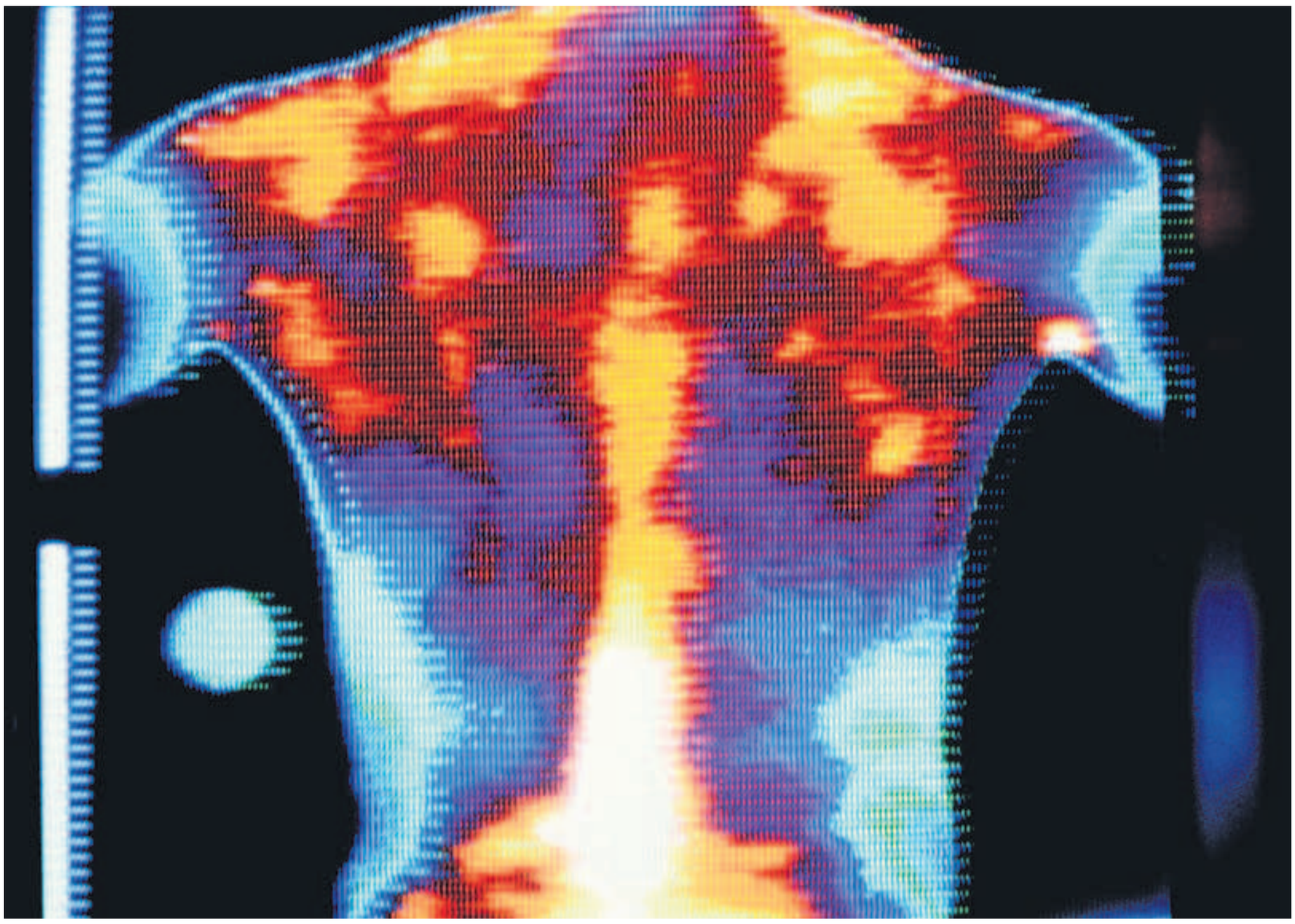
RHEUMA

Beilage in Kooperation mit Gesundheitsstadt Berlin e. V.

SONNABEND, 6. APRIL 2013 / NR. 21 651 DER TAGESSPIEGEL SEITE B1



Im Thermogramm sichtbar gemacht. *Es gibt mehrere hundert verschiedene Formen von Rheuma. Ihre Folgen sind vielfältig – und werden von Patienten und Mitmenschen oft unterschätzt.* *Foto: SPL/Agentur Focus*

Erfolge im Kampf gegen die Schmerzen

Bei der Behandlung von Rheuma wurde einiges erreicht. Trotzdem gelangen viele Patienten immer noch zu spät zum Facharzt

Von Anne Volkmann

Vieles hat sich in den letzten Jahren in der Behandlung von Rheuma getan. Zwar gibt es bei einigen rheumatischen Erkrankungen wie dem Fibromyalgie-Syndrom oder der Arthrose nach wie vor keine oder kaum wirksame Medikamente, doch bei anderen Erkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis hat die Therapie geradezu revolutionäre Fortschritte gemacht. Durch ein besseres Verständnis der immunologischen Vorgänge wurden neue Therapieansätze entwickelt, die es zulassen, die entzündlichen Erkrankungen wirksamer zu behandeln.

Doch was ist Rheuma überhaupt? Für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist es der Überbegriff für alle Erkrankungen, die an den Bewegungsorganen (Gelenken, Wirbelsäule, Knochen, Muskeln und Sehnen) auftreten und fast immer mit Schmerzen und häufig mit Bewegungseinschränkungen verbunden sind. Viele rheumatische Krankheiten betreffen aber nicht nur das Bewegungssystem; je nach Krankheitsbild können auch die Haut, die inneren Organe oder das Nervensystem beteiligt sein. Je nachdem, welche Erkrankungen man dazurechnet, sind in Deutschland zwischen neun und 20 Millionen Menschen betroffen.

Betroffen sind zwischen neun und 20 Millionen Deutsche – auch Kinder und Jugendliche

Es gibt mehrere hundert verschiedene Formen von Rheuma – dazu gehören auch Erkrankungen, die äußerst selten sind. Das Spektrum reicht von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis über degenerative Gelenkerkrankungen wie der Arthrose bis hin zu Stoffwechselerkrankungen wie der Gicht und rheumatischen Schmerzkrankheiten („Weichteilrheumatismus“) wie der Fibromyalgie. Am häufigsten vertreten ist die rheumatoide Arthritis, eine chronisch verlaufende Autoimmunerkrankung, die Gelenke, Sehnen, Muskeln und innere Organe angreifen kann. Auch junge Erwachsene und sogar Kinder sind von rheumatischen Erkrankungen betroffen. Insbesondere entzündlich-rheumatische Erkrankungen wie die juvenile idiopathische Arthritis können schon im Kleinkind- sowie auch im Kindes- und Jugendalter auftreten. In Deutschland sind etwa 15 000 Kinder an Rheuma erkrankt.

Die Folgen von Rheuma sind vielfältig und werden zudem von vielen Menschen unterschätzt. Neben Schmerzen und Bewegungseinschränkungen sind Müdigkeit und Erschöpfung häufige Begleiterscheinungen. Da sie von der Umwelt aber nicht immer wahrgenommen werden, fehlt manchmal das Verständnis der Mitmenschen dafür, dass ein Betroffener beispielsweise mehr Pausen benötigt als andere Menschen oder generell weniger belastbar ist. Auch der ganze Körper kann von der Krankheit in Mitleidenschaft gezogen werden. So ist die chronische Entzündung bei der rheumatoiden Arthritis beispielsweise ein ernst zu nehmender Risikofaktor für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Auch auf die Arbeitssituation kann Rheuma Auswirkungen haben. Es steht nach Angaben des statistischen Bundesamtes nicht nur mit über 25 Milliarden Euro jährlich auf Platz drei der Liste der teuersten Krankheiten, sondern führt auch die Statistik der Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland an. Wie die Kerndokumentation der Regionalen Kooperativen Rheumazentren aus dem Jahr 2011 ergab, sind rund die Hälfte der von Rheuma betroffenen Patienten im erwerbsfähigen Alter berentet – und das, obwohl viele arbeiten wollen, wie Erika Gromnica-Ihle, Rheumatologin und Präsidentin des Bundesverbandes der Deutschen Rheuma-Liga e. V., betont.

Doch viele Patienten und auch die Arbeitgeber sind nicht ausreichend über ihre Möglichkeiten informiert. Häufig fehlen Kenntnisse, welche finanziellen Unterstützungen ein Arbeitgeber beispielsweise für den Umbau des Arbeitsplatzes erhalten könnte. Fragen, wie sich Arbeitsplatz oder -situation verändern lassen, sollten im Idealfall auch in den Arztpraxen angesprochen werden. Doch dafür wäre mehr Zeit nötig, als die meisten Ärzte haben. Trotz Verbesserung der Situation sind immer noch zu wenige Rheumatologen für zu viele Patienten zuständig. Auch Gromnica-Ihle erklärt: „Wir haben deutschlandweit einen Mangel an Rheumatologen.“

Und doch können viele Rheumapatienten heute Hoffnung haben. Zwar ist eine Heilung noch immer nicht möglich, aber das Behandlungsziel der kompletten Beschwerdefreiheit ist insbesondere bei der rheumatoiden Arthritis für viele Patienten erreichbar geworden. Neben der Behandlung durch nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR), Kortisonpräparate und den sogenannten Basistherapeutika stehen hier seit einigen Jahren auch Medikamente aus der Gruppe der Biologika (TNF-alpha-Hemmstoffe wie Abatacept, Adalimumab, Etanercept, Infliximab oder Rituximab) zur Verfügung. Experten erklären, dass mittlerweile in vielen Fällen ein „heilungsähnlicher Zustand“ erreicht werden kann.

Andere Medikamente wie die sogenannten Kinasehemmer stehen für die Behandlung der rheumatoiden Arthritis kurz vor der Zulassung. Weitere innovative Behandlungsansätze werden derzeit erforscht. Auch die Grundlagenforschung macht Fortschritte und arbeitet etwa daran, das „pathologische Gedächtnis“ der Immunzellen auszulöschen, um die Angriffe des Immunsystems auf den eigenen Körper zu stoppen.

Damit die bisher erreichten Erfolge aber auch optimal von den Patienten genutzt werden können, ist eine frühzeitige Behandlung notwendig. „Wenn Patienten sehr früh, das heißt innerhalb des ersten Jahres, diagnostiziert werden, ist bei etwa der Hälfte der Betroffenen eine vollständige Remission möglich, das heißt, wir finden dann keine oder kaum Krankheitsaktivität mehr“, erklärt Andreas Krause, Chefarzt der Abteilung Rheumatologie und Klinische Immunologie der Klinik für Innere Medizin am Immanuel-Krankenhaus in Berlin. Bei den anderen Patienten sei durch eine adäquate Therapie zumindest eine niedrige Krankheitsaktivität möglich. Doch eine frühzeitige Behandlung – und damit ist gemeint, möglichst innerhalb von drei Monaten nach Auftreten der ersten Symptome einen Rheumatologen aufzusuchen – ist oft nicht gegeben. Da es zu wenig internistische Rheumatologen gibt, gelangen nach wie vor viele Betroffene zu spät zu einem Facharzt.

Verbessert hat sich die Lage in den vergangenen Jahren unter anderem durch die speziellen Frühsprechstunden, die es an mehreren Kliniken gibt, sowie durch gesonderte Vereinbarungen, wie sie von der AOK gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin getroffen wurden. Ziel dieser Verträge ist die geregelte schnelle Zuweisung von einem rheumatologisch verantwortlichen Arzt zu einem Schwerpunktrheumatologen, sobald eine akute Gelenkschwellung auftritt. Innerhalb von 14 Tagen sollten Patienten dann einen Termin beim Rheumatologen erhalten. Wird tatsächlich eine entzündlich-rheumatische Erkrankung diagnostiziert, wird der Patient durch den Rheumatologen in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt weiterbehandelt. Dieser Zugang und die Aufgabenverteilung sind vertraglich geregelt.

Verbessert hat sich die Lage durch Frühsprechstunden an mehreren Kliniken

Der Patient sollte sich jedoch nicht nur auf die Medizin verlassen – auch er selbst kann viel zu seiner Gesunderhaltung beitragen. Studien zeigen immer wieder, dass die Kompetenz des Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung einen wichtigen Faktor für seinen Gesundungsprozess darstellt. So ist beispielsweise Bewegung äußerst wichtig, wird aber bisher von vielen vernachlässigt. Auch eine gesunde Ernährung kann helfen, den allgemeinen Gesundheitszustand zu befördern. In Berlin gibt es auch außerhalb der ärztlichen Praxen eine Reihe von Möglichkeiten, sich über den Umgang mit der Erkrankung zu informieren. Neben Selbsthilfegruppen bietet etwa die Deutsche Rheuma-Liga Kurse zur Schmerzbewältigung, Bewegungstherapie oder Möglichkeiten zur aktiven Freizeitgestaltung an.

ADRESSEN & KONTAKTE

Anlaufstellen in Berlin

RHEUMATOLOGEN

www.dgrh.de/wegweiser.html
Rheumatologensuche auf der Website der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

www.jameda.de
Arztsuche Jameda (mit den Begriffen „Rheumatologe“ und „Berlin“)

FRÜHSPRECHSTUNDEN

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Gastroenterologie, Infektiologie und Rheumatologie, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin, Tel.: 030/450-514342

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie/Klinische Immunologie, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Tel.: 030/450-513061

Immanuel-Krankenhaus Rheumaklinik Berlin-Wannsee, Königstr. 63, 14109 Berlin, Tel.: 030/805050

Schlosspark-Klinik, Heubnerweg 2, 14059 Berlin, Tel.: 030/3264-0

Immanuel-Krankenhaus Rheumaklinik Berlin-Buch, Karower Str. 11,13125 Berlin, Tel.: 030/94792370

Universitätskinderklinik Charité, SPZ-Rheumatologie, Augustenburger Pl. 1, 13353 Berlin, Tel.: 030/450566528

GESONDERTE VERTRÄGE

Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der AOK Berlin, Kontakt: AOK Nordost, 14456 Potsdam, Tel.: 0800/2650800

Versorgungsvertrag zwischen Schlosspark-Klinik und Fontana-Klinik Bad Liebenwerda, Kontakt: Schlosspark-Klinik, Heubnerweg 2, 14059 Berlin, Tel.: 030/3264-0

BERATUNGSSTELLEN

SEKIS – Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle, Datenbank mit zahlreichen Selbsthilfegruppen, Beratung durch Sozialarbeiter, Bismarckstr. 101, 10625 Berlin, Tel.: 030/8926602;

Deutsche Rheuma-Liga Berlin e.V., Mariendorfer Damm 161a, 12107 Berlin, Tel.: 030/32290290

EDITORIAL

Wettlauf gegen die Zeit

Von Ulf Fink

Rheuma hat viele verschiedene Formen. Mediziner schätzen, dass es mehrere hundert unterschiedliche Erkrankungen sind. Gemeinsam ist ihnen, dass es sich um eine Störung des Immunsystems handelt. Kennzeichen dieser sogenannten Autoimmunerkrankungen ist ein selbstzerstörerischer Prozess, bei dem die Zellen des Immunsystems den eigenen Körper angreifen. So kommt es zu chronischen Entzündungen. Wenn diese Prozesse begonnen haben, ist oftmals eine komplette Heilung nicht mehr möglich. Deshalb ist es besonders wichtig, dass die Patienten möglichst frühzeitig bei einem Rheumatologen vorstellig werden. Nur so kann zumindest ein heilungsähnlicher Zustand erreicht werden, da die Entzündungsprozesse nicht schon mit der Zerstörung beispielsweise der Gelenke begonnen haben.

Foto: privat

Ulf Fink

In Berlin haben wir ein breites Angebot in der Versorgung. Es gibt rheumatologische Fachkliniken, rheumatologische Einrichtungen in der Charité und Rheuma-Ambulanzen. Die meisten Rheumapatienten werden ambulant betreut. Zum Glück gibt es in Berlin in den letzten Jahren einen Anstieg bei den niedergelassenen fach- und hausinternistischen Rheumatologen, auch wenn der von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie geforderte Versorgungsgrad noch nicht erreicht wird. Niedergelassene Rheumatologen arbeiten aber zum Beispiel mit Früharthritissprechstunden, um die Patienten rechtzeitig zu versorgen. Auch Sondervereinbarungen, wie mit der hiesigen AOK, helfen bei einer frühzeitigen Behandlung der Patienten.

Besonders stolz bin ich darauf, dass wir in Berlin eine sehr breite Selbsthilfebewegung (SEKIS) entwickelt haben, die ich als ehemaliger Gesundheitssenator Anfang der 80er Jahre finanziell mitaufbauen durfte. Hierunter befinden sich mittlerweile sehr viele Rheuma-Selbsthilfegruppen. Bei den komplexen Verläufen rheumatischer Erkrankungen gilt es besonders, die Patientenkompetenz zu stärken und für den Genesungsprozess zu nutzen. Der Austausch unter Betroffenen ist dabei ein zentraler Baustein. Auch die Deutsche Rheuma-Liga, 1970 gegründet und heute die größte Selbsthilfeorganisation im Gesundheitsbereich, unterstützt mit herausragendem Engagement Rheumapatienten.

Eine große Erfolgsgeschichte Berlins ist überdies das Deutsche Rheuma-Forschungszentrum, welches ich 1988 mitgegründet habe und das heute Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft ist. Das Institut erforscht die grundlegenden Zusammenhänge zur Entstehung rheumatischer Erkrankungen – die Fehlreaktionen des Immunsystems mit der Entstehung chronischer Entzündungen. Das Rheuma-Forschungszentrum ist international sehr angesehen und stärkt den Ruf Berlins als führende Gesundheitsstadt.

In dieser redaktionellen Beilage, die der Verein Gesundheitsstadt Berlin in bewährter Kooperation mit dem Tagesspiegel umsetzt, finden Sie viele nützliche Anregungen und Hinweise rund um das Thema Rheuma.

— Der Autor ist Vorsitzender des Vorstands von Gesundheitsstadt Berlin e.V.

INHALT

FIT FÜR DEN ALLTAG **B2**
Moderne Rheumatherapie kann Beschwerden eindämmen. Welches Mittel angewendet wird, hängt vom Krankheitsverlauf ab.

SCHWERER START **B2**
Schon Kinder erkranken an Rheuma – von Eltern zunächst oft unbemerkt.

SUCHE NACH HEILUNG **B3**
Bei Arthritis greifen krankhafte Zellen die Gelenke an – neue Therapien sollen diesen Mechanismus stilllegen.

SINNVOLL VORBEUGEN **B4**
“Medikamente sind nicht alles“ – die Medizinerin Erika Gromnica-Ihle über die Bedeutung einer frühzeitigen Behandlung und den Umgang mit einer Rheumaerkrankung.

SPORT LINDERT SCHMERZEN **B4**
Bewegung unterstützt die Behandlung.

THERAPIE UND FORSCHUNG *Fortschritte und Perspektiven bei der Behandlung*

Die Folgen im Griff

Moderne Rheumatherapie kann Beschwerden eindämmen. Welches Mittel angewendet wird, hängt vom Krankheitsverlauf ab

Von Andreas Krause

Für die Behandlung rheumatischer Erkrankungen stehen mittlerweile wirksame Therapiemöglichkeiten zur Verfügung, so dass insbesondere bei frühem Erkennen eine effektive Behandlung möglich ist. Da die Ursache der meisten Erkrankungen noch immer nicht bekannt ist, kann die moderne Rheumatherapie zwar keine Heilung anbieten, doch weitestgehende Beschwerdefreiheit, Erhalt der Beweglichkeit und Verhinderung von dauerhaften Schäden und Folgeerkrankungen sind inzwischen realistische Behandlungsziele.

Die zur medikamentösen Rheumatherapie eingesetzten Substanzen lassen sich in vier Gruppen einteilen: kortisonfreie Antirheumatika, Kortisonpräparate, Basistherapeutika und Biologika. Die kortisonfreien Antirheumatika (Lateinisch: nicht steroidale Antirheumatika, abgekürzt NSAR) wirken nicht nur schmerzlindernd, sondern auch entzündungshemmend. Da sie aber den Krankheitsverlauf langfristig nicht positiv beeinflussen, sind sie zur Langzeitbehandlung nicht geeignet. Einzige Ausnahme stellen die sogenannten Spondylarthritiden dar, die rheumatischen Erkrankungen mit Befall der Wirbelsäule und des Beckens (etwa Morbus Bechterew). Hier ist eine NSAR-Therapie häufig in der Lage, die Versteifung der Wirbelsäule zumindest zu verzögern. Mögliche Nebenwirkungen betreffen insbesondere den Magen-Darm-Trakt. Deshalb werden NSAR häufig mit einem Magenschutzpräparat kombiniert. Eine bessere Magenverträglichkeit besitzt eine Untergruppe der NSAR, die sogenannten Coxibe. Bei längerfristiger Anwendung von NSAR ist auch auf die Nierenfunktion und eine mögliche Erhöhung des Risikos von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu achten.

Unentbehrlich für die Behandlung vieler Rheumaerkrankungen sind Kortisonpräparate (Glukokortikoide), die stark entzündungshemmend wirken. Zu Therapiebeginn sowie in akuten Entzündungsschüben kann mit Kortison häufig eine rasche und zuverlässige Besserung erreicht werden. Im Gegensatz zu ihrem schlechten Ruf sind Glukokortikoide in der Kurzzeitanwendung auch höher dosiert sehr gut verträglich, wobei allerdings auf Blutzucker, Blutdruck und Augeninnendruck geachtet werden muss. Alternativ zur systemischen Gabe kann Kortison auch gezielt in entzündete Gelenke, Schleimbeutel und Sehnenscheiden gespritzt werden, oft mit herausragendem Therapieerfolg. Problematisch ist die Langzeitanwendung von Kortison, auch schon in mittleren Dosierungen. Mögliche Folgen sind unter anderem Gewichtszunahme, ein rundes Gesicht, dünne Haut, Störungen des Zucker- und Fettstoffwechsels, grauer und grüner Star sowie Osteoporose.

Um rheumatische Erkrankungen auch langfristig mit guter Verträglichkeit behandeln zu können, wurden die sogenannten Basistherapeutika entwickelt. Sie werden insbesondere zur Behandlung von Gelenkentzündungen bei klassischem Gelenkrheuma (rheumatoide Arthritis), aber auch bei vielen anderen rheumatischen Erkrankungen eingesetzt. Basistherapeutika zeichnen sich durch eine effektive Hemmung des Entzündungsprozesses aus. Vielfach werden Schädigungen, wie etwa die Zerstörung eines entzündeten Gelenks, erheblich verzögert oder sogar komplett verhindert. Langzeitfolgen treten sehr viel seltener auf, insbesondere die bei Rheumatikern frühzeitig und vermehrt auftretenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

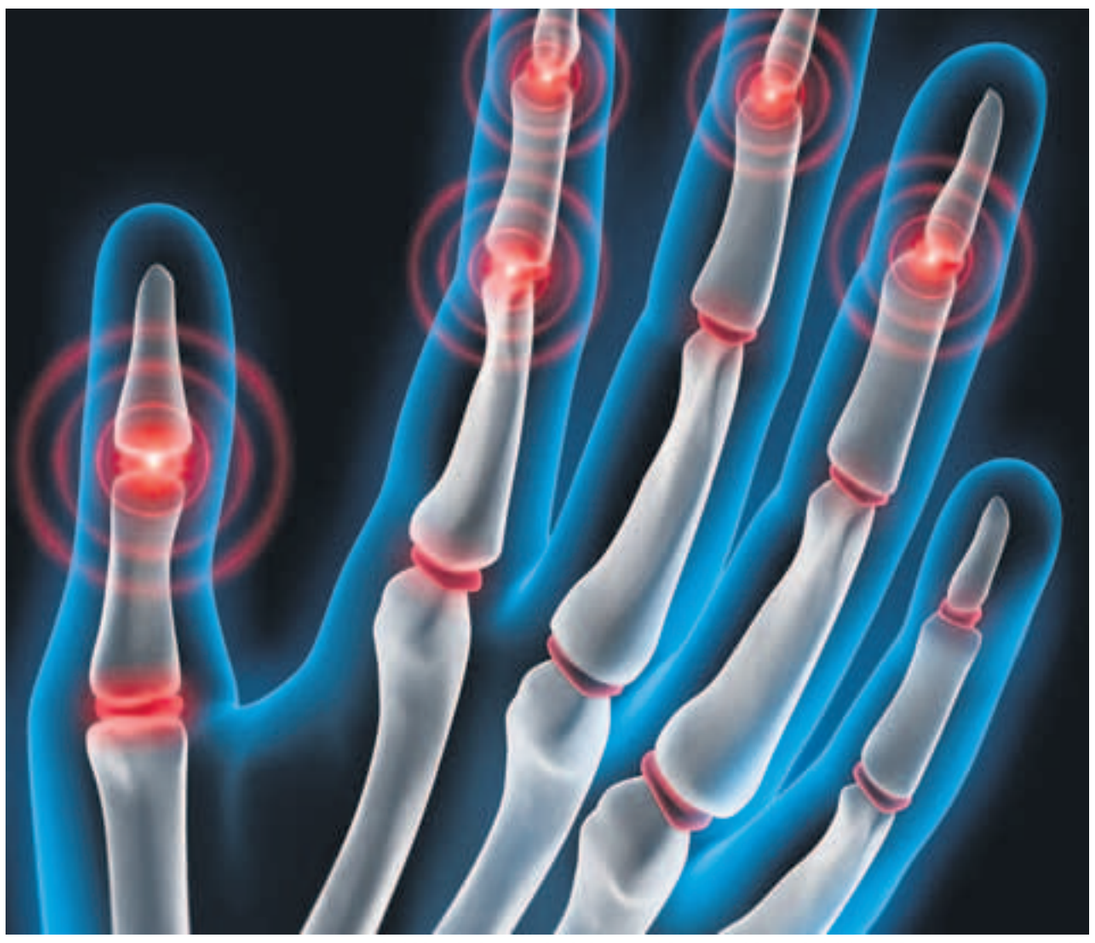
Ein Nachteil der Basistherapeutika ist der langsame Wirkungseintritt, der manchmal zwei bis drei Monate auf sich warten lässt. Auch sprechen nicht alle Patienten auf die Präparate an. Die Verträglichkeit ist meistens gut, es können aber selten ernsthafte Nebenwirkungen, beispielsweise an der Leber oder der Blutbildung, auftreten, insbesondere zu Beginn der Therapie. Die Behandlung muss daher gut vorbereitet und regelmäßig überwacht werden.

Seit zwölf Jahren stehen zur Behandlung rheumatischer Erkrankungen auch Biologika zur Verfügung *(siehe Text unten)*. Dies sind biotechnologisch in Zellkulturen hergestellte Eiweißstoffe, die gezielt in den Entzündungsprozess rheumatischer Erkrankungen eingreifen. Durch Abfangen von Überträgersubstanzen der Entzündung oder Ruhigstellung von Entzündungszellen sind sie in der Lage, eine ausgeprägte, vielfach sogar vollständige Rückbildung der Krankheitssymptome zu bewirken. Sie werden eingesetzt, wenn die herkömmlichen Basistherapeutika nicht ausreichend wirken oder unverträglich sind. Die optimale Wirkung der meisten Biologika wird durch eine Kombination mit dem Basistherapeutikum Methotrexat (MTX) erreicht. Das Problem der Biologika ist deren immunsuppressive Wirkung mit der Gefahr vermehrter oder schwerer als üblich verlaufender Infektionen. Dieses Risiko ist jedoch gering und betrifft vorwiegend Patienten, die ohnehin infektanfällig sind.

Schäden an den Gelenken werden verzögert oder sogar verhindert

Biologika werden insbesondere zur Therapie des klassischen Gelenkrheumas, der rheumatischen Erkrankungen der Wirbelsäule und des Schuppenflechtenrheumas eingesetzt. Seither können bei diesen Erkrankungen deutlich verbesserte Behandlungserfolge nachgewiesen werden. Viele Patienten führen durch die Biologika heute ein weitgehend beschwerdefreies Leben.

— Der Autor ist Chefarzt der Abteilung Rheumatologie und Klinische Immunologie der Klinik für Innere Medizin am Immanuel-Krankenhaus in Berlin.



Zur Behandlung von Gelenkentzündungen *bei klassischem Gelenkrheuma (rheumatoide Arthritis) werden unter anderem die sogenannten Basistherapeutika eingesetzt, deren Wirkung allerdings nur langsam eintritt.* Foto: psdesign/Fotolia

Schneller zum Rheumatologen

In Berlin besteht nach wie vor ein Fachärztemangel

Die rheumatologische Versorgung in Berlin ist gekennzeichnet durch ein sehr vielfältiges Angebot. Die hauptsächliche Betreuung findet im ambulanten Bereich statt und wird durch Facharztinternisten mit Schwerpunkt Rheumatologie sowie hausärztliche Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie in eigenen Niederlassungen oder angestellt in MVZs erbracht. Einige Orthopäden mit der Zusatzbezeichnung Rheumatologie nehmen an der Versorgung ebenfalls teil.

Zusätzlich gibt es in Berlin zwei rheumatologische Fachkliniken: die Immanuel-Krankenhäuser in Wannsee und in Buch sowie die rheumatologischen Abteilungen der Schlosspark-Klinik und der Klinik Weißensee. Die Charité hat sowohl am Standort in Mitte als auch im Benjamin-Franklin-Klinikum rheumatologische Einrichtungen mit stationären Betten, eine Hochschulambulanz sowie ein MVZ für die Regelversorgung.

In Berlin ist zudem das Deutsche Rheuma-Forschungszentrum angesiedelt, das neben der Grundlagenforschung auch Projekte zur Versorgungsforschung durchführt. Auch gibt es in Berlin eine starke Selbsthilfeorganisation, die Rheuma-Liga, welche die Versorgung der Patienten durch vielfältige Angebote unterstützt. Zusammengefasst und repräsentiert wird die gesamte rheumatologische Versorgung in einem Netzwerk, dem regionalen Rheumazentrum Berlin.

Die Zusammenarbeit zwischen den stationären Einrichtungen und der ambulanten Medizin ist im Allgemeinen eng verzahnt. Patienten mit schweren Verlaufsformen entzündlich rheumatischer Erkrankungen, mit Komplikationen oder in Schubsituationen können schnell stationär aufgenommen werden. Umgekehrt ist die Entlassung in die ambulante Weiterbehandlung zu den Rheumatologen geregelt.

Die Zahl der niedergelassenen Kollegen hat besonders in den letzten zehn Jahren zugenommen. Aktuell sind es 23 fachinternistische und elf hausarztinternistische Rheumatologen. Dennoch erreichen auch wir in Berlin nicht den von der deutschen Gesellschaft für Rheumatologie geforderten Versorgungsgrad von einem Rheumatologen auf 50 000 erwachsene Einwohner. In Berlin ist es ein Rheumatologe auf 90 000 erwachsene Einwohner. Diese Versorgungslage führt immer noch zu Engpässen und unterschiedlich langen Wartezeiten bei der Anmeldung. Ein Teil der rheumatologischen Kollegen bieten Früharthritissprechstunden an, um Patienten mit kurzer Dauer der Beschwerden schneller zu sehen. Zumeist erfolgt die Anmeldung über den zuweisenden Hausarzt direkt von Arzt zu Arzt. Eine weitere Möglichkeit sind die Angebote einer Integrierten Versorgung durch die AOK Berlin, durch die eine schnelle Zuweisung zu einem Rheumatologen erfolgen kann.

Frühe Diagnose *ist bei Rheumaerkrankungen entscheidend.* Foto: Alexander Raths/Fotolia

Erfreulicherweise hat die Aufmerksamkeit für Erkrankungen aus dem rheumatologischen Formenkreis sehr zugenommen. Dies führt aber auf der anderen Seite zu einer deutlich erhöhten Nachfrage nach Terminen. In diesem Spannungsfeld befinden sich die rheumatologischen Praxen und Ambulanzen. Wir erleben täglich viele Anmeldungen von neuen Patienten; zusätzlich benötigen die in Behandlung befindlichen Patienten aufgrund neuer innovativer Therapien und zielgerichteter Behandlungsansätze häufigere Termine. So ist nicht nur die Zahl der angesiedelten Rheumatologen mehr geworden, sondern auch die Anforderungen an die Versorgung sind gestiegen. Trotz Früharthritissprechstunden, Integrierter Versorgung, straffer Organisation in den Praxen mit stärkerer Einbeziehung auch der medizinischen Fachassistentinnen, Hausarzt- und Zuweiserschulungen erreichen wir noch keine flächendeckende Versorgung mit kurzen Wartezeiten. Kirsten Karberg

— Die Autorin ist niedergelassene Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie.

Biologika: Auf lange Sicht sicher

Als vor zwölf Jahren die ersten gentechnisch hergestellten Medikamente zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis auf den Markt kamen, hatte man zwar vielversprechende Daten aus kontrollierten klinischen Studien, aber keinerlei Erfahrung mit der Langzeitanwendung. Deshalb wurde bereits 2001 am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum in Berlin die erste Langzeitbeobachtung der Sicherheit und Wirksamkeit von Biologika in Deutschland begonnen. In die Studie mit dem Namen RABBIT (Rheumatoide Arthritis: Beobachtung der Biologikatherapie) wurden inzwischen mehr als 11 000 Patienten eingeschlossen und bis zu zehn Jahre beobachtet.

Neu an RABBIT ist nicht nur die langfristig angelegte Überprüfung der Sicherheit einer ganzen Klasse von Medikamenten, sondern auch die gemeinsame finanzielle Unterstützung durch alle Hersteller entsprechender Produkte. Dabei ist eine vollständig unabhängige Durchführung vertraglich garantiert. Besonders ist auch, dass RABBIT das „echte Leben“ betrachtet, also Patienten einschließt, die alt oder schwerbehindert sind. In anderen klinischen Studien werden normalerweise nur Patienten, die keine schweren Begleiterkrankungen haben, aufgenommen.

RABBIT hat gezeigt, dass man bei einer Behandlung mit Biologika nicht mit einem erhöhten Krebsrisiko rechnen muss. Dies deckt sich mit den Ergebnissen aller anderen internationalen Register. Generell gibt es zwar bei rheumatoider Arthritis ein erhöhtes Risiko für Haut- oder Lymphdrüsenkrebs, dies ist jedoch unabhängig von der Art der Behandlung. Auch das deutsche Biologikaregister für Kinder („Biker“) und das Register für junge Erwachsene („JuMBO“) kamen zu gleichen Befunden.

Auch jemanden, der früher einmal eine Krebserkrankung gehabt hat, kann man mit Biologika behandeln. Allerdings sollte man möglichst fünf bis zehn Jahre Abstand zur Krebserkrankung einhalten, weil es Hinweise gibt, dass ein zu früher Beginn der Biologikatherapie ein – eher geringes – Zusatzrisiko bedeuten könnte.

Jede Therapie, die das Immunsystem unterdrückt, birgt das Risiko, die Infektabwehr zu vermindern. Tatsächlich ist das Infektionsrisiko unter Biologika auf das etwa Eineinhalbfache erhöht. Allerdings gibt es viele verschiedene Risikofaktoren, die zusammenwirken: Ein höheres Lebensalter, bestimmte zusätzliche chronische Erkrankungen, früher durchgemachte schwere Infektionen, eine Behandlung mit höheren Dosierungen von Kortison oder eine hoch aktive Erkrankung erhöhen das Risiko für schwere Infektionen wie beispielsweise eine Lungenentzündung. Aus den Daten von RABBIT wurde nun ein „Risikoscore“ errechnet, der es erlaubt, die verschiedenen Risikofaktoren für schwerwiegende Infektionen gegeneinander aufzuwiegen. So können Biologika das Infektionsrisiko sogar senken, wenn es durch die Behandlung gelingt, die Krankheit unter Kontrolle zu bekommen und die Dosierung des Kortisons zu verringern.

Ob eine rheumatoide Arthritis die Lebenserwartung verringert, hängt davon ab, wie schwer die Krankheit verläuft. RABBIT hat gezeigt, dass Patienten mit gut kontrollierter Entzündung keine Einbuße an Lebenserwartung hinzunehmen haben, während eine anhaltend hohe Krankheitsaktivität das Leben um bis zu zehn Jahre verkürzt. Medikamente, die zu einer anhaltend niedrigen Krankheitsaktivität führen, können das Sterberisiko deutlich senken. Generell gilt, dass bei der rheumatoiden Arthritis die größten Risiken für weitere Erkrankungen wie Krebs, Herzerkrankungen oder Infektionen durch eine schlecht kontrollierte Krankheitsaktivität mit hohen Entzündungswerten entstehen. Gelingt es, die Entzündung unter Kontrolle zu bekommen, sinken die Risiken dramatisch ab – unter jeder erfolgreichen Therapie.

Laut Studien erhöht die Behandlung nicht die Krebsgefahr

Insgesamt zeigt RABBIT eine gute Sicherheit und Verträglichkeit der Biologika. In der Hand eines erfahrenen Rheumatologen sind sie eine sichere Option für die Patienten, bei denen mit den lange erprobten, konventionellen Medikamenten kein ausreichender Therapieerfolg erzielt werden kann. Angela Zink, Anja Strangfeld

— Prof. Dr. Angela Zink ist Leiterin des Programmbereichs Epidemiologie des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums Berlin. Dr. Anja Strangfeld leitet die Gruppe Pharmakoepidemiologie im Programmbereich Epidemiologie des Deutschen Rheuma-Forschungszentrum Berlin.

Schwieriger Start

Schon Kinder erkranken an Rheuma – von den Eltern zunächst oft unbemerkt

Den Eltern der zweieinhalbjährigen Nadine fiel seit drei Wochen auf, dass ihre Tochter ein dickes Knie hatte und humpelte. Über den Kinderarzt erfolgte die Weiterleitung in eine kinderrheumatologische Sprechstunde. Bei der Untersuchung wurden Entzündungen des linken Knies und Sprunggelenkes festgestellt; die bereits vorhandene Muskelschwäche im betroffenen Bein wies auf eine längere Entzündung hin. Zusätzlich diagnostizierte der Augenarzt eine Entzündung der Regenbogenhaut (Uveitis).

So oder ähnlich beginnt die Krankengeschichte eines Kindes, das an einer rheumatischen Erkrankung leidet. Der Beginn von Rheuma ist bei Kindern oft schleichend und wird von den Eltern kaum bemerkt. Die klinische Untersuchung offenbart dann aber deutliche Gelenkentzündungen, nicht selten bereits mit Anzeichen eines chronifizierten Verlaufes. Um bleibenden Funktionsschädigungen vorzubeugen, ist eine frühe Diagnose wichtig. Doch das ist schwer, da die Beschwerden häufig unspezifisch sind.

Dabei sind rheumatische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters keine Rarität. Für Deutschland geht man davon aus, dass etwa jedes tausendste Kind an Gelenkrheuma leidet. Die verschiedenen Formen werden unter dem Begriff der juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA) zusammengefasst. Die Krankheitsdefinition beinhaltet, dass die Erkrankung vor dem 16. Lebensjahr manifest wurde, zu einer chronischen Gelenksentzündung über mindestens sechs Wochen führt und keine andere – beispielsweise infektiöse – Ursachen gefunden werden konnten.

Man unterscheidet sechs verschiedene Verlaufsformen der JIA. Am häufigsten wird die oligoartikuläre JIA beobachtet, welche insbesondere bei kleinen Mädchen auftritt und bei der maximal vier Gelenke entzündlich verändert sind. Bei dieser Verlaufsform wird das Auftreten einer Uveitis, welche bis zur Blindheit führen kann, besonders häufig beobachtet. Polyartikuläre Verlaufsformen, bei denen mindestens fünf Gelenke entzündet sind, treten bei jüngeren Kindern ohne Nachweis von Rheumafaktoren auf. Bei Jugendlichen lässt sich hingegen gehäuft der Rheumafaktor nachweisen. Da diese Verlaufsform bei Jugendlichen jedoch eher selten vorkommt, spielt dieser spezifische Laborwert in der Diagnostik nur in speziellen Fällen eine wesentliche Rolle. Bei der systemischen JIA, auch Morbus Still genannt, kommt es zu einem hochfieberhaftem Verlauf und Beteiligung innerer Organe. Die Diagnosestellung ist häufig schwierig, die Therapie intensiv.

Die Intensität der Behandlung richtet sich nach der Verlaufsform und Aktivität der Erkrankung, wobei etwa die Hälfte aller Kinder mit einer Basistherapie behandelt wird. Gerade bei schweren Verlaufsformen hat die Einführung der Biologikatherapie die Möglichkeiten einer nebenwirkungsarmen und effektiven Therapie entscheidend verbessert.

In Deutschland gibt es rund 60 Spezialambulanzen

Die Frage nach der Prognose der Erkrankung ist in erster Linie von der jeweiligen Verlaufsform abhängig. Das größer gewordene Bewusstsein für diese Krankheiten zusammen mit der Etablierung vieler kinderrheumatologischer Zentren und einer Vereinheitlichung der therapeutischen Konzepte hat wesentlich dazu beigetragen, dass die früher oft beobachteten schweren Funktionseinschränkungen viel seltener geworden sind. Das Deutsche Rheuma-Forschungszentrum in Berlin hat es sich nun zur Aufgabe gemacht, in einer bundesweiten Erhebung „ICON“ die Krankheitsverläufe anhand von 800 neu erkrankten Kindern zu analysieren. Hierdurch sollen zuverlässige Prognosefaktoren beschrieben werden, die eine risikoangepasste individuelle Therapie ermöglichen. Diese Untersuchung wird durch eine große prospektive Langzeitbeobachtung von Erwachsenen ergänzt („JuMBO“), die im Kindesalter an einer JIA erkrankt sind.

Naturgemäß führt die Diagnose der JIA bei der Familie und bei den Betroffenen zu Fragen und Sorgen, die nicht immer durch eine sorgfältige ärztliche Aufklärung geklärt werden können. Daher erfolgt die Betreuung rheumakranker Kinder idealerweise durch ein Team aus spezialisierten Kinderärzten, Kinderkrankenschwestern, Therapeuten, Sozialarbeitern und Psychologen. Mittlerweile stehen in Deutschland neben den stationären Versorgungsmöglichkeiten etwa 60 kinderrheumatologische Spezialambulanzen zur Verfügung, in denen Kinder zeitnah diagnostiziert und behandelt werden.

Tilmann Kallinich

— Der Autor ist Leiter der Sektion Rheumatologie der Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Pneumologie u. Immunologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Tapfere Patienten. *Eines von tausend Kindern leidet hierzulande an Rheuma. Die Fürsorge der Familie spielt bei der Therapie eine wichtige Rolle.* Foto: Ria Novosti / SPL / Ag.Focus

THERAPIE UND FORSCHUNG *Fortschritte und Perspektiven bei der Behandlung*

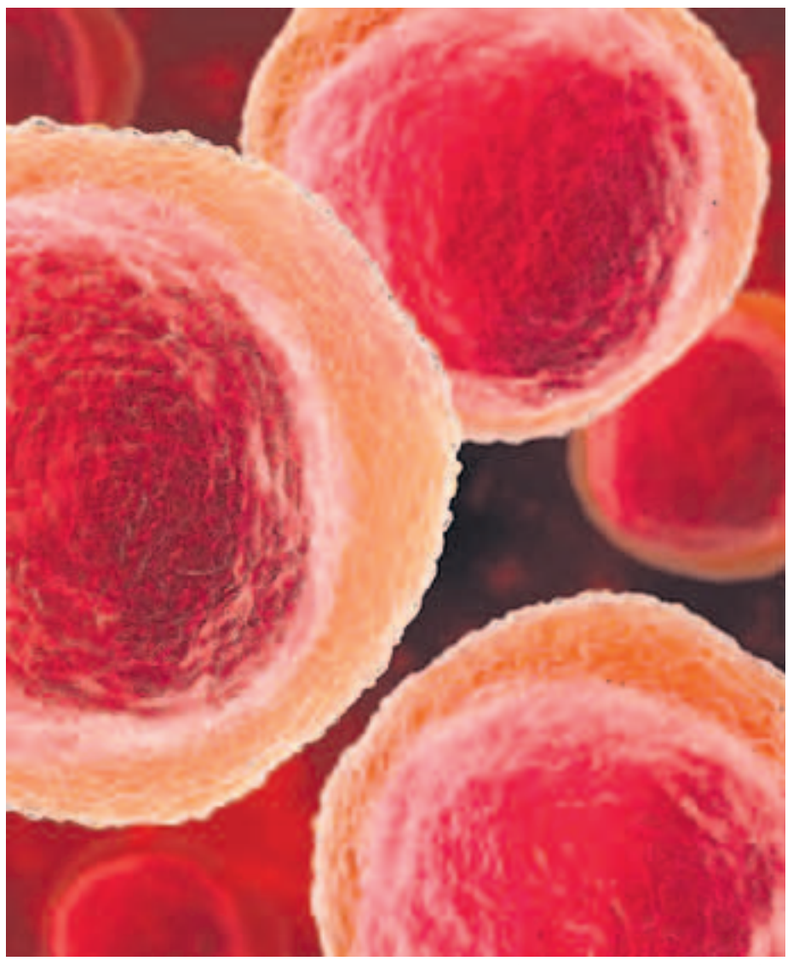
Auf der Suche nach Heilung

Bei Arthritis greifen kranke Zellen die Gelenke an – neue Therapien sollen den Prozess stoppen

Von Gerd-Rüdiger Burmester

Die Einführung von Biologika, die maßgeschneidert für Rheumaerkrankungen entwickelt wurden, hat in der Therapie zu einem Durchbruch geführt. Ihr Prinzip beruht auf der Erkenntnis, dass es bestimmte Botenstoffe des Immunsystems (Zytokine) gibt, die für Entzündungsreaktionen im Körper verantwortlich sind. Durch deren Blockade kann der krankmachende Entzündungsprozess unterbrochen werden. Das älteste Biologikum zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis (RA) ist gegen einen der bedeutendsten entzündungsfördernden Botenstoffe gerichtet, den Tumornekrosefaktor (TNF)-alpha. Seitdem wurden weitere Medikamente entwickelt, die gegen andere Botenstoffe, wie Interleukin-1 und Interleukin-6, gerichtet sind, sowie Substanzen, die gezielt bestimmte Zellen des Immunsystems (B- oder T-Lymphozyten) angreifen. Insbesondere die TNF-Antagonisten sind auch bei der wichtigen Krankheitsgruppe der Spondyloarthritiden (etwa Morbus Bechterew) wirksam.

Ende vergangenen Jahres wurde in den USA der erste Vertreter einer neuen Klasse von Rheumamedikamenten, den „small molecules“, zur Behandlung der RA zugelassen. Sie können in die Zellen des Immunsystems eindringen. Dort hemmen sie gezielt eine Gruppe von Signalproteinen, die sogenannten Januskinasen, und unterdrücken so die Aktivierung des Immunsystems. Damit werden der zerstörerische Angriff auf den eigenen Körper gehemmt und die Entzündungsprozesse gebremst. Über die Zulassung des Medikaments in Europa werden die zuständigen Behörden voraussichtlich in diesem Jahr entscheiden. Weitere Wirkstoffe dieser Medikamentenklasse werden in großen klinischen Studien erprobt. Es ist damit zu rechnen, dass in den nächsten Jahren weitere Kinasehemmer zur Behandlung der RA dazukommen.



Lymphozyten *(hier computeranimiert) gehören zu den weißen Blutkörperchen und umfassen unter anderem die T-Helferzellen. Bei Rheumaerkrankungen werden zu viele dieser Zellen gebildet – einer von mehreren Ansätzen für die Forschung.* Foto: SPL/David Mack

Einige Forschungsansätze setzen an einer anderen Stelle des überschießenden Immunsystems an: direkt bei den T-Helferzellen. Bei Rheumaerkrankungen werden zu viele dieser Zellen gebildet und aktiviert, was die zu starke Immunreaktion mitverursacht. Ein Wissenschaftlerteam hat nun sogenannte microRNA-Moleküle entdeckt, die für die Vermehrung der T-Helferzellen verantwortlich sind. Werden diese Moleküle gehemmt, bleibt die Zahl der T-Helferzellen normal, das Rheuma kann abgemildert werden.

Eine andere Forschergruppe versucht, Immunzellen anzugreifen, die für die Bildung von Autoantikörpern verantwortlich sind, die sogenannten Plasmazellen. Die Vorstellung dabei ist, dass durch das Ausschalten krankhafter Plasmazellen auch die Autoantikörper reduziert werden können. Hierfür kommt bei Patienten mit systemischem Lupus erythematodes (SLE) in einer Pilotstudie eine Substanzklasse zum Einsatz, die bereits für die Behandlung von Plasmazell-Krebs (Myelome) zugelassen ist, die Proteasomen-Inhibitoren. In Tiermodellen hat sich diese Substanz bereits als wirkungsvoll erwiesen. Die ersten Ergebnisse der Pilotstudie sind erfolgversprechend.

Ein weiterer Ansatz beruht darauf, die Zellen im Immunsystem zu stärken, die für die Aufrechterhaltung von Toleranzmechanismen verantwortlich sind und die Bildung der autoreaktiven T-Helferzellen verhindern. Eine Arbeitsgruppe versucht derzeit, diese Zellen im Körper medikamentös zu aktivieren und zu vermehren, um die Schieflage zwischen pathogenen und regulatorischen T-Zellen zugunsten der schützenden T-Zellen zu verschieben.

Trotz der Verbesserungen in den Therapiemöglichkeiten entzündlich-rheumatischer Erkrankungen besteht dringend weiterer Forschungsbedarf. Die bisherigen Therapien müssen in der Regel über mehrere Jahre, teils lebenslang eingenommen werden und haben zum Teil auch Nebenwirkungen. Ziel ist es, eine verträgliche Therapie zu finden, die zur endgültigen Heilung führt. Der einzige Ansatz, der derzeit Heilungschancen verspricht, ist die komplette Auslöschung des Immunsystems durch eine Hochdosis-Chemotherapie mit Transplantation blutbildender Stammzellen. Diese drastische Behandlung bleibt jedoch Patienten vorbehalten, die nicht auf herkömmliche Therapien ansprechen und bei denen die Gefahr irreversibler Organschäden besteht.

Das Ziel: eine verträgliche Therapie zur endgültigen Heilung

— Der Autor ist Direktor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Hilfe zur Selbsthilfe

Die Deutsche Rheuma-Liga ist die größte Selbsthilfeorganisation im Gesundheitsbereich. Sie unterstützt die Versorgung von Rheumapatienten durch umfängliche Informationsangebote, Beratungsstellen, regelmäßige Kurse zur Bewegungstherapie und Schmerzbewältigung, Betreuung von Schwerstbetroffenen sowie diverse Freizeitangebote.

Aus der Idee heraus, dass niemand besser die Betroffenen verstehen kann als Betroffene selbst, sind viele tausend Ehrenamtliche in den örtlichen Gruppen aktiv und unterstützen andere Patienten mit ihrer Erfahrung. Ob ein Patient gerade seine Diagnose bekommen hat, an einer seltenen Form von Rheuma leidet, das eigene Kind Rheuma hat oder jemand wissen will, welche Medikamente in der Schwangerschaft eingenommen werden können – mit allen Fragen rund um das Thema Rheuma können sich Betroffene an die Experten der Rheuma-Liga wenden. Mit dem Rheuma-Lotsen wird zudem derzeit eine spezielle Form der vernetzten Beratung rheumakranker Menschen erprobt.

Ihre Aufgaben sieht die Deutsche Rheuma-Liga in der Verbesserung der Versorgungssituation von Rheumapatienten sowie einer besseren Teilhabe von Betroffenen am beruflichen und gesellschaftlichen Leben. Mit einem Aktionsplan will die Liga darauf hinwirken, dass diese Ziele erreicht werden. Weitere Anliegen der Organisation sind die Aufklärung der Öffentlichkeit, die Vertretung der Interessen Rheumakranker gegenüber Politik, Gesundheitswesen und Öffentlichkeit sowie die Förderung der Forschung.

Anne Volkmann

Patient in Teilzeit

Tageskliniken schließen eine Versorgungslücke

Durch Neuerungen in den medizinischen Verfahrensweisen mit der Möglichkeit, Patienten frühzeitiger aus der stationären Versorgung entlassen zu können, sind medizinische Bereiche entstanden, die durch die gängigen Betreuungs- und Behandlungskonzepte nicht mehr abgedeckt werden. So entstand das Modell der Tagesklinik, welches die Lücke zwischen vollstationärer Behandlung und der ambulanten Medizin schließen kann.

Mit der teilstationären Versorgung einer Tagesklinik steht Patienten, die in der Diagnostik und Therapieeinleitung ambulant unzureichend versorgt sind, die einen geringen Grad an Komorbidität aufweisen und denen aufgrund sozialer Umstände eine vollstationäre Aufnahme schwer möglich ist, eine zusätzliche Leistung zur Verfügung, mit der sie schnell Hilfe bekommen können. Einer der Vorteile ist, dass den Patienten im Gegensatz zu einem ambulanten Zentrum im Rahmen einer der rheumatologischen Akutklinik angegliederten Tagesklinik das Know-how des gesamten rheumatologischen Spektrums von Diagnostik und Therapie zur Verfügung steht. Die Betroffenen können im Bedarfsfall mit allen Möglichkeiten einer Notfallversorgung bei Komplikationen wie beispielsweise einem rheumatischen Schub oder starken Nebenwirkungen der Medikamente durch das internistisch-rheumatologische multiprofessionelle Team des Krankenhauses im Hintergrund sofort adäquat betreut und gegebenenfalls stationär übernommen werden.

Generell ist die stationäre sowie teilstationäre medizinische Versorgung von Patienten mit chronischen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen hinsichtlich Diagnostik und Therapie als hochkomplex einzustufen. Sie erfordert ein hochspezialisiertes, interdisziplinär arbeitendes Team bestehend aus Ärzten der Inneren Medizin und Rheumatologie, speziell internistisch-rheumatologisch geschultem Personal aus Pflege, Physiotherapie, Massage, Ergotherapie, des Sozialdienstes und (im günstigsten Fall) der Psychologie und Kunsttherapie sowie anderer angrenzender medizinischer Berufe. Die fachliche Leitung muss durch mindestens zwei Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie sowie Physikalischer Medizin gewährleistet sein. Sollten noch zusätzliche Kenntnisse und Erfahrungen in der Sozialmedizin und Rehabilitation vorhanden sein, ist dies von Vorteil.

Ein Team von Spezialisten steht jederzeit zur Verfügung

Rieke Alten

— Die Autorin ist Chefärztin der Abteilung Innere Medizin II, Rheumatologie, Klinische Immunologie und Osteologie der Schlosspark-Klinik Berlin.

Wenn sich der Körper erinnert

Am Rheuma-Forschungszentrum versuchen Experten, das Gedächtnis des Immunsystems zu entschlüsseln

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen haben ganz unterschiedliche klinische Erscheinungsbilder. Eines ist diesen Krankheiten jedoch gemeinsam: Sie werden durch Fehlreaktionen des Immunsystems ausgelöst. Die Zellen des Immunsystems, die uns eigentlich vor Krankheitserregern schützen sollen, greifen den eigenen Körper an, es kommt zur chronischen Entzündung. Die genauen Vorgänge kennt man bis heute nicht. Die modernen Behandlungsmethoden können deshalb rheumatische Entzündungen auch nicht heilen, sondern bestenfalls das Fortschreiten der Krankheit verhindern. Am Deutschen Rheumaforschungszentrum Berlin, einem Leibniz-Institut, versuchen Biologen, Chemiker, Physiker und Mediziner zu entschlüsseln, wie das Immunsystem eine rheumatische Entzündung über viele Jahre hinweg anfeuern kann.

Dass das Immunsystem tatsächlich die treibende Kraft ist, wird klar, wenn man das Immunsystem eines Rheumapatienten zerstört und es dann aus körpereigenen Stammzellen wieder aufbaut. Nach diesem „Immunreset“ ist die rheumatische Entzündung bei den meisten Patienten verschwunden. Leider verlieren die Patienten auch ihren Schutz gegen Krankheitserreger. Die Therapie kommt deshalb nur für sehr wenige, schwer betroffene Patienten infrage, nämlich nur für Patienten, die auf keine der konventionellen Therapien mehr ansprechen und die eine lebensbedrohliche rheumatische Entzündung haben.

Doch die Rheumaforscher haben von diesen Patienten etwas Entscheidendes gelernt: Offenbar hatte ihr Immunsystem ein „pathogenes Gedächtnis“ für die Krankheit entwickelt, das durch herkömmliche Medikamente nicht in den Griff zu bekommen war. Dieses „Gedächtnis“ erklärt auch, warum selbst bei Patienten, die auf eine moderne Therapie ansprechen, die Krankheit wieder ausbricht, sobald das Medikament abgesetzt wird.

Das Gedächtnis des Immunsystems ist seit langem bekannt. Noch nach Jahren kann sich unser Immunsystem sehr genau an einen bestimmten Krankheitserreger erinnern. Wir haben dann spezifische Antikörper gegen den Erreger im Blut und unsere Immunzellen reagieren sehr viel schneller und heftiger darauf – wir sind immun gegen diesen Erreger geworden. Bei Impfungen wird genauso ein immunologisches Gedächtnis gegen einen Krankheitserreger aufgebaut. Bei rheumatischen Entzündungen entsteht aus Gründen, die bis heute weitgehend unklar sind, ebenfalls ein immunologisches Gedächtnis, und zwar gegen den eigenen Körper. Und je nachdem, gegen welche Teile des Körpers sich die Immunreaktion richtet, kommt es zu den verschiedenartigen rheumatischen Erkrankungen.

Die entscheidende Frage der modernen Rheumaforschung ist nun: Wie können wir das pathogene Gedächtnis für die rheumatische Entzündung löschen, ohne das schützende immunologische Gedächtnis ebenfalls zu zerstören? Die Berliner Rheumaforscher versuchen deshalb zunächst einmal die Gedächtniszellen des Immunsystems zu identifizieren, und zwar sowohl die schützenden als auch die pathogenen. Die Wissenschaftler erforschen und vergleichen ihren Lebenswandel und suchen nach Ansatzpunkten zur selektiven Eliminierung der pathogenen Gedächtniszellen. Einen ersten Erfolg können sie bereits verbuchen. Sie haben die Gedächtniszellen identifiziert, die Autoantiköper gegen körpereigene Stoffe herstellen: die autoreaktiven Gedächtnis-Plasmazellen. Sie markieren bestimmte Gewebe für die Zerstörung durch Granulozyten und Fresszellen. Wie erwartet sind die autoreaktiven Gedächtnis-Plasmazellen resistent gegen herkömmliche Therapien. Das liegt vor allem daran, dass sie in besonderen Nischen im entzündeten Gewebe und im Knochenmark von den Zellen des Gewebes am Leben erhalten werden.

Immer der gleiche Schmerz. *Bei Rheuma richtet sich das Immunsystem gegen den eigenen Körper.* Foto: Robert Kneschke/Fotolia

Zusammen mit Kollegen aus Freiburg entwickeln die Berliner nun völlig neue Ansätze, um die autoreaktiven Gedächtnis-Plasmazellen therapeutisch in den Griff zu bekommen. Eine erste Behandlungsmethode ist bereits im klinischen Versuch. Weitere Typen von Gedächtniszellen werden intensiv untersucht, um zu verstehen, wie sie die rheumatische Entzündung steuern und ob man sie durch eine selektive Therapie gezielt ausschalten oder durch eine Stärkung der körpereigenen Regulation abschalten kann.

Andreas Radbruch, Katrin Moser, Eva Kreis

— Prof. Dr. Andreas Radbruch ist Wissenschaftlicher Direktor des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums Berlin. Dr. Katrin Moser und Dr. Eva Kreiss sind Forschungskoordinatorinnen/wissenschaftliche Mitarbeiterinnen am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum Berlin.

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. So arbeiten wir jeden Tag an der Verwirklichung unserer Vision. Gemeinsam für eine gesündere Welt.

Pfizer

www.pfizer.de

PRÄVENTION *Wie Betroffene sinnvoll vorbeugen*

„Medikamente sind nicht alles“

Die Medizinerin Erika Gromnica-Ihle über die Bedeutung einer frühzeitigen Behandlung und den Umgang mit einer Rheumaerkrankung

Frau Professor Gromnica-Ihle, wie stark ist Ihrer Meinung nach das allgemeine Bewusstsein für die Bedeutung rheumatischer Erkrankungen ausgeprägt?

Das Bewusstsein ist durchaus stark ausgeprägt. Hier hat sich in den vergangenen Jahren auch viel getan. So wissen beispielsweise die meisten Patienten, dass bei der rheumatoiden Arthritis ein möglichst früher Behandlungsbeginn wichtig ist. Das Problem ist nur, überhaupt erst einmal einen Termin bei einem Rheumatologen zu bekommen. Die Vorgabe, möglichst innerhalb der ersten drei Monate nach Krankheitsbeginn einen Rheumatologen aufzusuchen, können nur 20 Prozent der Betroffenen erfüllen. Zwar wird vielerorts versucht, das Problem durch sogenannte Frühsprechstunden zu lösen, doch dieses System ist noch nicht optimal ausgebaut. Heute dauert es bei einer rheumatoiden Arthritis im Durchschnitt 1,3 Jahre, bis ein Patient bei einem Rheumatologen vorstellig wird. Das bedeutet zwar schon einen Fortschritt im Vergleich zur Situation von vor einigen Jahren, aber die Wartezeit ist immer noch viel zu lang.

Warum ist eine möglichst frühe Behandlung so wichtig?

Weil bei der rheumatoiden Arthritis die durch die Entzündungen bedingten Zerstörungen an den Gelenken nicht mehr umkehrbar sind. Mit modernen Rheumamitteln können wir heute effektiv ins Immunsystem eingreifen und bei vielen Patienten einen Krankheitsstillstand erreichen. Doch dafür ist es notwendig, mit der Therapie zu beginnen, bevor es überhaupt zu einer Gelenkzerstörung kommt. Deshalb ist es auch so wichtig, die Frühsymptome zu kennen und ernst zu nehmen.

Frischekick. *Bei Rheuma sollte man viel Obst und Gemüse essen, eine spezielle Diät ist meist nicht nötig.* *Foto: Lsantilli/Fotolia*

Was kann der Patient, abgesehen von der Einnahme seiner Medikamente, noch tun?

Das Wichtigste ist zunächst, sich mit der eigenen Erkrankung vertraut zu machen. Ein Patient muss wissen, welche Medikamente er einnimmt, welche Nebenwirkungen diese haben können und wann er einen Arzt aufsuchen sollte. Bedeutsam ist auch, zu wissen, was er selbst gegen die Erkrankung tun kann. Wir nennen das Gesundheitskompetenz. Zu diesen Fragen kann sich der Patient übrigens auch bei der Rheuma-Liga beraten lassen.

Der Umgang mit den Medikamenten ist aber sicher nur ein Aspekt unter vielen.

Natürlich, die chronische Erkrankung erfasst ja immer den ganzen Menschen, und Medikamente sind dabei nicht alles. So ist es beispielsweise wichtig, dass Rheumakranke auf ausreichend Bewegung achten. Das war zum Beispiel auch der Anlass für unsere Kampagne „Aktiv gegen Rheumaschmerz“, die in Berlin auf dem Potsdamer Platz zusammen mit Gesundheitsminister Daniel Bahr begann. Natürlich sollte die Bewegung immer der Erkrankung angepasst werden. Nicht jeder darf joggen gehen. Auch schnelles Gehen oder Schwimmen sind sehr gute Bewegungsmethoden.

Welche Rolle spielt die Ernährung?

Zur Ernährung bei Rheuma findet man natürlich sehr viele Ratgeber. Aber eigentlich muss man bei einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung keine besondere Diät durchführen. Ratsam ist die sogenannte Mittelmeerkost; das heißt, man sollte möglichst wenig rotes Fleisch, stattdessen viel Fisch, Obst und Gemüse zu sich nehmen. Wichtig ist es natürlich auch, Normalgewicht anzustreben. Und man sollte unbedingt das Rauchen einstellen.

Welche Bedeutung hat die Psyche?

Tatsächlich weisen etwa 20 Prozent der Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis depressive Symptome auf. Und wenn dies der Fall ist, leiden sie meistens auch stärker unter ihren körperlichen Symptomen. Insofern gibt es durchaus Wechselwirkungen zwischen der psychischen Verfassung und der rheumatischen Erkrankung.

Wie sieht es mit der Teilhabe am Arbeitsleben aus ?

Das ist ein ganz wichtiger Punkt – und leider etwas, über das auch in den Arztpraxen viel zu wenig geredet wird. Meistens geht es hier ja nur um Medikamente und Schmerzreduzierung. Wie man aber die Arbeitsfähigkeit erhalten kann und auch wie man seine Freizeit sinnvoll gestaltet, wird hingegen kaum besprochen – auch weil den Ärzten für diese Themen die Zeit fehlt. Dabei ist das für die Patienten ganz wichtig. Übrigens fehlen auch bei den Arbeitgebern wichtige Kenntnisse, beispielsweise darüber, welche finanziellen Unterstützungen für den Umbau des Arbeitsplatzes eines Rheumatikers möglich sind. Dann ist es natürlich auch bei den Mitarbeitern in den Jobcentern wichtig zu wissen, dass viele Rheumapatienten morgens ihre Gelenke sehr schlecht bewegen können – was aber nicht bedeutet, dass sie nicht arbeiten können. Und auch das Problem der Barrierefreiheit, von dem natürlich auch viele Rheumapatienten betroffen sind, ist in Deutschland leider noch nicht gelöst.

Foto: Promo

Erika Gromnica-Ihle ist Ärztin und Präsidentin des Bundesverbandes der Deutschen Rheuma-Liga e. V. Das Gespräch führte Anne Volkmann.

Wie wichtig ist generell das soziale Umfeld für einen Rheumapatienten?

Für die Patienten ist es natürlich ganz wichtig, im Arbeits- und im Privatleben Unterstützung und Verständnis zu erhalten. Im Familien- und Freundeskreis ist das oft auch gegeben. Voraussetzung ist, dass man offen über die eigene Rheumaerkrankung spricht und seine Mitmenschen aufklärt – beispielsweise darüber, dass die Erkrankung schubweise verläuft und es immer wieder gute und schlechte Tage geben kann. Und bei schweren Erkrankungen und Behinderungen müssen die Angehörigen natürlich auch häufig Pflegeaufgaben übernehmen, was eine große Belastung sein kann. Hierzu bietet die Rheuma-Liga übrigens auch regelmäßig Kurse an.

Sport lindert Schmerzen

Regelmäßige Bewegung unterstützt die Behandlung von Rheuma. Optimal sind zweieinhalb Stunden Ausdauertraining pro Woche

„Bewegung tut Not, von der Wiege bis zum Tod.“ Dieses durch den Mediziner H.-J. Pesch geprägte Motto gilt nicht nur für gesunde Menschen, sondern auch für Kranke. Doch viele Patienten mit rheumatischen Erkrankungen meiden körperliche Aktivitäten, unter anderem aus der Angst heraus, dass sich Schmerzen im Bereich des Bewegungssystems durch Sport und Bewegung verstärken und die Gelenke geschädigt werden können. Diese Sorgen sind jedoch meistens unbegründet.

Im Gegenteil können Sport und Bewegung bei Rheumapatienten nach heutigem Kenntnisstand die Behandlung sinnvoll unterstützen. Klinische Studien belegen, dass Sport nicht nur die körperliche Fitness verbessern und damit Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen kann. Auch auf den Verlauf der rheumatischen Erkrankung selbst hat regelmäßige Aktivität einen positiven Einfluss. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass moderates Training Funktion und Lebensqualität verbessern und Schmerzen lindern kann. Auch die Zahl der befallenen Gelenke nimmt ab. Anzahl und Dauer der Klinikaufenthalte von Rheumapatienten gehen zurück, wenn sie regelmäßig Sport treiben.

Die Befürchtung, durch sportliche Aktivitäten einen Schub auszulösen, ist also bei vernünftiger Belastung unnötig. Ganz im Gegenteil kommt es durch die Besserung des Allgemeinzustandes zu einer Verringerung der Schubhäufigkeit. Treten doch Schübe auf, verlaufen diese bei trainierten Patienten häufig weniger stark als bei völlig untrainierten. Ohne Bewegung kommt es auf Dauer außerdem zu einem Verlust an Muskelkraft und Koordination. Und das bei der rheumatoiden Arthritis erhöhte Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen vergrößert sich durch eine fehlende körperliche Fitness noch mehr.

Neben den positiven Auswirkungen auf Gelenke, Knochen und Muskeln hilft körperliches Training aber auch, das Gewicht zu halten. Und es verbessert auf Dauer Schlaf, Stimmung und den allgemeinen Gesundheitszustand. All dies ist nicht nur für gesunde Menschen wichtig, sondern auch und gerade für Rheumapatienten, die häufig schon durch ihre Krankheit Einschränkungen erfahren. Hier kann Sport helfen, die allgemeine Fitness möglichst lange aufrechtzuerhalten.

Schübe verlaufen weniger stark. Bei akuten Problemen sollte man aber pausieren

Bei einer rheumatoiden Arthritis, der häufigsten entzündlich-rheumatischen Erkrankung, greift das Immunsystem körpereigenes Gewebe in den Gelenken an. Es kommt zu schmerzhaften Entzündungen, die die Beweglichkeit stark einschränken können. Ist der Prozess aktiv, bedeutet dies Schmerzen in den Gelenken, Schwellung, Rötung, eingeschränkte Beweglichkeit und Funktionsverlust. In diesem Stadium einer akuten Aktivierung oder eines akuten Schubs sollte kein Sport betrieben werden. Dennoch brauchen die Gelenke Bewegung. Sie sollten daher ohne Belastung langsam und vorsichtig im Rahmen der Schmerzgrenze durchbewegt werden. Eine Kräftigung der Muskulatur durch Anspannungsübungen (sogenanntes isometrisches Training) ist auch bei akuten Entzündungszeichen möglich und ratsam.

Grundsätzlich ist eine Rheumaerkrankung also kein Hinderungsgrund für eine sportliche Betätigung. Bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sollte zu Beginn eines geplanten körperlichen Trainings allerdings eine ausführliche ärztliche Untersuchung vorgenommen werden, um die Inhalte und vor allem die Intensität festzulegen. Da sich Schmerzen heute meist gut lindern lassen und die Gelenkzerstörung durch Medikamente positiv beeinflusst werden kann, ist es den meisten Patienten möglich, ohne zusätzliche Beschwerden Sport zu treiben. Auch ein Gelenkersatz spricht nicht gegen Sport. Eine Bewegungstherapie kann die medikamentöse Behandlung also nicht ersetzen, aber durchaus sinnvoll ergänzen.

Leider ist die Bereitschaft zu körperlicher Aktivität bei vielen von Rheuma betroffenen Patienten derzeit noch gering. Vor allem ältere Männer mit niedriger Bildung und langer Krankheitsdauer sind schwer zu motivieren. Viele jüngere Menschen lassen sich dagegen nicht mehr von ihrer Krankheit davon abhalten, aktiv Sport zu treiben. Es gibt aber Grenzen. Unkontrollierte Drehbewegungen und Stoßbelastungen können Gelenke schädigen. Deshalb sollten Ballspiele und Springsportarten ebenso wie Wettkampfsport und Sportarten mit hohem Verletzungsrisiko vermieden werden. Für viele Rheumapatienten kommen ohnehin eher andere Aktivitäten infrage.

Gut geeignet sind Ausdauersportarten wie Radfahren, Schwimmen, Wassergymnastik, Wandern, Tanzen oder auch Nordic Walking. Wichtig ist, den Sport regelmäßig zu betreiben. Dafür ist es ratsam, sich eine Sportart auszusuchen, an der man Freude hat – sonst wird sie erfahrungsgemäß schnell wieder aufgegeben. Optimal für Rheumapatienten sind zweieinhalb Stunden Bewegung und Ausdauertraining pro Woche. BERND KLADNY

— Der Autor ist Chefarzt der Fachabteilung für Orthopädie an der Fachklinik Herzogenaurach.

Es geht bergauf. *Rheumapatienten, die regelmäßig Sport treiben, müssen seltener und kürzer in eine Klinik als Bewegungsmuffel. Das belegen Studien.* *Foto: blas/Fotolia*

RHEUMA: Beilage des Tagesspiegels in Zusammenarbeit mit Gesundheitsstadt Berlin e.V. Redaktion: Rolf Brockschmidt, Anzeigen: Jens Robotta, Postanschrift: 10876 Berlin, Tel. (030) 29021-0.

Rauchen erhöht das Risiko

Tabakkonsum kann die Krankheit auslösen und verschlimmern

Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sind immer auch Systemerkrankungen, das heißt, sie belasten stets den ganzen Körper. Jede dieser Erkrankungen hat ihre Besonderheiten. Allen gemein ist aber, dass sie über eine sehr lange Zeit, vor allem bei ungenügender Behandlung, den Körperkreislauf und damit die körperliche Leistungsfähigkeit mehr oder weniger schwer beeinträchtigen. Parallel hierzu zeigten Untersuchungen und Erkenntnisse der vergangenen Jahre, dass ein zusätzlicher Nikotinabusus – und dieser beginnt schon mit der ersten Zigarette und steigert sich mit jeder weiteren um ein Vielfaches – nicht unabhängig von diesen Erkrankungen zu sehen ist und die Behandlung zum Teil deutlich erschwert.

So zeigten Langzeitforschungsergebnisse zur rheumatoiden Arthritis, dass Bestandteile des Zigarettenrauchs in allen Geweben kleine Moleküle umbauen. Diese so vermehrt ablaufenden „Zitrullinierungen“ von Körpereiweißen sind einer der Hauptgründe, warum sich spezielle Rheumaantikörper (Antikörper gegen zyklisch-zitrullinierte Peptide) über Jahre bis Jahrzehnte entwickeln und zur Auslösung und Schwere des Krankheitsbildes entscheidend beitragen.

Ebenfalls weiß man, dass das Rauchen ein unabhängiger Risikofaktor für die Auslösung der Erkrankung ist und diese durch die Kombination von Giftstoffen im Blut und kreisenden Entzündungsmolekülen um ein Vielfaches schwerer verlaufen lässt. Gelenke werden schneller zerstört, und man braucht insgesamt deutlich mehr Medikamente, um die Entzündungsprozesse in Schach zu halten. Umgekehrt führt der Verzicht auf Nikotin zu einer schnelleren Besserung der Symptome und einer höheren Lebenserwartung der Patienten, die – unbehandelt – gegenüber der Normalbevölkerung an sich schon um zehn bis 20 Jahre eingeschränkt ist.

Häufig bleiben die Gefäße dauerhaft verengt

Ein ähnliches Problem besteht für die sogenannten Kollagenosen, die entzündlichen Bindegewebserkrankungen. Vor allem bei den beiden Hauptvertretern – dem systemischen Lupus erythematodes und der systemischen Sklerose – zeigt sich die Erkrankung im Anfangsstadium an schweren Durchblutungsstörungen der Haut, dem Raynaud-Syndrom, das meist nur mühsam mittels gefäßerweiternder Medikamente beherrscht werden kann.

Addiert sich hierzu noch der Nikotingebrauch, bleiben die Gefäße häufig dauerhaft verengt, so dass eine Heilung schwer möglich ist. Dies führt besonders im Winter oft zu langmonatigen Schmerzattacken, konstant offenen Hautstellen und teils sogar zum Verlust von Endgliedern wie den Fingern.

Interessant ist auch, dass Erkrankungen aus so verschiedenen Bereichen wie Rheumatologie, Kardiologie und Pulmologie letztlich alle durch kreisende Entzündungsmoleküle im gesamten Körper miteinander verknüpft sind. Durch Langzeit- und vergleichende Untersuchungen verschiedener Patientenkollektive aus diesen Teilgebieten wurde gezeigt, dass entzündlich-rheumatische Erkrankungen ein mindestens gleichwertiger Risikofaktor für Herzinfarkt, Schlaganfall und chronische Lungenerkrankung sind wie Diabetes, hoher Blutdruck und Rauchen.

Es ist daher wichtig, in der Behandlung von Rheumapatienten sämtliche Aspekte zu berücksichtigen und eine Medikation langfristig einzuleiten. Dabei ist die Mithilfe des Patienten, wie sie im „patient-physician-partnership“-Programm gefordert wird, unumgänglich. Ohne den Verzicht auf die Zigarette werden therapeutische Erfolge nur eingeschränkt oder nie zu erreichen sein. ULF MÜLLER-LADNER

— Der Autor ist Ärztlicher Direktor der Abteilung für Rheumatologie und Klinische Immunologie der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim.

IMMANUEL KRANKENHAUS BERLIN
Rheumaorthopädie · Rheumatologie · Naturheilkunde

IMMANUEL DIAKONIE

60 Jahre Rheumakompetenz für Berlin

Orthopädie mit Minimal-invasiver Rheumaorthopädie · Forschungsbasierte Rheumatologie und Klinische Immunologie · Naturheilkundliche Verfahren · Tagesklinische Angebote · Ayurvedische Medizin · Rheumatologische Fachambulanz · Hochschulambulanz für Naturheilkunde · Früharthritissprechstunde · Ganzheitliche Pflege · Physio- und ergotherapeutische Praxen · Ganzkörperkältetherapie · Lehrkrankenhaus der Charité - Universitätsmedizin Berlin · Gründungsmitglied des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums

www.berlin.immanuel.de

DEM LEBEN ZULIEBE.