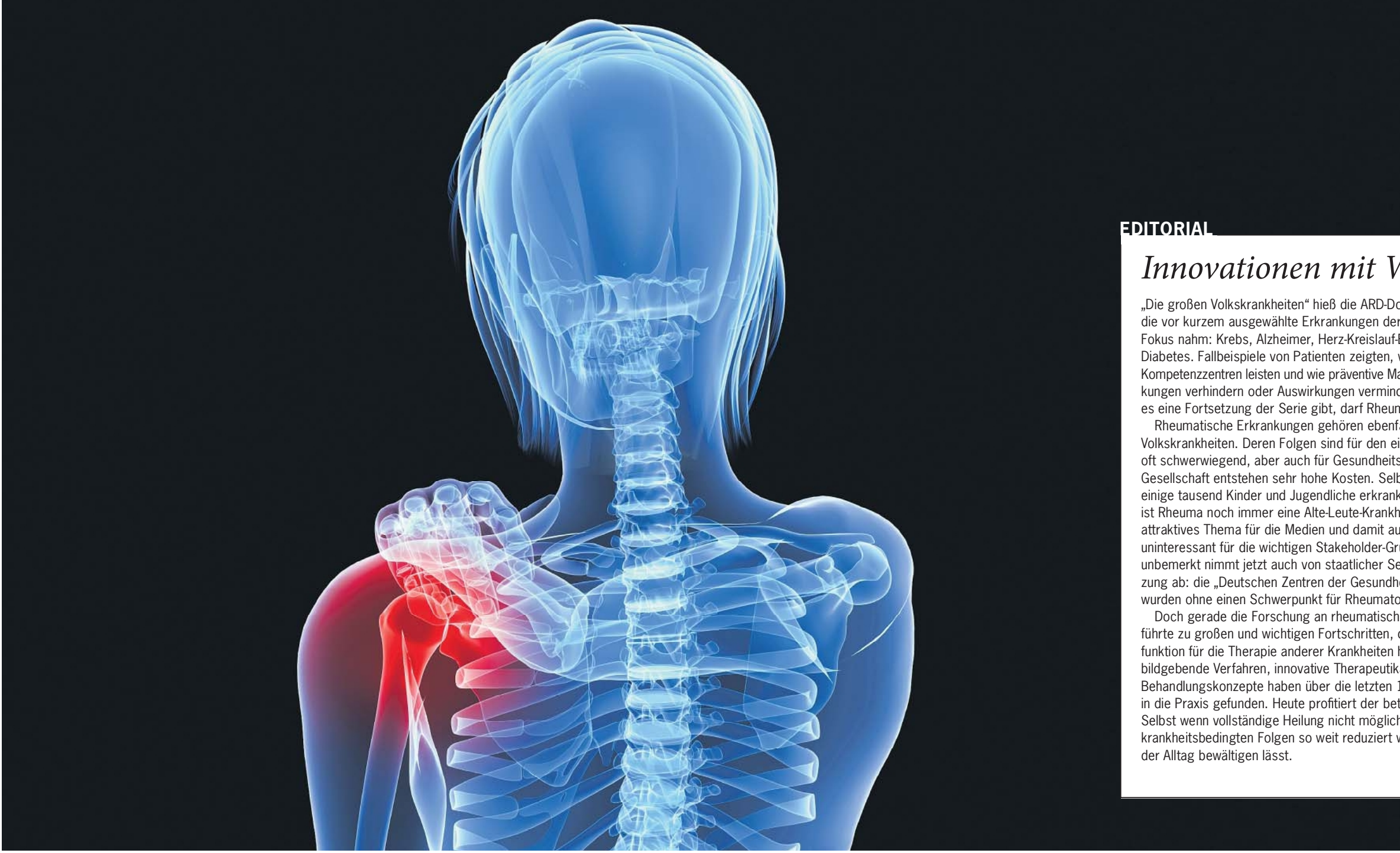
Professor Specker spricht über Möglichkeiten und positive Effekte gezielter sportlicher Maßnahmen.

S. B5

ÜBERGEORDNETES ZIEL

Professor Gromnica-Ihle fordert im Interview eine bessere Versorgungssituation für Patienten.

S. B6



EDITORIAL

Innovationen mit Wirkung

„Die großen Volkskrankheiten“ hieß die ARD-Dokumentationsreihe, die vor kurzem ausgewählte Erkrankungen der Menschheit in den Fokus nahm: Krebs, Alzheimer, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes. Fallbeispiele von Patienten zeigten, was medizinische Kompetenzzentren leisten und wie präventive Maßnahmen Erkrankungen verhindern oder Auswirkungen vermindern können. Falls es eine Fortsetzung der Serie gibt, darf Rheuma nicht fehlen.

Rheumatische Erkrankungen gehören ebenfalls zu den großen Volkskrankheiten. Deren Folgen sind für den einzelnen Patienten oft schwerwiegend, aber auch für Gesundheitssystem und Gesellschaft entstehen sehr hohe Kosten. Selbst wenn jährlich einige tausend Kinder und Jugendliche erkranken, in den Köpfen ist Rheuma noch immer eine Alte-Leute-Krankheit. Das ist kein attraktives Thema für die Medien und damit auch ziemlich uninteressant für die wichtigen Stakeholder-Gruppen. Nahezu unbemerkt nimmt jetzt auch von staatlicher Seite die Unterstützung ab: die „Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung“ wurden ohne einen Schwerpunkt für Rheumatologie geplant.

Doch gerade die Forschung an rheumatischen Erkrankungen führte zu großen und wichtigen Fortschritten, die sogar Pionierfunktion für die Therapie anderer Krankheiten hatten. Verbesserte bildgebende Verfahren, innovative Therapeutika und multimodale Behandlungskonzepte haben über die letzten 15 Jahre den Weg in die Praxis gefunden. Heute profitiert der betroffene Patient. Selbst wenn vollständige Heilung nicht möglich ist, können die krankheitsbedingten Folgen so weit reduziert werden, dass sich der Alltag bewältigen lässt.

Anna Seidinger

Fakten und Versorgungslage

Rheuma ist eine Erkrankung, die viele Gesichter hat. Rund ein Viertel der Bevölkerung leidet an Gelenk- oder Rückenbeschwerden. Vor allem Menschen in der zweiten Lebenshälfte sind betroffen, doch können auch schon junge Menschen erkranken. Angesichts der steigenden Lebenserwartung stehen Entscheider und Mediziner zunehmend vor der Frage, wie die Behandlung organisiert sein muss, um eine optimale Versorgung rheumakrankter Patienten zu gewährleisten.

VON ANGELA ZINK. Was der Volksmund „Rheuma“ nennt, umfasst eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Krankheiten. Über 100 verschiedene Erkrankungen werden zum rheumatischen Formenkreis gezählt. Ihre Gemeinsamkeit sind chronische Schmerzen am Bewegungssystem. Viele Menschen sind dadurch in ihrem Alltag dauerhaft, oft ein Leben lang beeinträchtigt. Der volkswirtschaftliche Schaden ist groß: Durch Muskel- und Skeletterkrankungen entstehen dem Gesundheitssystem direkte Kosten von jährlich 27 Milliarden Euro. Weitere hohe volkswirtschaftliche Kosten entstehen durch Arbeitsausfall und vorzeitige Berentung.

Degenerativ oder entzündungsbedingt

Rückenschmerzen hat fast jeder dann und wann. Bei einem von zehn Erwachsenen, also rund sieben Millionen Menschen in Deutschland, werden sie chronisch und führen dazu, dass ein normaler Alltag nur noch eingeschränkt möglich ist.

Zu den degenerativ bedingten Krankheitsbildern gehört die Arthrose. Darunter leiden mehr als fünf Millionen Menschen. Werden der schützende Gelenkknorpel und die Gelenkknochen zerstört, kommt es zu ständigen Schmerzen. Oft sind mehrere Gelenke zugleich geschädigt, vor allem Hände, Knie und Hüften. Allein in Deutschland mussten im vergangenen Jahr 375.000 Menschen künstliche Knie- oder Hüftgelenke erhalten, die meisten davon wegen Arthrose. Ebenfalls degenerativ und mit Schmerzen verbunden ist die Osteoporose, von der etwa acht Millionen Menschen betroffen sind. Die Erkrankung tritt vor allem in der zweiten Lebenshälfte auf und führt zu einem fortschreitenden Verlust von Knochensubstanz. Bei fortgeschrittener Osteoporose können die Knochen schon bei geringer Belastung brechen.

Am entzündlichen Rheuma leiden etwa eineinhalb Millionen Menschen. Die meisten der Erkrankungen gehen von einem gestörten Immunsystem aus. Sie äußern sich in chronischen Entzündungen an den Gelenken und umgebenden Geweben. Die rheumatoide Arthritis ist die häufigste und

bekannteste Krankheit dieser Art. Sie betrifft knapp ein Prozent der Bevölkerung, etwa drei Viertel davon sind Frauen. Wenn sich die Entzündung vor allem an der Wirbelsäule zeigt, kann es sich um eine „ankylosierende Spondylitis“ handeln. Typisch ist, dass die Wirbelsäule zunehmend versteift, was starke Einschränkungen in der Beweglichkeit zur Folge hat. Die Erkrankung beginnt oft zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr und betrifft etwas mehr Männer als Frauen.

Schließlich gibt es noch eine Gruppe von Krankheiten, bei denen eine Überreaktion des Immunsystems Gefäße, Haut, Gelenke und innere Organe schädigt. Hierzu gehört der systemische Lupus Erythematoses, der vor allem Frauen betrifft und meist in jungen Jahren beginnt.

Keine Behandlung ohne Expertise

Zweifelloos kann diese Bandbreite verschiedener Krankheitsbilder nicht von einer einzigen Fachgruppe von Ärzten behandelt werden. Für die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ist der internistische Rheumatologe der zuständige Spezialist. Er sollte auch hinzugezogen werden, wenn Unsicherheiten bestehen, ob eine entzündliche oder nicht-entzündliche Rheumaform vorliegt. Degenerativ-rheumatische Krankheiten wie Arthrose, chronische Rückenschmerzen und Osteoporose werden hingegen im Regelfall durch Orthopäden und Allgemeinmediziner versorgt.

Aber nicht nur Erwachsene sind von rheumatischen Beschwerden betroffen. Gut 4000 Kinder unter 16 Jahren erkranken jedes Jahr an einer entzündlich-rheumatischen Krankheit. In den meisten Fällen heilen diese Beschwerden folgenlos aus. Trotzdem müssen derzeit rund 20.000 Kinder in Deutschland mit einer chronischen Rheumaerkrankung leben. Ihre altersgemäße Entwicklung kann durch Schmerzen, körperliche Einschränkungen und Nebenwirkungen der notwendigen Medikamente beeinträchtigt sein. Deshalb gehört die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in die Hand von Kinderreumatologen, die auf ihre spezifischen Bedürfnisse vorbereitet sind.

Die Rheumatologie in Deutschland betreibt evidenzbasierte Medizin und verfügt seit 20 Jahren über eine umfangreiche Versorgungsforschung. Mit Studien an mehr als 100.000 Patienten konnte zum Beispiel nachgewiesen werden, dass sich die Situation von Betroffenen mit einer rheumatoiden Arthritis im letzten Jahrzehnt deutlich verbessert hat: Mehr Patienten haben keine oder nur geringfügige Beschwerden, weniger Personen müssen wegen der Erkrankung aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Diese erfreulichen Entwicklungen spiegeln zwei wichtige Fortschritte in der Therapie wider: Zum einen wurde erkannt, dass die Prognose der Erkrankung umso besser ist, je früher behandelt wird. Beginnt die Therapie bereits in den ersten drei Monaten nach Einsetzen der ersten Beschwerden, so stehen die Chancen gut, dass die Krankheit zum Stillstand kommt oder nur zu geringen Einschränkungen führt. Daraus resultiert, dass die Patienten heute früher zum Rheumatologen geschickt und dort konsequent behandelt werden. Zum anderen sind seit einem Jahrzehnt für die Behandlung entzündlicher Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen sogenannte Biologika zugelassen, die gezielt in das Immunsystem und in den Krankheitsprozess eingreifen. Mit ihnen kann auch schwer Betroffenen geholfen werden, wenn konventionelle Medikamente versagt haben. Die neuen Substanzen sind zwar kostenintensiv, aber in der Lage, eine Gelenkzerstörung fast vollständig aufzuhalten.

Noch Lücken in der Versorgung

Die Voraussetzung für eine konsequente Behandlung unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten ist, dass der Patient schnell und wohnortnah einen Spezialisten für Rheumaerkrankungen findet. Dies sollte eigentlich selbstverständlich sein. Doch genau hier liegt ein großes Dilemma der Fachdisziplin: Einerseits stehen den Ärzten heute optimale Therapiemethoden zur Verfügung, um Patienten wirksam zu helfen. Andererseits fehlen in vielen Regionen die Spezialisten, was zur Folge hat, dass die Betroffenen keinen Rheumatologen in erreichbarer Nähe finden oder monatelang auf einen Termin warten.

Die Statistik zeigt: Damit Deutschland seinen Versorgungsbedarf decken kann, müssten statt der jetzt vorhandenen 621 internistischen Rheumatologen mehr als doppelt so viele tätig werden, etwa 1350 Spezialisten.

Ein weiterer Grund für Versorgungslücken ist: Nur an fünf Universitäten mit medizinischer Fakultät bundesweit gibt es derzeit Lehrstühle für Rheumatologie, an knapp der Hälfte der Universitäten so gut wie kein Ausbildungsangebot. Die Konsequenz ist: Zu wenige Medizinstudenten erhalten Einblick in das klinisch sehr spannende Fach, und zu wenige junge Ärzte entscheiden sich, Fachärzte für Rheumatologie zu werden. Ist die Qualifikation abgeschlossen, ergeben sich weitere Hürden. Eine Niederlassung als Facharzt in eigener Praxis kann nur erfolgen, wenn in der jeweiligen Region ein Bedarf an dieser Fachrichtung besteht. Da die Rheumatologen zur Gruppe der Internisten gezählt werden, kann sich oftmals auch dann kein Rheumatologe niederlassen, wenn es bereits zu viele andere internistische Spezialisten in der Region gibt. So führen Niederlassungsbeschränkungen und Nachwuchsprobleme zu einer eklatanten Unterversorgung mit Rheumatologen, vor allem in ländlichen Regionen.

Hoffnung vermittelt das neue Versorgungsgesetz, das 2012 in Kraft treten und die Versorgung stärker am tatsächlichen Bedarf ausrichten soll. Durch dieses Gesetz könnten die Voraussetzungen geschaffen werden, dass alle Betroffenen Zugang zu einer wohnortnahen rheumatologischen Versorgung erhalten und dadurch in den Genuss einer Behandlung kommen, die dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entspricht. Angesichts der bekannt großen Bedeutung einer frühen und konsequenten Behandlung könnten so individuelles Leiden, langfristige Schäden und volkswirtschaftliche Kosten vermindert werden.

Professor Dr. rer. pol. Angela Zink, Leiterin des Programmbereichs Epidemiologie, Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin, ein Leibniz-Institut.

Rückenschmerz ist nicht gleich Rückenschmerz

Viele Menschen klagen über Rückenschmerzen, das Problem ist allgegenwärtig. Der Schmerz kann verschieden bedingt sein. Wird er chronisch, sollte man der Ursache auf den Grund gehen.

VON JÜRGEN BRAUN. Rückenschmerzen sind in der Bevölkerung verbreitet und betreffen nicht nur ältere Menschen. Eine gute Nachricht zuerst: Die Mehrzahl der Patienten hat eine günstige Prognose. Bei 90 Prozent der Betroffenen gehen die Beschwerden im Zeitraum von sechs Wochen zurück. Doch die Rückfall-Quote ist hoch, das ist die schlechte Nachricht. Wenn akute Schmerzen länger als drei Monate andauern, haben sie einen chronischen Verlauf. Das ist die Definition. Am häufigsten sind Beschwerden im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule oder am Kreuzbein, gefolgt von Schmerzen in der Hals- und der Brustwirbelsäule.



Ursache für Rückenschmerz finden
Sehr oft wird ein unspezifischer (funktioneller) tiefsitzender Rückenschmerz diagnostiziert, der sogenannte „non-specific low back pain“. Dieser Begriff beschreibt aber im Wesentlichen nur das Symptom. Es bedeutet eigentlich nichts anderes, als dass vom Arzt kein Grund gefunden wurde und in vielen Fällen wegen fehlender Konsequenzen auch nicht danach gesucht wurde. Erfahrene Physiotherapeuten und Osteopathen sehen das meist anders. Sie stellen zum Beispiel lokalisierte Muskelverspannungen und Blockierungen fest, die mit nicht-medikamentösen Maßnahmen individuell nicht selten erfolgreich behandelt werden. Massagen, Wärme-, Kälte-, Elektrotherapie und Krankengymnastik können helfen, Schmerzen zu lindern. Allerdings ist die Effektivität solcher Maßnahmen mit wissenschaftlichen Methoden bei größeren Patientenzahlen grundsätzlich schwer nachzuweisen. Das führt nicht selten zu Diskussionen mit den Kostenträgern.

Medizinisch werden Rückenschmerzen grob in mechanische, entzündliche und andere eingeteilt. Der Bandscheibenschaden zum Beispiel hat klassisch mechanische Ursachen. Ebenso der Bruch eines oder mehrerer Wirbelkörper aufgrund von Osteoporose, wobei hier kein Trauma vorliegen muss. Werden die aus dem Rückenmark austretenden Nerven eingeeengt, kann es zur Ausstrahlung der Schmerzen in Arme oder Beine kommen. Oder auch zu neurologischen Ausfallerscheinungen, die im Rahmen einer körperlichen Untersuchung festgestellt werden können. Taubheit, Kribbeln oder Lähmung einzelner Körperbereiche können hierfür mögliche Symptome sein. Sie gelten als Warnsignale und erfordern ein schnelles, unter Umständen operatives ärztliches Eingreifen. Meist reichen dann Röntgenaufnahmen, die den Funktionsstatus zeigen, nicht aus, und bildgebende Verfahren wie Magnetresonananz- oder Computertomographie (MRT/CT) werden eingesetzt. Diese ermöglichen eine differenzierte Diagnostik mit detailgenauer Abbildung von Rückenmark, Nervenwurzeln, Wirbelkörpern und Bandscheiben.

Schmerzmittel lindern Symptome
Typisch für rheumatisch bedingte Erkrankungen der Wirbelsäule ist der entzündliche Rückenschmerz, der vor allem durch tiefsitzende Rückenschmerzen gekennzeichnet ist – er ist ein mögliches Frühzeichen der sogenannten axialen Spondyloarthritis, früher als Morbus Bechterew bekannt. Sein Beginn ist selten plötzlich, er hat oft einen chronischen Verlauf. Erste Schmerzepisoden treten bei Erwachsenen schon im Alter zwischen 20 und 30 Jahren auf. Häufig wird über eine Steifigkeit im Rückenbereich berichtet, die länger als eine halbe Stunde anhält. Manche Patienten werden auch in der zweiten Nachthälfte wegen der Schmerzen wach und sie bewegen sich dann, um Erleichterung zu empfinden. Vielfach werden die Beschwerden mit entzündungshemmenden Schmerzmitteln behandelt, was im ersten Moment Abhilfe schafft. Diese Medikamente hemmen auch die Entzündung, sie enthalten aber kein Kortison und werden nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) genannt. Die meisten NSAR wirken relativ schnell, aber



ihre Wirkdauer hält oft nicht lange an. Es gibt auch Präparate mit langer Halbwertszeit oder in Retardform, die den Wirkstoff verzögert abgeben und länger wirken. Diese sind zur Behandlung meist besser geeignet. Die NSAR lindern nicht nur die Schmerzen, sondern nehmen möglicherweise auch Einfluss auf den Krankheitsverlauf, indem die Knochenneubildung in der Wirbelsäule gehemmt wird. Dieses Problem tritt bei Patienten mit schwerem Verlauf einer axialen Spondyloarthritis auf. Typisch für die Erkrankung ist, dass es zu rheumatischen Entzündungen von Sehnenansätzen an Knochen der Wirbelsäule und anderswo kommt. Bei dieser Erkrankung spielen Gene, vor allem die für den Zelloberflächenmarker HLA B27 verantwortlich sind, eine wichtige Rolle. Allerdings ist nur ein vergleichsweise geringer Teil der HLA B27-positiven Menschen von der axialen Spondyloarthritis betroffen. Bei Fortschreiten der Erkrankung kommt es zur Knochenneubildung der Wirbelsäule, was auch als Ankylosierung bezeichnet wird. Für die Diagnosestellung sind neben HLA B27 Röntgen und MRT die wichtigsten Hilfsmittel.

Kreuzschmerz ist Herausforderung
In der Bevölkerung gehört zu den am meisten genannten Schmerzen der Kreuzschmerz, im Volksmund als „Hexenschuss“ bekannt. Bis zu 20 Prozent der Gesamthäufigkeit von Rückenleiden beziehen sich auf den chronischen Kreuzschmerz, für den eine lange Erkrankungsdauer, oft mit multiplen Schmerzepisoden, charakteristisch ist. Frauen sind davon stärker betroffen als Männer. Kreuzschmerz verursacht in Deutschland immense Kosten. Die Hauptsumme der 8,4 Milliarden Euro pro Jahr geht auf das

Konto von Produktivitätsausfall durch Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Nur etwa 15 Prozent beträgt der Anteil der direkten Kosten für die medizinische Behandlung. Zur Verbesserung der Versorgung wurde 2010 die „Nationale Versorgungs-Leitlinie Kreuzschmerz“ veröffentlicht. Sie richtet sich an Ärzte und Behandlungsteams und bezieht sich auf die Patientengruppe mit nichtspezifischem Kreuzschmerz. Dieser kann nach Ursache, Dauer, Schweregrad und Erkrankungsstadium klassifiziert werden. Hinweise sind Schmerzen im Rückenbereich unterhalb des Rippenbogens, oberhalb der Gesäßfalten (mit oder ohne Ausstrahlung), akute Kreuzschmerzen (weniger als sechs Wochen Dauer), längere Schmerzepisoden (über sechs Wochen Dauer) und wiederkehrende Kreuzschmerzen (länger als 12 Wochen Dauer). Weil die Schmerzintensität variieren kann, werden Skalen zur Quantifizierung des Schmerzes eingesetzt.

Die Therapie orientiert sich an den Schmerzen und dem aktuellen Funktionsstatus. So früh wie möglich müssen multimodale Behandlungspläne zum Einsatz kommen, da einseitige Therapieansätze zu sehr auf somatische Faktoren ausgerichtet sind. Der Einbezug des Patienten und die Abstimmung der Behandlung mit angrenzenden Disziplinen dürfen nicht fehlen. Die medikamentöse Therapie sollte durch physikalische Maßnahmen ergänzt werden. Hier müssen alle Berufsgruppen und der Betroffene zusammenarbeiten. Weitere Informationen unter www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de

Professor Dr. med. Jürgen Braun, Rheumazentrum Ruhrgebiet, Herne

DREI FRAGEN

Das Gebiet der Rheumatologie war im vergangenen Jahrzehnt geprägt von enormen Innovations- und Therapiefortschritten. In Zeiten der demographischen Entwicklung und des steigen Kostendrucks interessierten uns die verschiedenen Blickwinkel von Industrie, Politik bzw. Gesetzgebung und Leistungserbringer. Wir publizieren hier die eingegangenen Statements.



Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK

Wie beurteilen Sie aus Sicht Ihrer Krankenkasse die Therapiemöglichkeiten bei rheumatischen Erkrankungen?
Eine erfolgreiche Behandlung der rheumatoiden Arthritis ist nur garantiert, wenn die Therapie qualifiziert, strukturiert, frühzeitig und koordiniert erfolgt. Während Physio- und Ergotherapie unterstützend eingesetzt werden, sind Medikamente notwendig, um neben der Schmerzlinderung die Gelenkerstörung zu vermindern. Die Basistherapie umfasst Immunsuppressiva. Ergänzend werden häufig die nicht-steroidalen Anti-Rheumatika (Diclofenac, Ibuprofen) eingesetzt. Die differenzierte Arzneimitteltherapie mit den Substanzen aus dieser Wirkstoffgruppe sollte vor allem Rheumatologen vorbehalten sein.

Wie sehen Sie die Kosten im Vergleich zum Therapiefortschritt durch die Biologika?
Studien zeigen, dass die wachsenden therapeutischen Möglichkeiten die Krankheitsaktivität verringern können und sogar ein Krankheitsstillstand möglich wird. Andererseits gehören die Biological-Wirkstoffe Adalimumab und Etanercept zu den 20 Medikamenten, die ein Fünftel der Arzneimittelausgaben der Barmer GEK verursachen. Auf diese beiden Wirkstoffe entfielen im Jahr 2009 Ausgaben von 118 Milliarden Euro. Als eine mögliche sinnvolle Alternative erscheint der Einsatz von Biosimilars, also Zweitanbieterpräparate von biotechnologischen Arzneimitteln. Mit diesen können schätzungsweise 20 bis 25 Prozent der Ausgaben eingespart werden.

Wie beurteilen Sie die Perspektiven für neue Behandlungsmethoden?
Rheumatische Erkrankungen können bis heute nicht geheilt werden. Aber die Symptome der Erkrankung können gelindert werden. Neue Entwicklungen sind in der Substanzklasse der krankheitskontrollierenden Arzneien zu erwarten. Neben der medizinischen Bewertung ist die wirtschaftliche Betrachtung erforderlich. Im Fokus stehen aktuell drei Wirkstoffe: Tocilizumab, Golimumab und Certolizumab. Gerade weil diese hochpreisigen Arzneimittelwirkstoffe in Studien ihre Wirksamkeit belegen konnten, ist ihr differenzierter und indikationsgerechter Einsatz erforderlich.



Dr. Siegfried Throm
Geschäftsführer Forschung, Entwicklung und Innovation des Verbands forschender Pharma-Unternehmen (vfa)

Wie sehen Sie die Kosten im Vergleich zum Therapiefortschritt durch die Biologika?
Die neuen Mittel aus der Gruppe der Biologika werden gentechnisch produziert und kosten pro Monat weitaus mehr als die älteren, heute patentfreien, chemisch hergestellten Präparate. Man muss aber neben dem Patientenwohl auch sehen, welche großen Summen die Präparate – wenn sie anschlagen – sparen helfen: beispielsweise Kosten für Schmerzmittel, Gelenkoperationen, Arbeitsausfall und Frühverrentung. Diese dürften die Medikamentenkosten bei weitem übersteigen.

Wie beurteilen Sie die Perspektiven für neue Behandlungsmethoden?
Auch mit den modernen Mitteln kann heute noch nicht jedem Rheuma-Patienten ausreichend geholfen werden. Medikamente mit weiteren neuen Wirkprinzipien sind deshalb in Entwicklung: bis zu sieben könnten bis 2015 herauskommen. Darunter sind Präparate, die – anders als Biologika – nicht gespritzt werden müssen. Schon vorhandene TNF-alpha-Hemmer, Interleukin-Blocker und ein T-Zell-Costimulator werden zudem für die Therapie seltenerer Sonderformen von Rheuma erschlossen.

Wie beurteilen Sie aus Sicht der Industrie die Therapiemöglichkeiten bei rheumatischen Erkrankungen?
Eine Vielzahl neuer Medikamente der forschenden pharmazeutischen Unternehmen haben in den letzten zwölf Jahren zahlreiche Formen von Rheuma besser behandelbar gemacht. Ältere Präparate werden hier in ihrer Wirksamkeit signifikant übertroffen. So können Schmerzen und Gelenkversteifungen vieler Patienten abgemildert und das Fortschreiten des Krankheitsprozesses oftmals aufgehalten werden. Als Folge hat sich unter anderem die Zahl der Fehltag von Patienten mit rheumatoïder Arthritis halbiert. Auch für betroffene Kinder wurden Medikamente zugelassen. Die neuen Mittel basieren auf unterschiedlichen Wirkprinzipien: Wirkt das eine nicht, kann oftmals ein anderes helfen.

BUCH-TIPPS



Rheuma
Medizinisch fundiert informiert „Rheuma“ über die verbreiteten Hauptformen von rheumatischen Erkrankungen und bietet Betroffenen Unterstützung im praktischen Frage-Antwort-Prinzip. Einfach umzusetzende Ratschläge zur richtigen Ernährung, Bewegung und dem Umgang mit Schmerzen unterstützen die Betroffenen. Medizinische Hintergründe zu Symptomen, Diagnose, alternativer und schulmedizinischer Behandlung sowie zu neuen Medikamenten und Forschungsansätzen werden fundiert und leicht verständlich erklärt. (192 Seiten, über 65 Abbildungen, DorlingKindersley Verlag)



Das große Gicht-Kochbuch
Ein erhöhter Harnsäurespiegel ist der Grund für Gichtsymptome wie schmerzhafte Entzündungen in Füßen und Fingern. Aber diese Ursache lässt sich bekämpfen nicht nur mit Medikamenten, sondern auch durch eine angemessene Ernährung. Mit über 120 abwechslungsreichen Rezepten machen Sven-David Müller und Christiane Weibenberger eine purinarme Kost im wahrsten Sinne des Wortes schmackhaft. (200 Seiten, 153 Farbfotos, Schlütersche Verlagsgesellschaft)



Das Arthrose-Stopp-Programm
Bewegung ist entscheidend für den Verlauf von Arthrose. Jürgen Fischer hat aus der langjährigen Praxis-Erfahrung von Orthopäden, Physiotherapeuten und Sportpädagogen die wirksamsten Hilfen gesammelt. Das Besondere: In nur 3 Minuten kann jede Übung gelesen und durchgeführt werden. (116 Seiten, 80 Abbildungen, Trisas Verlag)



Hilfe bei Rheuma
In der Deutschen Rheuma-Liga haben sich viele tausend Menschen in ganz Deutschland zusammengefunden, die an Rheuma erkrankt sind. Es gibt in allen Bundesländern Selbsthilfegruppen, die beraten, sich austauschen, Bewegungsangebote schaffen und allgemein für die Interessen rheumakranker Menschen eintreten. Ein besonderes Hilfsangebot ist die Datenbank Versorgungslandkarte zur Suche nach Therapeuten und Einrichtungen. www.rheuma-liga.de.



Informationsplattform
Seit 1997 wird die rheumatologische Informationsplattform www.rheuma-online.de betrieben und hat sich in diesem Zeitraum zur größten Website mit rheumatologischen Informationen und Services im deutschsprachigen Raum entwickelt. Das inhaltliche Angebot umfasst auf mehr als 100.000 redaktionellen Seiten und Forumsbeiträgen das gesamte Spektrum der rheumatischen Erkrankungen und die damit zusammenhängenden diagnostischen, therapeutischen und sonstigen versorgungsrelevanten Aspekte.

Rheumatoide Arthritis: Moderne Therapieoptionen

Dank des medizinischen Fortschritts ist die Prognose der rheumatoiden Arthritis bei rechtzeitiger Behandlung heute günstiger als vor 20 Jahren. In der Therapie wird zunehmend auf Blockierung der Antikörper gesetzt.

VON ULF MÜLLER-LADNER. Mit Arthrose oft verwechselt wird die rheumatoide Arthritis, die zur Gruppe der entzündlichen Gelenkerkrankungen gehört. Sie wurde früher als chronische Polyarthritis bezeichnet. Mittlerweile weiß man, dass die Erkrankung nicht nur die Gelenke entzündet, sondern entzündungsbedingt auch zu Schäden der inneren Organe wie Herz, Lunge und Nieren führen kann. Rheumatoide Arthritis heißt übersetzt „fließende Gelenkentzündung“. Sie ist eine häufige Erkrankung, die ein Prozent der Weltbevölkerung betrifft. In Deutschland wird von 500 000 bis 800 000 Erkrankten ausgegangen.

Genetische Veränderungen nachweisbar
Über die Krankheitsentstehung ist inzwischen einiges bekannt. Hierzu gehört auch, dass die ersten Vorboten der Aktivierung des Immunsystems mehrere Jahre der eigentlichen Erkrankung vorausgehen. Messbar ist dies an dem Anstieg bestimmter gegen körpereigene Proteine gerichteter Antikörper. Diese sogenannten „Anti-Citrullinierte-Peptide Antikörper“ (ACPA) können für sich alleine noch keine Gelenkentzündung auslösen, zum Krankheitsausbruch führen immer mehrere Faktoren. So sind genetische Veränderungen bei Patienten mit rheumatoider Arthritis nachweisbar, die mit den Boden für den Ausbruch der Erkrankung bilden. Darunter finden sich vor allem Gene, die Entzündungszellen und die Produktion der Botenstoffe im Immunsystem, die Zytokine steuern. Auch Umweltfaktoren wurden identifiziert, die sich ungünstig auf die Prognose der Erkrankung auswirken. Dazu gehört das Rauchen als stärkster Negativfaktor.
Meist beginnt die Erkrankung, indem sich zunächst Finger- und Handwurzelgelenke entzünden. Die Gelenke schwellen in den frühen Morgenstunden an, wenn kaum körpereigenes Kortison als natürlicher Gegenspieler der Entzündung zur Verfügung steht. Diese „Morgensteifigkeit“ ist typisch für die rheumatoide Arthritis. Sie kann mehrere Stunden anhalten. Unbehandelt breitet sich die Entzündung im Körper aus, was durch kreisende Immun- und Bindegewebszellen geschieht. Diese setzen sich wie bei Tumoren an anderen Gelenken fest und starten von dort die nächste Entzündungsreaktion. Durch das entzündete Gelenkgewebe werden Knorpel und Knochen der Gelenke zerstört. Folge ist: Die Gelenkzerstörung führt zu ausgeprägten Fehlstellungen, die den Betroffenen dauerhaft behindern können. Durch die kreisenden Entzündungsmoleküle erhöht sich auch das Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall. Die Komplikationsrate bei Patienten mit rheumatoider Arthritis ist vergleichbar mit den Langzeitfolgen bei Diabetes oder Tumorerkrankungen.

Dreistufiges Behandlungsmodell
Wichtig ist, dass die Erkrankung rechtzeitig erkannt wird. Hegt der Hausarzt einen Verdacht, sollte der Patient einem internistischen Rheumatologen vorgestellt werden. Für die Diagnose benötigt der Facharzt vor allem das Gespräch mit dem Patienten und eine gründliche körperliche Untersuchung. Die restlichen 30 bis 40 Prozent zur Diagnosesicherheit werden in der Regel durch Laborwerte, Ultraschall und wenige Röntgenbilder erbracht. Ziel der Therapie ist es, die Erkrankung aufzuhalten und zum Stillstand zu bringen. Der Patient soll in die Remission geführt werden. Die Behandlung der rheumatoiden Arthritis vollzieht sich in drei Phasen. Zunächst geht es darum, dem Betroffenen zügig Schmerzen und Steifigkeit zu nehmen. Dafür werden über einen klar begrenzten Zeitraum entzündungshemmende Schmerzmittel und Kortison eingesetzt. Das geschieht in Abhängigkeit zu Verträglichkeit und bestehenden Begleiterkrankungen. Die Dosierung der Präparate sollte nicht in Eigenregie erfolgen, auch wenn neuere Substanzen wie COX-2-Hemmer mit weniger Nebenwirkungen wie einer besseren Magen-Darm-Verträglichkeit verbunden sind. In der zweiten Behandlungsphase wird versucht, mit der Therapie in den Krankheitsverlauf einzugreifen. Das ist Aufgabe der „Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs“, kurz DMARDs. Ein wichtiger Vertreter dieser Gruppe ist Methotrexat, das bei einmal wöchentlicher Einnahme schon nach 6 bis 8 Wochen seine volle Wirkung entfaltet und über eine lange Dauer eingenommen werden kann. Alternativen sind die Substanzen Sulfasalazin und Leflunomid. Bei fortschreitender Entzündung können auch alle drei Präparate kombiniert werden. Die dritte Behandlungsphase beginnt manchmal mit schweren Verlaufsformen bereits nach wenigen Monaten. Hier ist das Therapieziel eine auf den Patienten abgestimmte Langzeiteinstellung.

Innovative Therapiestrategie
Als Innovation ist die Entwicklung biologischer Wirkstoffe zu bezeichnen, die seit einem Jahrzehnt auf dem Markt sind. Basis der Biologika bilden gentechnisch hergestellte Antikörper gegen die rheumatoide Arthritis. Sie kommen zum Einsatz, wenn die Erkrankung aktiv voranschreitet. Der biologische Wirkstoff wird den Betroffenen in regelmäßigen Abständen als Injektion unter die Haut oder als kurze Infusion appliziert. Die bei Patienten am erfolgreichsten eingesetzten Biologika sind die TNF-Hemmer. TNF ist ein Entzündungsmolekül, das viele Vorgänge im rheumatischen Gelenk steuert. Das „Wegfangen“ der TNF-Moleküle mittels Anti-TNF-Antikörper führt meist zu einer schnellen Besserung der Symptome. Weitere

Gelenkschäden können verhindert werden. Die zweite Generation der Biologika, die inzwischen ebenfalls ihren festen Platz in der Therapie der rheumatoiden Arthritis haben, enthält auch Antikörper, die ein zentrales entzündungssteigerndes Steuerungsmolekül, das Interleukin-6 ausschalten. Dazu kommen noch Antikörper gegen Immunzellen wie Anti-CD20-Antikörper und CTLA4-Immunglobulin. Diese sind in der Lage, Immunzellen direkt zu hemmen.

Mit konsequentem Einsatz dieser Therapiestrategien kann die durchschnittliche Krankheitsaktivität in der Regel um über 50 Prozent gesenkt werden. Ein Fünftel der Patienten benötigt nach vier bis fünf Jahren Behandlungsdauer keine Medikamente mehr. Allerdings werden gut 20 Prozent mit einer Kombinationstherapie weiterbehandelt, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten.
Trotz der Erfolge von DMARDs und Biologika bleibt die rheumatoide Arthritis eine un-

berechenbare Erkrankung. Immer wieder können Schübe auftreten und der internistische Blick auf die Erkrankung ist stets auf den Menschen als Ganzes gerichtet. Das bedeutet, alle Organfunktionen müssen mit überwacht werden. Nebenwirkungen von immundämpfenden Substanzen wie neu auftretende Infektionen sind möglich, aber kontrollierbar. Sie erfordern das breite internistisch-rheumatologische Wissen, um im richtigen Dosisbereich zu bleiben. Patienten selbst können zur Genesung beitragen, indem sie die ärztlichen Kontrollen regelmäßig wahrnehmen und Angebote zur unterstützenden physikalischen Therapie nutzen. Auch das Auffrischen der Impfungen nach aktuellen Empfehlungen und ein zwingender Nikotinverzicht gehören zur Vorsorge. Eine spezielle Ernährung oder nicht validierte homöopathische und paramedizinische Ansätze

helfen leider nicht. Von sogenannten „Immunstimulanzen“ oder noch gravierenderen unkontrollierten Eingriffen wie Eigenblutbehandlungen muss unbedingt abgeraten werden. Das ohnehin schon labile Immunsystem kann im wahrsten Sinne des Wortes „explodieren“. Die rheumatoide Arthritis ist inzwischen eine immunologisch und molekularbiologisch erklärbare Erkrankung mit guten Behandlungsoptionen. Dabei sind die Aussichten auf ein weitgehend normales Leben der Patienten positiv – sofern die Möglichkeiten einer optimalen Therapie ausgeschöpft und genutzt werden.

Professor Dr. med. Ulf Müller-Ladner, Lehrstuhl für Innere Medizin mit Rheumatologie, Justus-Liebig-Universität Gießen; Abteilung Rheumatologie und Klinische Immunologie der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim



Erwarten Sie mehr von Ihrer Gesundheit

WENIG AUFWAND, GROSSE WIRKUNG



Die unter Rheuma subsumierten Krankheitsbilder bilden aufgrund der großen Anzahl von Betroffenen eine der größten Volkskrankheiten. Derzeit geben rund fünf Prozent der Berufstätigen mit Rheuma im ersten Jahr ihrer Erkrankung und rund 20 Prozent nach drei Jahren ihren Arbeitsplatz auf. Hinter solchen Fakten stehen Einzelschicksale, die durch die Aufgabe des Arbeitsplatzes schwer getroffen werden. Zu den körperlichen Beschwerden kommen oft psychische Probleme, besonders wenn der Beruf der Lebensmittelpunkt war und maßgeblich zum Selbstwertgefühl beigetragen hat.

Die genannten Zahlen sollten jedoch auch die Arbeitgeber alarmieren. Aufgrund der demographischen Entwicklung ist es für sie heute wichtiger denn je, talentierte und leistungsfähige Mitarbeiter zu gewinnen und sie möglichst lange und motiviert an das Unternehmen zu binden. Da gerade chronisch erkrankte Mitarbeiter mit langer Betriebszugehörigkeit oftmals Leistungs- und Know-how-Träger sind, macht sich seit wenigen Jahren ein Umdenken bemerkbar. Zahlreiche positive Beispiele aus der Praxis zeigen, wie ein partnerschaftlicher, offener Umgang mit der Situation von allen Beteiligten zu erfolgreichen Lösungen führt: So kann für das Unternehmen die Arbeitskraft und für den Arbeitnehmer die dauerhafte berufliche Integration mit dem entsprechenden finanziellen Einkommen gesichert werden. Letztendlich sind es oft Maßnahmen mit geringem Aufwand, die eine große Wirkung für die Betroffenen haben: Der Verbleib im Berufsleben ist bereits heute für viele Menschen mit Rheuma zur Normalität geworden.
Damit unterstützende Lösungsansätze mehr in das Bewusstsein von Betroffenen und Öffentlichkeit treten, wurde 2009 die Auszeichnung „RheumaPreis – Aktiv mit Rheuma am Arbeitsplatz“ ins Leben gerufen. Zu den Initiatoren des Preises gehörten verschiedene Berufsverbände, Patientenvereinigungen sowie das Unternehmen Abbott. Heute zählt die Initiative bereits 13 Partner und erfährt wachsenden Zuspruch.
Professor Matthias Schneider, Leiter der Rheumatologie in der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und Mitinitiator des Preises engagiert sich, um gängige Vorurteile zu entkräften: „Auch die meisten Menschen mit Rheuma wollen einer Berufstätigkeit nachgehen. Sich selbst darstellen, sich selbst verwirklichen, Zufriedenheit erreichen – all das kann ein Arbeitsplatz ermöglichen und all das wünschen sich auch Rheumatiker. Viele Menschen mit Rheuma können wie Menschen ohne Rheuma beruflich anspruchsvolle Leistungen erbringen, manchmal benötigen sie einfach ein wenig Unterstützung am Arbeitsplatz.“
Der Preis wird jährlich ausgeschrieben und in diesem Jahr zum dritten Mal verliehen. Für die Auszeichnung bewerben können sich alle Menschen in Deutschland, die an entzündlich-rheumatischen Erkrankungen leiden und sich in einem Arbeitsverhältnis befinden oder selbstständig tätig sind. Es können sich einzelne Personen bewerben oder Teams von Menschen mit Rheuma und ihren unterstützenden Partnern am Arbeitsplatz, die gleichermaßen an dem Lösungsansatz Anteil haben. Darüber hinaus können auch Dritte Arbeitgeber oder berufstätige Rheumatiker nominieren. Die prämierten Einzelpersonen oder Teams erhalten ein Preisgeld in Höhe von 3000 Euro sowie eine Urkunde. Bereits in diesem Jahr sind über 70 Bewerbungen eingegangen, aus denen eine unabhängige Jury die Preisträger auswählen wird. Dies unterstreicht das Interesse und den Bedarf an integrationsfördernden Konzepten für chronisch Kranke. Und es zeigt auch, dass einzelne Betroffene mit ihrer Vorbildfunktion viel bewegen können.

06.13.MSD/2011-D-4237_J

Besuchen Sie uns auf www.msd.de.



Arthrose – nicht nur eine Frage des Alters

Die Arthrose gehört zu den wichtigen Volkskrankheiten unserer Zeit und ist die häufigste Gelenkerkrankung überhaupt. Sie unterliegt dem Irrglauben, durch Alter und Abnutzung zu entstehen. Doch die embryonale Entwicklung ist beteiligt.

VON THOMAS PAP. Allein in Deutschland leiden mehr als fünf Millionen Menschen an Arthrose. Epidemiologische Daten lassen vermuten, dass in der westlichen Welt fast jeder zweite Mensch über 60 Jahre betroffen ist. Genaue Zahlen zu erheben ist schwierig, da die Erkrankung in der Regel schleichend beginnt. Eine Arthrose entwickelt sich meist über Monate und Jahre. Zunächst stehen nur gelegentliche, nach Belastung auftretende Gelenksbeschwerden im Vordergrund. Später nimmt die Häufigkeit und Heftigkeit der Schmerzen zu, bis diese fast täglich auftreten und Bewegung ohne Schmerzen kaum noch möglich ist. Erst jetzt gehen viele Betroffene zum Spezialisten.

Nur Fortschritte in Endoprothetik

Die Möglichkeiten, therapeutisch in den Krankheitsprozess einzugreifen, sind begrenzt. Zwar gibt es Wege, der Entstehung von Arthrose in gewissen Grenzen vorzubeugen, darunter die oft genannte Vermeidung von Übergewicht. Die medikamentöse Behandlung der Arthrose hat sich in den letzten 25 Jahren jedoch kaum verändert. Sie ist fast ausschließlich symptomatisch und zielt vor allem auf die Bekämpfung der Schmerzen sowie der immer wieder auftretenden entzündlichen Episoden. Am Ende des oft jahrelangen Leidens wartet auf die Mehrzahl der Patienten nur eine Option, um die Beschwerden loszuwerden: der Ersatz des erkrankten eigenen Gelenkes durch ein künstliches aus Metall und Kunststoff. Diese als Endoprothetik bezeichnete Methode hat in der Vergangenheit große Fortschritte gemacht. Aber ihre Alternativlosigkeit in der Arthrosebehandlung wird zum Problem. Nicht nur für Patienten, deren Lebenserwartung steigt und die sich

bereits in der Mitte ihres Lebens einem solchen Eingriff unterziehen müssen, der nicht mehr rückgängig zu machen ist. Für unsere Gesellschaft, in der Aktivität und Mobilität bis ins hohe Alter als Bestandteile von Lebensqualität verstanden werden, ist es eine Herausforderung. Und das hat wie so oft, wenn es um Gesundheit und Krankheit geht, auch eine wirtschaftliche Dimension. Umso erstaunlicher ist es, wie wenig die Arthrose selbst, vor allem aber der mangelnde Fortschritt, sie jenseits der Endoprothetik zu behandeln, als Problem wahrgenommen werden. Während in den letzten Jahrzehnten für nahezu alle Volkskrankheiten große außeruniversitäre Forschungseinrichtungen geschaffen wurden, existiert in Deutschland derzeit kein einziges Institut, das sich mit Arthrose beschäftigt. Auch bei der jüngsten Ankündigung der Bundesregierung, nationale Gesundheitsforschungszentren zu den wichtigsten Volkskrankheiten einzurichten, fehlt ein solches Zentrum für Gelenkerkrankungen. Die Ursachen dafür sind vielfältig, werden aber von grundlegenden Missverständnissen zu den Ursachen und Mechanismen der Arthrose getragen.

Komplexes biologisches Programm

Die Betrachtung der Arthrose als im Wesentlichen altersbedingte und durch Belastung verursachte Abnutzungserkrankung ist ein zentraler Kern dieser Missverständnisse. Leider prägt diese Sicht auf Arthrose die Einstellung vieler Patienten, aber auch die Meinung wichtiger Entscheidungsträger in Politik und Wirtschaft und sogar die einiger Wissenschaftler und Ärzte. Nicht selten wird dabei der Vergleich zu den Reifen eines Autos bemüht, die sich über die Zeit abnutzen und nach gewisser „Laufleistung“ eben der Erneuerung bedürfen.

Dieser Vergleich hinkt nicht einfach, sondern ist in seiner Substanz falsch. Auch wenn der Verlust bestimmter Knorpelbestandteile aus der oberflächlichsten Schicht des Gelenkknorpels zu den frühesten und vom Patienten meist unbemerkten Veränderungen der Arthrose zählt, verschleißt der Gelenkknorpel nicht durch Abrieb von oben. Der arthrotische Abbau von Knorpelsubstanz ist eine aktive Leistung der Knorpelzellen, das konnte die Forschung eindrucksvoll zeigen. Der Knorpelabbau gehört dabei zu einem komplexen biologischen Programm, in das diese Zellen verfallen. Das Programm bewirkt in bis dahin im Gleichgewicht befindlichen Knorpelzellen, dass eine Vielzahl abgeschalteter Gene aktiviert wird. Diese führen unter anderem zu Veränderungen in der Art und Weise, wie die Zellen auf Reize von außen reagieren. Mit der Folge, dass sich Kalk im Knorpel ablagert und vermehrt knorpelabbauende Substanzen produziert werden. Dabei handelt es sich um eine streng koordinierte Abfolge von Ereignissen, die in diesen Zellen angelegt und fest verankert ist.

Warum aber enthalten Knorpelzellen ein biologisches Programm, das sie dazu bringt, die sie umgebende Knorpelsubstanz abzubauen? Die Antwort darauf liegt in der Embryonalentwicklung, und zwar genauer in der Entstehung der großen Teile unseres Skelettsystems. Alle langen Knochen unseres Körpers werden ursprünglich knorpelig angelegt und erst im zweiten Schritt zu Knochen umgebaut. Dabei wird in den embryonalen Knorpelzellen ein Programm angeschaltet, das zum Abbau der Knorpelsubstanz, zur Ausweitung der Blutgefäße, dem Einwandern von Knochenzellen und schließlich zum Umbau des Knorpels in Knochen führt. Dieser Prozess beginnt in der Mitte der langen



Knochen und setzt sich in Richtung der Enden fort. Beim Gelenkknorpel, dem scheinbar knorpeligen Überzug unserer Knochen, handelt es sich also in Wahrheit um die Überreste der embryonalen und frühkindlichen Knochenbildung. Er ist der Teil des ursprünglichen Knorpelskeletts, der nicht verknöchert.

Noch einige Fragen offen

Zu den spannendsten Erkenntnissen in der Arthrosenforschung gehört, dass die biologische Ereigniskette, die im arthrotischen Knorpel abläuft, in wichtigen Merkmalen eine Reaktivierung dieses embryonalen Programms ist. Zwei Fragen, die Wissenschaftler noch beantworten müssen, lauten: Warum wird während der Entstehung von Arthrose dieses Programm reaktiviert? Und wo bestehen möglicherweise Unterschiede zwischen

beiden? Bewiesen scheint zu sein: Die Reaktivierung des zum Knorpelabbau führenden Programms während der Arthrose ist keine reine Altersreaktion. Auch wenn alternder Knorpel wegen seiner geringeren Regenerationsfähigkeit anfälliger ist. Vielmehr scheint es sich um eine Reaktion zu handeln, in die Knorpelzellen verfallen, wenn sie übermäßigen Stress nicht bewältigen können. Werden Knorpelzellen über ihre Regenerationsfähigkeit hinaus belastet, kommt eine Art „Notprogramm“ in Gang, das angeschaltet wird. Die Belastungsgrenze ist individuell verschieden. Sie hängt von erblichen Faktoren, der Knorpelbeschaffenheit, dem Alter und dem Grad der Belastung ab. Darüber hinaus können Entzündungen oder wiederholte kleinste Gelenkverletzungen, wie sie auch bei Leistungssportlern vorkommen, dazu füh-

ren, dass die Grenze überschritten wird und Arthrose entsteht. Warum dieser Prozess bei dem einen erst spät und beim anderen schon früh Schmerzen verursacht, ist bislang noch unverstanden. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass ohne ein tiefergehendes Verständnis der Entwicklungsprozesse, die dem arthrotischen Knorpelumbau zugrunde liegen, kein Durchbruch in der Therapie der Erkrankung zu erlangen ist. Jüngste Forschungsergebnisse hierzulande zeigen neue und vielversprechende Ansätze. Deutschland könnte mit dabei sein, wenn die entscheidenden Schritte gelingen. Diese Chance sollte nicht ungenutzt bleiben.

Professor Dr. med. Thomas Pap, Zentrum für Muskuloskelettale Medizin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster



Weil eine gesündere Welt unseren Einsatz braucht

Moderne Arzneimittel für alle Lebensphasen

Es sind die kleinen Momente, die uns Menschen viel bedeuten und die wir genießen wollen. Genau dafür arbeitet Pfizer weltweit: Wir erforschen und entwickeln seit mehr als 160 Jahren innovative Präparate und Therapien für Menschen und Tiere. Mit einem stetig

wachsenden Angebot an modernen Arzneimitteln verbessern wir Gesundheit und Lebensqualität in allen Lebensphasen. Gemeinsam für eine gesündere Welt. www.pfizer.de

Rheuma bei Kindern – eine besondere Herausforderung

Wenn Kinder vor lauter Schmerz nicht mehr toben wollen, kann es Rheuma sein. Die Erkrankung lässt sich heute gut behandeln. Entscheidend ist aber die Betreuung durch erfahrene Spezialisten.



Signalübertragungswege des Immunsystems blockieren und so Entzündungen aufhalten. Damit sind heute auch Kinder behandelbar, bei denen eine andere Therapie erfolglos blieb oder die viel Kortison benötigten.

Ganzheitlicher Therapieansatz
Mit Medikamenten wird die Entzündungsaktivität von Rheuma behandelt. Am Bewegungsapparat bei Heranwachsenden hinterlassen diese Entzündungen aber schnell funktionelle Einschränkungen, wodurch Gelenks- und Muskelfunktionen beeinträchtigt sind. Damit die betroffenen Glieder ihre Funktion wiedererlangen, ist eine spezialisierte funktionelle Therapie durch Physio- und Ergotherapeuten notwendig. Orthopädische Hilfsmittel und notfalls operative Eingriffe ergänzen die Therapie oft.
Rheumakranke Kinder unterliegen wie gesunde Gleichaltrige hormonellen Schwankungen aufgrund der entwicklungsbedingten Reifung. Sie sollen trotz chronischer Erkrankung altersentsprechend heranwachsen. Die Behandlung muss deshalb ganzheitlich ausgerichtet sein und mehrere Elemente mit einschließen. Um betroffenen Kindern in ihren Familien die Krankheitsverarbeitung und die Bewältigung des Alltags zu erleichtern, werden Pädagogen und Psychologen in den Betreuungsprozess einbezogen. Die Therapie gehört in die Hände erfahrener Kinderärzte, die auf rheumatische Erkrankungen bei Heranwachsenden spezialisiert sind. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat sich in den letzten 20 Jahren erheblich verbessert. Eine Versorgungslandkarte für Deutschland, Österreich und die Schweiz findet sich im Internet (www.agkjr.de/landkartep.html). Bundesweit gibt es rund 200 Pädiater, die als Kinderrheumatologen ausgebildet sind. Vor Erreichen des Erwachsenenalters muss die Weiterbehandlung der jungen Patienten vorbereitet werden. Durch sogenannte „Transitionsprogramme“ wird die Übergabe an den Erwachsenenrheumatologen gewährleistet.

Professor Dr. med. Johannes-Peter Haas, Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie Garmisch-Partenkirchen, Akademische Lehrereinrichtung der Ludwigs-Maximilians-Universität München

VON JOHANNES-PETER HAAS. Mit Rheuma verbinden die meisten Menschen eine Erkrankung in höherem Lebensalter. Zu Unrecht – denn in Deutschland leiden etwa 20 000 Kinder und Jugendliche an einer rheumatischen Erkrankung. Die Zahl bleibt seit Jahren konstant. Rheuma ist damit in dieser Altersgruppe so häufig wie Diabetes oder Krebs. Treten bei Heranwachsenden schmerzhafte Gelenke, Gelenksschwellungen, unklares Fieber und Hautflecken auf, denken Eltern und Ärzte oft viel zu spät oder gar nicht an Rheuma. Die Behandlung der Erkrankung im Kindes- und Jugendalter ist eine große Herausforderung.

Zwei Entstehungswege bekannt

Am häufigsten erkranken Heranwachsende am kindlichen Gelenkrheumatismus, der sogenannten juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA). Daneben gibt es viele Formen von „Weichteilrheumatismus“ mit Entzündungen des Bindegewebes (Kollagenosen) und der Gefäße (Vaskulitiden). Nicht nur der Bewegungsapparat, sondern auch Haut, Schleimhäute oder innere Organe, vor allem die Nieren und das Herz können betroffen sein. Bei systemischen Erkrankungsbildern wie Morbus Still oder Lupus Erythematoses werden wichtige Organe befallen, was zu lebensbedrohlichen Verläufen führen kann. Bleiben Entzündungen des Auges bei der juvenilen idiopathischen Arthritis unbehandelt, können die jungen Patienten erblinden.

Die Ursachen von Kinderrheuma sind noch nicht völlig verstanden. Fest steht: Fehlerhafte Abläufe im körpereigenen Abwehrsystem verursachen chronisch verlaufende Entzündungsprozesse, die der Körper nicht mehr regulieren kann. Für viele Unterformen sind erbliche Risikofaktoren bekannt. Umweltfaktoren wie Infektionen können die Erkrankung letztlich auslösen. Zwei Entstehungswege sind bislang aufgeklärt: Die autoinflammatorisch und die autoimmun bedingte Erkrankung, wobei Mischformen aus beiden auftreten können. Bei autoinflammatorischen Erkrankungen kommt es

zu einer unkontrollierten Entzündungsreaktion durch das angeborene Immunsystem. Sie verursacht oft Fieber und kann so heftig verlaufen, dass es zu Schäden im Gewebe kommt. Bei autoimmunen Erkrankungen reagiert das erworbene Immunsystem falsch. Durch Aktivierung von Immunzellen wird das körpereigene Gewebe zerstört. Richtige Diagnose und rasche Einleitung einer fachgerechten Therapie sind für die erfolgreiche Rheumabehandlung bei Kindern entscheidend. Nur so können bleibende Schäden verhindert werden.

Bessere Therapiemöglichkeiten heute
Bereits die Diagnosestellung bedarf großer Erfahrung, weil eine kindliche Rheumakerkrankung im Anfangsstadium oft schwer zu erkennen ist. An Kinderrheuma sollte gedacht werden, wenn folgende Symptome nicht anderweitig erklärt werden können: Gelenkschwellungen mit mehr als zweiwöchiger Dauer, Gelenksversteifungen, anhaltendes Fieber, Einblutungen oder Verfärbungen der Haut, Schuppenflechte, Muskelschwäche, anhaltende Entzündungszeichen im Blut, Entzündungen im Bereich des Herzens, der Nieren und Gefäße allgemein. Kinderrheuma ist eine chronische Erkrankung. Deshalb ist meist eine jahrelange Behandlung erforderlich. Hier wechseln sich Zeiten von akuten Schüben und intensiver Therapie mit Ruhephasen ab, in denen kaum oder gar nicht behandelt werden muss. Medikamentös werden die Schmerzen mit entzündungshemmenden Mitteln behandelt. Bei dieser immunsuppressiven Therapie werden heute Medikamente eingesetzt, die nebenwirkungsarm sind. Die Grundlage bildet oft niedrig dosiertes Methotrexat, das eine Therapie ohne Nebenwirkungen über einen langen Zeitraum ermöglicht. Die Substanz gehört zu den Basistherapeutika, den sogenannten „Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs“ (DMARDs). Mit der Einführung von neuen Präparaten, den Biologika, konnte das Therapiespektrum erweitert werden. Diese gentechnisch hergestellten Substanzen können gezielt einzelne



INTERVIEW mit Professor Christof Specker

Bewegungsangebote ausbauen, Behandlung sicherstellen

Erst in den letzten Jahren konnte sich das tradierte Bild „Rheuma bedeutet körperliche Schonung“ ändern. Über die positive Wirkung der Bewegung bei Rheumatikern äußert sich Professor Christof Specker, leitender Arzt der Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie der Kliniken Essen Süd.



Herr Specker, auf dem Gebiet der inneren Medizin entscheiden sich wenige Ärzte für das Fachgebiet der Rheumatologie. Wie sind Sie zur Rheumatologie gekommen?
Das war wirklich eher Zufall oder letztlich auch Glück. Ich habe während meines Medizinstudiums der Tochter eines Rheumatologie-Professors Nachhilfeunterricht gegeben. Der Professor bot mir eine Doktorarbeit in der Rheumatologie an. Von da an hat mich das Fach nicht mehr losgelassen, es ist einfach faszinierend, spannend und anspruchsvoll.

Welche Herausforderungen erleben Sie im Alltag mit den Patienten?
Die Krankheitsbilder, die unter dem Begriff Rheuma zusammengefasst werden, sind höchst facettenreich. So war und ist es eine Herausforderung, die richtige Diagnose zu stellen, vor allem wenn die Erkrankung noch unerkannt ist. Lösungen für zuvor scheinbar unlösbare Probleme gefunden zu haben erfüllt einen dann mit Genugtuung. Nach 25 Jahren, in denen ich jetzt rheumatologisch tätig bin, hat man einen Erfahrungsschatz, von dem die Patienten profitieren. Das Ziel ist, die richtige Diagnose zu stellen und für den Patienten das Bestmögliche in der Therapie zu erreichen.

Rheuma verursacht unter anderem Schmerzen in den Gelenken. Viele Betroffene schränken daraufhin ihre Bewegungsaktivitäten ein, obwohl längst die negativen Folgen belegt sind. Welche Maßnahmen empfehlen und verordnen Sie diesen Patienten?
Zunächst muss gesagt werden: Es ist ein natürlicher Reflex, wenn Patienten ihre schmerzhaften Gelenke schonen, um

mögliche weitere Schäden zu verhindern. Das Anhalten zur aktiven, selbständigen Bewegung des Patienten ist erst sinnvoll und therapeutisch vertretbar, wenn die Symptome der Gelenkentzündung durch eine entsprechende Therapie weitestgehend abgeklungen sind. Dann wird Bewegung zu einem wichtigen Faktor, um die Gelenkfunktion, das heißt die schmerzfreie Beweglichkeit, zu erhalten oder zu steigern. Am wichtigsten ist dabei, dass Patienten lernen, ihre Krankheit zu verstehen und im Alltag mit ihr umzugehen. Das erlaubt vielen Betroffenen ein nahezu uneingeschränktes Leben, und auch körperliche Aktivität wird wieder möglich.

Welche Bewegungen und welche Sportarten eignen sich bei rheumatischen Erkrankungen besonders, um eine positive Verstärkung der medikamentösen Therapie zu erreichen?
Besonders günstig für die Gelenke sind Sportarten wie Schwimmen und Fahrradfahren, für den Rücken Schwimmen und Gymnastik. Entscheidend ist aber nicht, mit welcher Methode sich der Patient bewegt, sondern dass er sich überhaupt bewegt. Die körperliche Aktivität sollte vor allem Spaß bereiten, was auch die stärkste Motivation ist, sich regelmäßig zu bewegen. Erst dann hat es einen therapeutischen Nutzen.

Von welchen Sportarten raten Sie ab und warum?
Ungünstig sind extreme Belastungen wie Langstreckenlauf auf hartem Untergrund wegen der mechanischen Belastung der Gelenke oder Kampfsportarten wegen der hohen Verletzungsgefahr. Aber wenn ein rheumakranker Junge davon träumt, Fußball spielen zu können, dann unterstützen wir das ebenso. Allerdings nur unter der Voraussetzung, dass es die Erkrankung erlaubt und dem Patienten nicht schadet.

Können aus Ihrer Sicht die Krankenkassen eine gezieltere Unterstützung bei Diagnose und Therapie anbieten? Wie sollte diese aussehen?
Die Einbindung von Krankenkassen zur Unterstützung bei der Diagnose birgt die Gefahr von Dirigismus, der sich vermutlich eher an ökonomischen als an fachlichen Aspekten orientiert. Eine Unterstützung bei der Therapie aber kann von Krankenkassen geleistet werden, das wird in Ansätzen schon gemacht. Jedoch steckt darin viel mehr Potential. Leider stellen viele Krankenkassen Maßnahmen zur allgemeinen Kostendämpfung in den Vordergrund und nicht die Therapie, die für Patienten individuell gestaltet werden muss. Das ist oft zu kurz gedacht. Denn wenn durch zum Teil teure Therapien die Chance erhöht wird, dass Rheumakranke ein weitgehend normales Leben führen können, erspart das der Gesellschaft hohe Folgekosten.

Mit welchen Mehrkosten wären damit pro Patient zu rechnen?
Das ist sehr schwierig zu beantworten. Handelt es sich um ein verbessertes Angebot der Bewegungstherapie in Gruppen, zum Beispiel von Selbsthilfeorganisationen durchgeführt, sind es sicher nur wenige Euro pro Patient und Quartal. Wird das Angebot in ein von Rheumatologen entwickeltes Schulungsprogramm für Patienten eingebunden, in dem zusätzlich Physiotherapeuten, Psychologen und Sozialberater beteiligt sind, wird es kostenintensiver. Die Effekte sind dabei viel umfassender und nachhaltiger. Insgesamt wäre hier der Kostenaufwand deutlich geringer als im Vergleich zu den Kosten für Medikamente, krankheitsbedingten Arbeitsausfall oder vorzeitige Berentung. Bei der Kostendiskussion muss man sich darüber im Klaren sein, dass immer noch ein erheblicher Teil der



Rheumapatienten in Deutschland nicht oder nur unzureichend behandelt wird. Das heißt, Kosten, die bei einzelnen Patienten durch gezielte Bewegungsprogramme eingespart werden, können nicht den Aufwand für die sonstige fachgerechte Therapie aller Erkrankten decken. Allein die demographische Entwicklung wird eine Steigerung der Patientenzahlen und damit der Therapiekosten mit sich bringen.

Welche Maßnahmen sollten Politik und Gesetzgebung ergreifen, um eine ausreichende Versorgung für Rheumapatienten zu ermöglichen?
Seitens Politik und Gesetzgebung sollten Maßnahmen ergriffen werden, um bessere Rahmenbedingungen für die Versorgung rheumakranker Menschen zu schaffen. Dazu gehört auch, dass die Rheumatologie als Fach gestärkt wird. Das fängt bei den Möglichkeiten zur Ausbildung junger Medizinstudenten an. Vor dem Hintergrund wachsender Betroffenenzahlen ist eine bessere Repräsentation der Rheumatologie an deutschen Hochschulen wünschenswert. Sie ist sogar notwendig, will man in Zukunft genug spezialisierte Ärzte für rheumatologische Erkrankungen zur Verfügung haben. Der Rheumatologe hat die Fachkompetenz, diese komplexen Krankheitsbilder zu diagnostizieren und zu behandeln. Er benötigt als Spezialist für systemisch-entzündliche Erkrankungen des Bewegungsapparates bestimmte Instrumente wie Labor und Bildgebung, deren Einsatz und adäquate Vergütung gewährleistet sein muss: Was das Endoskop für den Gastroenterologen, ist die Labordiagnostik für den Rheumatologen.

Das Gespräch führte Anna Seidinger.

Prävention der Lyme-Borreliose



VON FRANZ-RAINER MATUSCHKA. Der Gemeine Holzbock ist deutschlandweit die am weitesten verbreitete Zecke. Diese Art kann beim Blutsaugen verschiedene gefährliche Krankheitserreger übertragen. Darunter die Erreger der Lyme-Borreliose, die am häufigsten von Zecken übertragenen Krankheitserreger in Deutschland. Zecken durchlaufen

Sommerzeit ist Zeckenzeit. Damit steigt die Gefahr, sich über eine saugende Zecke mit Lyme-Borrelie zu infizieren. Jeder kann befallen werden. Doch Prävention ist ein guter Schutz und einfach dazu.

drei Entwicklungsstadien, in denen Sie jeweils nur einmal Blut saugen. Die kleinen sechsbeinigen Larven mit einem Millimeter Größe sind noch nicht mit Lyme-Borrelie infiziert und stellen somit keine Gefahr dar. Die nur ein bis zwei Millimeter kleinen achtbeinigen Nymphen und die fünf bis sechs Millimeter großen Weibchen hingegen kön-

Gras mehr Mäuse und andere Kleinsäuger, an denen sich Zecken selbst infizieren können. Damit sind die Zecken auf diesen Flächen viel seltener Überträger von Krankheitserregern. Und schließlich kommt hinzu, dass Wiederkäuer keine geeigneten Wirte für Lyme-Borrelie sind. Besser noch: Infizierte Zecken, die an solchen Tieren saugen, verlieren diese Bakterien. Insgesamt kann damit ein über 50-fach geringeres Risiko bestehen, sich auf einer Weide mit Lyme-Borrelie zu infizieren als auf einer Brachfläche. Natürlich können nicht überall Kühe und Ziegen gehalten werden. Einfache Maßnahmen der Landschaftspflege helfen schon, um die Zahl der Zecken zu reduzieren. Auch Wiesen regelmäßig zu mähen, anschließend das Pflanzenmaterial zu entfernen oder noch besser zu mulchen wirkt.

Persönliche Vorkehrungen treffen
Am wichtigsten für die Prävention vor einer Infektion ist der persönliche Schutz. Es empfiehlt sich, lange Kleidung, festes Schuhwerk oder Stiefel zu tragen und möglichst die Socken über die Hosenbeine zu ziehen. Auf die Haut und die Kleidung aufzutragende Anti-Zeckenmittel, sogenannte Repellentien, bieten vorübergehenden Schutz. Grundsätzlich sollte man sich nach dem Aufenthalt im Freien gründlich nach Zecken absuchen. Hat sich trotz aller Vorsicht eine Zecke festgesaugt, gilt es, sie sofort vorsichtig mit einer feinen Pinzette zu entfernen und die Stelle zu desinfizieren. Je zügiger dies geschieht, desto geringer ist das Risiko. Denn das eingesaugte menschliche Blut aktiviert im Darm der Zecke vorhandene Lyme-Borrelie. Diese vermehren sich und wandern in die Speicheldrüsen, von wo aus sie auf den Menschen übertragen werden. Bis es so weit ist, muss die Zecke mindestens 36 Stunden Blut saugen. Mit diesen wenigen Maßnahmen kann jeder in ganz Deutschland – auch im Norden übertragen Zecken die Erreger der Lyme-Borreliose – einer solchen Infektion vorbeugen.

Professor Dr. Franz-Rainer Matuschka, Abteilung Parasitologie, Institut für Pathologie, Charité Universitätsmedizin Berlin

nen gefährlich sein. Denn diese können sich bei einer vorigen Blutmahlzeit an Mäusen oder Vögeln infiziert haben. Saugen sie anschließend am Menschen, besteht das Risiko einer Übertragung von Borrelie.

Lokale Unterschiede
Aktiv sind die Plagegeister vom zeitigen Frühjahr an, sobald die Temperatur für mehrere Tage fünf Grad übersteigt oder gar zweistellige Werte erreicht, bis in den späten Herbst hinein. Das Infektionsrisiko ist dabei lokal sehr unterschiedlich. Mancherorts ist jede zweite Zecke, andernorts nur jede zwanzigste oder gar hundertste infiziert. Die Gründe für diese Unterschiede werden zunehmend besser erforscht. Es ist maßgeblich der Mensch, der mit seiner Umwelt auch die Häufigkeit und die Verbreitung von Zecken beeinflusst. So gibt es auf beweideten und bewirtschafteten Wiesen viel weniger Zecken, weil diese für die feuchteliebenden Zecken unwirtlich werden. Zudem fangen Greifvögel im kurzen

IMPRESSUM

Rheuma – die unbekannte Volkskrankheit
Verlagsbeilage
Frankfurter Allgemeine Zeitung
© Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH
Hellerhofstraße 2–4
60327 Frankfurt am Main, 2011
Verantwortlich für den redaktionellen Inhalt:
Anna Seidinger
Anna Seidinger Consulting
Medien Medizin Marketing
Barystraße 10
81245 München
Verantwortlich für Anzeigen:
Andreas Formen (Verlagsgeschäftsführer);
für Anzeigenproduktion: Stephan Puls
Weitere Detailangaben siehe Politik, Seite 4
Verwendete Fotos:
Alle Fotos von fotolia.com; S. B2 (Robert Kneschke, Sebastian Kaulitzki; S. B4 (Bronwyn Photo, Marzanna Szymercz); S. B5 (Markus Kauf, Carsten Stolze, wildworx); S. B6 (Andrey Sheldunov)



Wieder in Bewegung

www.rheuma-therapie.net

Chugai Pharma Marketing Ltd.
60528 Frankfurt am Main
www.chugaipharma.de

Roche Pharma AG
79630 Grenzach-Wyhlen
www.roche.de



INTERVIEW mit Professorin Erika Gromnica-Ihle

Lebenssituation von Rheumakranken verbessern

Als Präsidentin der Rheuma-Liga leitet Professorin Erika Gromnica-Ihle mit 260 000 Mitgliedern die größte Patientenorganisation in Deutschland. Im Interview spricht sie über Ziele zur Verbesserung der Situation rheumakranker Menschen.



Frau Gromnica-Ihle, Sie waren Jahrzehnte auf dem Gebiet der Rheumatologie tätig und kennen die Forschung ebenso wie die Perspektive als praktizierende Ärztin. Seit drei Jahren sind Sie für die Deutsche Rheuma-Liga verantwortlich. Was war Ihre Motivation für diesen Schritt?
Für mich bedeutet Arztsein nicht nur, Patienten medizinisch zu behandeln, sondern auch die Belange der Kranken zu vertreten, um ihre Lebenssituation zu verbessern. Das war und ist Intention der Gründung von Patienten-Interessenvertretungen. Ganz unabhängig, ob es sich dabei um regionales oder überregionales Engagement handelt. Meine jetzige Arbeit im Bundesverband der Rheuma-Liga und ebenso die frühere Tätigkeit im Vorstand der Fachgesellschaft der Rheumatologen verstehe ich vor allem als Auftrag. Und dieser lautet: Mit meinen Erfahrungen und entsprechender Sachkenntnis dazu beitragen, dass die Versorgungssituation der an Rheuma erkrankten Menschen verbessert wird.

Welche Ziele verfolgen Sie neben der klassischen Selbsthilfe?
Ein Ziel ist, dass wir uns Gehör in der breiten Öffentlichkeit verschaffen. Millionen Menschen in Deutschland sind von rheumatischen Erkrankungen betroffen, darunter Kinder, Jugendliche, Erwachsene, die mitten im Leben stehen, und Senioren. Für diese muss in der Forschung und in der medizinischen Versorgung mehr getan werden. Das Bewusstsein für Rheumakranke in der Bevölkerung und bei Entscheidungsträgern zu schärfen ist eine große Herausforderung. Die Rheuma-Liga erwartet von der Politik, dass Entscheidungen nicht über den Kopf der Betroffenen hinweg getroffen werden. Ein weiteres Ziel ist der Ausbau von Serviceleistungen für Patienten. Dazu zählen bewegungstherapeutische Angebote, Information und Training zum Umgang mit der Erkran-

kung. Neben diagnosespezifischen Schulungsprogrammen, deren Umsetzung bundesweit angestrebt wird, läuft für strukturierte Patienten-Informationsangebote (StruPI) in rheumatologischen Praxen gerade die Pilotphase. Aktuell entwickeln wir Selbstmanagement-Kurse für Rheumakranke. Dahinter steckt das Ziel, Patienten zu befähigen, ihre chronische Erkrankung im Alltag besser zu managen.

Zwei Projekte, die von der Rheuma-Liga angeboten werden, heißen Patient-Partners und Rheuma-Lotse. Was verbirgt sich dahinter und welche Erfolge konnten bislang erreicht werden?
Beim „Patient-Partners“-Konzept werden gut informierte Patienten in die Aus- und Weiterbildung von Studierenden und Hausärzten einbezogen. Sie sind Bestandteil der Fortbildung für Ärzte und veranschaulichen den Mediziner, was aus Sicht der Betroffenen für die Behandlung entscheidend ist. Der Arzt soll ein Verständnis dafür entwickeln, was den Patienten in seinem Leben mit Rheuma bewegt. Die Patient-Partners vermitteln auch, wie der Arzt mit Betroffenen sprechen muss, damit der Laie die Sprache des Mediziners versteht. Hausärzte und Studierende sind hoch zufrieden mit dem Konzept. Besonders freut uns natürlich, wenn sich der medizinische Nachwuchs für die Rheumatologie als Fachrichtung interessiert. Das Modellprojekt „Rheuma-Lotse“ wurde im Januar 2010 gestartet und etabliert sich derzeit. Ziel der Rheuma-Lotsen ist die Begleitung von Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen durch das Versorgungssystem. Es geht um eine optimale Steuerung der Patienten im Behandlungsgeschehen. Die Rheuma-Lotsen stehen dem Betroffenen zur Seite und koordinieren den Prozess – vom Zeitpunkt der Diagnose über die Behandlung bis zur Rehabilitation. So können Wege beschleunigt und Ziele für Patienten schneller erreicht werden. Das führt zu Entlastung der Leistungsempfänger, aber auch auf Seiten der Leistungserbringer.

Diagnose und Therapie sind bei rheumatischen Erkrankungen durchaus komplex und können die Kenntnisse eines Spezialisten erfordern. Wie gehen Patient und Hausarzt damit am besten um?
Grundsätzlich ist die erste Anlaufstelle für einen Kranken mit Gelenksbeschwerden immer sein Hausarzt. Doch der Einbezug des Spezialisten bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen muss rechtzeitig erfolgen. Mehr als zwei geschwollene Gelenke, morgens eine starke Gelenksteifigkeit, die länger als 60 Minuten andauert, und das Bestehen dieser Symptomatik über einen Zeitraum von sechs Wochen: das erfordert eine differenzierte Diagnostik durch den Rheumatologen. Die Behandlung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sollte zunächst in den Händen eines Facharztes liegen. Die laufenden Kontrollen können dann in der Regel vom Hausarzt durchgeführt werden. Eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmediziner und Rheumatologen in einzelnen Regionen wird von einigen Krankenkassen gefördert. Auch Qualitätszirkel zwischen den Ärztesgruppen tragen dazu bei, die Versorgung von rheumakranken Patienten zu optimieren. Die bessere Vernetzung der einzelnen Versorgungsbereiche, auch ambulant und stationär, gilt als übergeordnetes Ziel.

Was kann der Patient selbst tun, um mit solch einer chronischen Erkrankung möglichst gut zu leben?
Wichtig ist, dass der Betroffene gut informiert ist und weiß, worauf es bei der chronischen Erkrankung ankommt. Nur der geschulte Patient kann die Behandlung verstehen und Therapieschritte nachvollziehen. Das Wissen um die Erkrankung ist Voraussetzung dafür, den Alltag trotz möglicher körperlicher Einschränkungen zu bewältigen und Folgen zu vermeiden. Auf das Rauchen sollte jeder Rheumatiker unbedingt verzichten. Denn mit jeder Zigarette werden toxische Substanzen freigesetzt, die den Entzündungsprozess fördern. Das ist ein Grund, warum mehr Raucher an rheumatoider Arthritis leiden als Nichtraucher. Rheumakranke Raucher sprechen auch schlechter auf die medikamentöse Behandlung an.

Unerlässlich für den Rheumakranken ist Bewegung. Das kräftigt die Muskulatur, erhöht die Beweglichkeit der Gelenke und hat einen positiven Effekt auf das Herz-Kreislauf-System. Die Regionalverbände der Rheuma-Liga bieten ein Funktionstraining in Gruppen an, das der Arzt außerhalb des Heilmittelbudgets verordnen kann. Bewegungsprogramme sind für Betroffene oft eine Hilfe, den Weg aus der Isolation oder gar Depression zu finden. Die Patienten sollten zudem auf eine gesunde Ernährung achten, um die Gelenke durch Übergewicht nicht unnötig zu belasten. Außer bei Gichtkranken, wo die Ernährung strengerer Regeln folgt, wird bei Rheuma die mediterrane Kost empfohlen. Sie enthält viel Fisch, Gemüse, Obst und Hülsenfrüchte. Vom Verzehr hoher Mengen an Schweinefleisch und tierischer Fette wird abgeraten.

Ihre letzten Kampagnen richteten sich gegen gängige Vorurteile der Erkrankung und für eine bessere Früherkennung. Mit welcher neuen Initiative starten Sie im Oktober?
Zum Weltreuma-Tag startet die Rheuma-Liga die Kampagne „Aktiv gegen den Rheumaschmerz“. Das Motto, da sind wir uns mit allen beteiligten Partnern einig, muss lauten: Rheuma braucht Bewegung! Zu viele Betroffene haben bei Krankheitsbeginn ihre sportlichen Aktivitäten aufgegeben und sind nach Besserung der körperlichen Beschwerden inaktiv geblieben. Die Mobilität wiederherstellen ist ein Thema. Hier müssen noch Barrieren abgebaut werden. Manche Patienten befürchten, den kranken Gelenken durch Aktivität eher mehr zu schaden. Wir wissen heute, dass genau das Gegenteil der Fall ist. Eine starke Muskulatur hilft den kranken Gelenken. Der Gelenksituation angepasste Bewegung wie Nordic Walking, Schwimmen oder Tanzen und gezieltes Aufbautraining der Muskeln verbessern die Gelenkfunktion.

Das Gespräch führte Anna Seidinger.

RHEUMA & BERUF:

Abbott engagiert sich

DR. STEFAN SIMIANER, MEDICAL DIRECTOR ABBOTT

Rheumatische Erkrankungen stehen noch immer im Ruf überwiegend die ältere Generation zu betreffen. Häufig erkranken aber auch junge Menschen an entzündlichen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates – und leiden unter erheblichen Einschränkungen in Alltag, Freizeit und Beruf.

Der gravierende Einfluss von Rheuma auf die Arbeitsfähigkeit ist heute hinreichend dokumentiert. Aktuell geben rund 5 Prozent der Berufstätigen mit Rheuma im ersten Jahr ihrer Erkrankung und rund 20 Prozent nach drei Jahren ihren Arbeitsplatz auf.¹⁻³ Unter solchen massiven Auswirkungen leiden letzten Endes nicht nur die Betroffenen selbst: auch Arbeitgeberern geht wertvolles Know-How durch krankheitsbedingte Ausfälle verloren.

Neben einer frühen Diagnose und einer effektiven Therapie sollten daher weitere Weichen gestellt werden. Dazu zählt: mehr Verständnis für die Bedürfnisse der Erkrankten zu schaffen und diesen mit geeigneten Maßnahmen am Arbeitsplatz Rechnung zu tragen.

Deshalb hat Abbott ein betriebliches Eingliederungsmanagement eingeführt. Unsere Erfahrung zeigt, dass oft leichte Veränderungen am Arbeitsplatz ausreichen, um Ausfallzeiten vorzubeugen und die Arbeitsfähigkeit des Kollegen zu erhalten. Mit umfangreichen Präventionsangeboten und Gesundheitsaktionen engagiert sich Abbott darüber hinaus frühzeitig für eine gesunde Zukunft seiner Mitarbeiter.

Einfluss der Ernährung auf rheumatische Erkrankungen

Bei vielen Zivilisationskrankheiten werden die Effekte einer speziellen Ernährung diskutiert. Das ist auch bei Rheuma so. Hier hat die Wissenschaft gezeigt, dass die Entzündung durch Ernährung zu beeinflussen ist.

VON OLAF ADAM. Was Rheuma mit anderen Zivilisationskrankheiten verbindet, ist eine gemeinsame Grundlage: Entzündungsprozesse, die im Körper Schaden anrichten. Sie sind Ursache von Rheuma, Arteriosklerose, verschiedenen Darmkrankheiten und manchen Krebsarten. Dafür mitverantwortlich gemacht werden die steigende Belastung mit Sauerstoffradikalen durch Umweltfaktoren, Lebensstil und Ernährung. Hier scheint es im übertragenen Sinne so zu sein, dass die Ernährung das Brennmaterial liefert und andere Faktoren der Funken sind, mit dem das Feuer entfacht wird.

Arachidonsäure fördert die Entzündung
Die Forschung zu entzündungsfördernden Nährstoffen hat mit der Untersuchung des Stoffwechsels der Linolsäure, einer für den Menschen lebenswichtigen Omega-6-Fettsäure, vor etwa 30 Jahren begonnen. Alle Tiere können aus Linolsäure die Omega-6-Arachidonsäure bilden. Sie ist notwendig für Blutgerinnung, Magenschutz, Nieren- und Lungenfunktion. Befindet sich in der Nahrung zu viel Arachidonsäure, zum Beispiel wenn man viel fettes Fleisch, Wurst, Eigelb oder Käse isst, so erhöht sich der Spiegel der Arachidonsäure im Körper. Überschreitet der Spiegel eine gewisse Höhe, dann steigt die Wahrscheinlichkeit, eine der Entzündungserkrankungen zu bekommen. Die Doppelbindungen der Kohlenstoffatome in der Molekülkette von Arachidonsäure können leicht oxidieren. Durch Sauerstoffradikale wird die Arachidonsäure in äußerst potente Entzündungsstoffe umgewandelt, in sogenannte Eikosanoide.

Mehr fetter Fisch und pflanzliche Kost
Ein Forschungsergebnis ist, dass die Konzentration von Arachidonsäure im Blut und in den Entzündungszellen sinkt, sobald eine Umstellung der Ernährung mit rein pflanzlichen Fetten erfolgt. Das gilt biochemisch als Nachweis, dass eine pflanzlich basierte oder vegetarische Kost entzündungshemmende Eigenschaften hat. Vegetarier und Veganer verzichten auf Fleisch von toten Tieren. Im Gegensatz zum Veganer, der sämtliche tierischen Produkte

ablehnt, nimmt der Vegetarier aber solche auf, zum Beispiel Eier, Milch und Butter.

Die fleischreiche Nahrung in westlichen Industrienationen hat den Nachteil, dass sie drei- bis viermal so viel Arachidonsäure enthält, wie der Körper gebrauchen kann. Der tägliche Bedarf liegt unter 100 Milligramm.

Norwegische Küstenbewohner, japanische Fischer und Grünlandeskimos sind da besser dran, denn sie haben einen hohen Fischverzehr. Sie leiden deshalb seltener an Erkrankungen mit entzündlicher Ursache. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass bei Rheuma durch die Aufnahme von Fischölfettsäuren eine Besserung zu erwarten ist. Damit kann zusätzlich dem Entstehen einer Arteriosklerose und den Folgen für das Herz-Kreislauf-System vorgebeugt werden. Fisch gehört auf den Tisch, am besten zwei- bis dreimal wöchentlich und in Form von fettem Meeresfisch, wie Hering, Lachs oder Makrele. Diese sind reich an wertvollen Omega-3-Fettsäuren, die der Entzündung entgegenwirken. Negative Folgen des Fleischverzehrs sind erst zu erwarten, wenn man durchschnittlich mehr als 80 Milligramm Arachidonsäure pro Tag zu sich nimmt. Diese Menge wird zum Beispiel mit zwei Fleischmahlzeiten und zwei Eiern pro Woche und täglich einem halben Liter fettreduzierter Milch gedeckt. All das sind Richtlinien für die Ernährung bei Rheuma, die im Einzelfall und in Abhängigkeit zu bestehenden Begleiterkrankungen variieren können. Die Maßnahmen zur ernährungstherapeutischen Regulation sollten Betroffene im Vorfeld mit Experten abstimmen.

Nahrungsergänzung kann Option sein
Das Entzündungspotential der Arachidonsäure kann prinzipiell durch Aufnahme von Antioxidantien reduziert werden. Bei Rheumapatienten sind die Möglichkeiten der Entzündungsabwehr begrenzt, weil die natürlich vorhandenen Antioxidantien in der Gelenkflüssigkeit fast regelhaft vermindert sind. Allerdings hat Nahrungsergänzung in Form von Supplementen mit verschiedenen Antioxidantien bislang keine oder nur marginale Erfolge erzielt. Dagegen sind die Effekte einer gesunden Ernährung sowohl in der Prävention als auch in der Therapie nicht zu bezweifeln. Die Supplementierung mit sehr hohen Dosen eines Antioxidanz erwies sich in Metaanalysen sogar als schädlich. Das ist auch erklärbar: Wird ein Antioxidanz wie Vitamin E in hoher Dosierung gegeben, werden Sauerstoffradikale an das Vitamin gebunden. Somit wird es selbst zum schädlichen Radikal. Hier ist wichtig, dass der Patient keine Supplemente unkontrolliert einnimmt. Die Art und Menge des Bedarfs ist individuell, deshalb sollte die Nahrungsergänzung nicht ohne fachliche Rücksprache erfolgen. Der Benefit einer auf die Rheumakerkrankung zugeschnittenen Ernährung ist wissenschaftlich nachgewiesen. Darum sollte die Ernährungstherapie immer ein Bestandteil der Behandlung sein.

Professor Dr. med. Olaf Adam, Ernährungsmedizin, Ludwigs-Maximilians-Universität München