

Neuigkeiten aus der Rheumatologie

Presseinformation

11. Oktober 2016



www.rheumaliga.at

Inhalt

1. Herzlich willkommen – Infos auf einen Blick
2. Rheuma, was ist das eigentlich?
3. Neuigkeiten aus der Rheumatologie am Beispiel der rheumatoiden Arthritis
Dr. Rudolf Puchner
4. Rheumapatienten tragen ein höheres Risiko für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems
Prim. Univ.-Prof. Dr. Marcus Köller
5. Rheuma als Ursache für eine chronische Augenentzündung?
Univ.-Prof. Dr. Talin Barisani-Asenbauer
6. Neue Projekte der Rheumaliga
Gertraud Schaffer
7. Zusammenfassung
8. Pressefotos

Beilagen:

Presse-CD:

- Pressemappe
- Bilder in Druckqualität

Die in diesem Text verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen treten der besseren Lesbarkeit halber nur in einer Form auf, sind aber natürlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

Herzlich willkommen zum Pressefrühstück

Neuigkeiten aus der Rheumatologie



Wann: Dienstag, 11. Oktober 2016, 10 Uhr
Wo: Presseclub Concordia, Bankgasse 8, 1010 Wien

Anlässlich des Weltrheumatages am 12. Oktober lädt die Österreichische Rheumaliga zum Pressefrühstück: Der rheumatische Formenkreis besteht aus hunderten verschiedenen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates. Einer der Hauptauslöser sind Störungen des Immunsystems. Dabei beginnen fehlgeleitete Abwehrzellen vermehrt Antikörper gegen körpereigene Gewebe oder Botenstoffe zu produzieren. In der Folge entstehen Entzündungsprozesse in Gelenken, aber auch in anderen Bereichen. Tatsächlich kann jedes Organ von Rheuma betroffen sein, und zwar bereits bevor Beschwerden im Bewegungsapparat auftreten. Auch die Psyche leidet häufig mit. Die Therapiemöglichkeiten verbessern sich rasant, Information & Aufklärung sind wichtig – aus diesem Grunde organisieren die Österreichische Rheumaliga und die Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie (ÖGR) regelmäßig Patienten- und Ärztefortbildungen. So auch in Graz, Stockerau, Villach, Wien und Bad Häring.

Ihre Gesprächspartner:

- **Dr. Rudolf Puchner**, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie in Wels, Präsident elect der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie (ÖGR):
Neuigkeiten aus der Rheumatologie am Beispiel der rheumatoiden Arthritis
- **Prim. Univ.-Prof. Dr. Marcus Köller**, Ärztlicher Direktor SMZ Sophienspital Wien, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie und Geriatrie:
Rheumapatienten tragen ein höheres Risiko für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems
- **Univ.-Prof. Dr. Talin Barisani-Asenbauer**, Fachärztin für Augenheilkunde und Optometrie:
Rheuma als Ursache für eine chronische Augenentzündung?
- **Gertraud Schaffer**, Präsidentin der Österreichischen Rheumaliga:
Neue Projekte der Rheumaliga

Weitere Infos:

www.rheumaliga.at

Bilder vom heutigen Pressefrühstück finden Sie nach Veranstaltungsende unter:

<http://www.wdw4friends.at> (unter VIE_Hospital_Image)

Audiobeiträge vom heutigen Pressefrühstück finden Sie nach Veranstaltungsende unter:

<http://www.o-ton.at> (kostenlose Registrierung für JournalistInnen)

2. Rheuma – was ist das eigentlich?

In Österreich sind rund zwei Millionen Menschen von rheumatischen Erkrankungen betroffen. Der Überbegriff „Rheuma“ umfasst mehr als 400 verschiedene Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert alle mit Schmerzen oder Funktionsverlust einhergehenden Störungen des Bewegungsapparates und der Stützorgane – Muskeln, Sehnen, Knochen, Gelenke und Bänder – als Rheuma. Damit verbunden sind zuweilen Behinderungen mit Einschränkungen der Alltagskompetenzen bis hin zur Arbeitsunfähigkeit.

Viele rheumatische Erkrankungen beginnen bereits im Alter zwischen 30 und 40 Jahren. Rheuma macht jedoch auch vor Kindern und Jugendlichen nicht Halt. Von einigen rheumatischen Erkrankungen sind Frauen etwa dreimal häufiger betroffen als Männer, z.B. von der entzündlichen rheumatoiden Arthritis (RA).

Eine frühzeitige Diagnose und der darauf aufbauende Therapie-Mix können den Krankheitsverlauf entscheidend beeinflussen. Daher ist gerade bei rheumatischen Erkrankungen ein rasches Handeln von Bedeutung, bevor die Gelenksabnutzung fortgeschritten ist oder der nächste Rheumaschub ansteht. Rheumatische Krankheiten sind oft Dauerleiden, die enorme volkswirtschaftliche Kosten durch Krankenstände, Arbeitsunfähigkeit, krankheitsbedingte Frühpensionierungen sowie Pflege-, Spitals- und andere Folgekosten verursachen. Aufklärung und kompetente Behandlung helfen, das Risiko zu minimieren.

Häufige rheumatische Erkrankungen im Überblick

Arthrose:

Arthrose ist eine degenerative Rheumaform, die früher oder später so gut wie alle Menschen betrifft. Die genaue Ursache ist unklar. Arthrose tritt auf, wenn die Belastung der Gelenke über einen langen Zeitraum höher ist als die eigentliche Belastbarkeits-Fähigkeit des Knorpels. (Dieses Missverhältnis kann durch eine erblich bedingte Störung des Knorpels entstehen oder durch eine Fehlbelastung des Knorpels).

Es kommt zu einem Verlust von Knorpel, der für das reibungslose Gleiten der Gelenke verantwortlich ist. Als Folge zerstörter Knorpel können die Knochen direkt aneinander reiben und krankhafte, schmerzhafte Veränderungen aufweisen.

Der Patient leidet je nach Stadium unter starkem Schmerz und vereinzelt geschwollenen Gelenken. Betroffen sind vor allem die kleinen Gelenke der Wirbelsäule, Knie, Hände, Finger und Hüfte.

Chronische Polyarthritis oder rheumatoide Arthritis:

Die Arthritis ist eine entzündliche rheumatische Erkrankung. Bis zu zwei Prozent der Bevölkerung sind von dieser Rheumaart betroffen.

Chronische Arthritis ist die häufigste aller entzündlichen Gelenkerkrankungen – eine systemische Entzündung, bei der das Immunsystem körpereigenes Gewebe innerhalb der Gelenke angreift. Die Zerstörung der Knorpel und Knochen ist die Folge. Arthritis hat nichts mit Überbelastung zu tun. Die Patienten sind oft jünger als Arthrosepatienten.

Chronische Polyarthritis (rheumatoide Arthritis) trifft mit zwei Drittel der Patienten vorwiegend Frauen (etwa zwei Drittel der RA-Patienten) und wird am häufigsten zwischen 40 und 70 Jahren diagnostiziert. Chronische Polyarthritis hat unbehandelt weitreichende Folgen: Alltägliche Verrichtungen werden zum Problem, der Tagesablauf ist nicht mehr autonom steuerbar. Sechs von zehn Patienten müssen schließlich ihren Beruf aufgeben.

Juvenile Arthritis tritt bei Kindern und Jugendlichen oft in Verbindung mit einer entzündlichen Augenerkrankung auf – nur der erfahrene Facharzt stellt bei diesem Zusammenhang die richtige Diagnose. Die Krankheit kann sehr aggressiv sein und zu Deformationen führen. Rund 1.000 österreichische Kinder unter 16 Jahren leiden an einer chronischen rheumatischen Erkrankung. Jährlich erkranken zirka acht von 100.000 Kindern an Rheuma.

Schuppenflechte-Arthritis (Psoriasis-Arthritis) ist eine chronisch verlaufende, entzündliche Gelenkerkrankung, die Gelenke und Wirbelsäule angreift und langsam zerstört. Rund 50.000 Menschen leiden an einer Psoriasis-Arthritis.

Morbus-Bechterew-Patienten leiden unter einer entzündlichen Erkrankung der Wirbelsäule und der angrenzenden Gelenke. Oft ist eine durch Versteifung entstandene massive Fehlstellung die Folge, die den Brustkorb einengt und damit das Atmen erschwert. 25.000 Patienten mit dieser Rheumaart leben in Österreich. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Die Krankheit tritt mehrheitlich zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr auf.

Weitere Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises

Ischias: Tief sitzende Schmerzen in der Wirbelsäule und in den Beinen, die durch eine mechanische Reizung der Beinnerven durch defekte Bandscheiben entstehen. Die Heilungsoptionen umfassen ein weites Spektrum, das von Manualtherapie bis hin zur Operation reicht. Die Häufigkeit liegt bei 150 pro 100.000 Einwohner und Jahr. Männer sind öfter betroffen als Frauen.

Osteoporose tritt besonders häufig bei weiblichen Patienten (etwa dreimal so häufig wie bei Männern) nach den Wechseljahren auf. Der fortlaufende Verlust der Knochendichte führt zu hoher Bruchanfälligkeit der Knochen und der Wirbelkörper. Etwa 700.000 Menschen in Österreich leiden an Osteoporose.

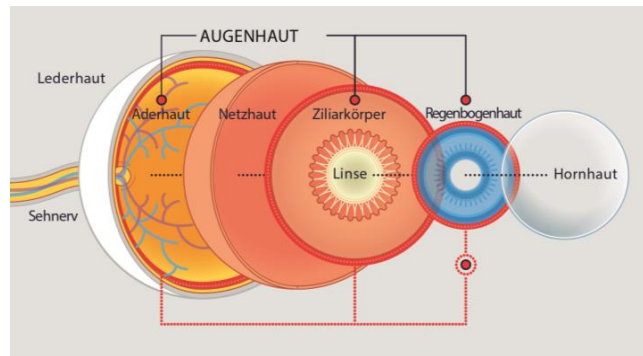
Lupus ist eine Autoimmunerkrankung mit Bildung von Autoantikörpern: Dabei führen Gefäßentzündungen zu Schäden an Gelenken und inneren Organen und zu Hautveränderungen. Er gehört zu den Kollagenosen (entzündliche Bindegewebserkrankungen). Aufgrund der Gefährdung innerer Organe, die bis zur Intensivstation führen kann, soll rechtzeitig ein spezialisiertes Rheumazentrum aufgesucht werden. Etwa 50 von 100.000 Personen sind davon betroffen, bis zu zehnmal mehr Frauen als Männer.

Mit drei Prozent der Gesamtbevölkerung ist der Weichteilrheumatismus die häufigste Rheumaform, bei dem Muskeln, Bänder und Sehnen betroffen sind.

Uveitis: Bei einer Uveitis handelt es sich um einen Überbegriff für eine Reihe von Entzündungen des Augeninneren, ausgehend von der mittleren Augenhaut, der Uvea (auch Traubenhaut genannt). Neben der Regenbogenhaut, der Aderhaut und dem Ziliarkörper können überdies benachbarte Strukturen (z.B. Netzhaut, Glaskörper etc.) betroffen sein. Eine Uveitis kann akut auftreten, aber auch chronisch und in wiederkehrenden Schüben verlaufen. Außerdem unterscheidet man zwischen einem infektiösen und einem nicht-infektiösen Verlauf¹. In Mitteleuropa leiden von 100.000 Menschen 38 unter einer Uveitis (für Österreich liegen keine Daten vor)². Meist bricht die seltene Erkrankung zwischen dem 20. und 60. Lebensalter aus³ – die Betroffenen sind somit im erwerbsfähigen Alter.

Bleibt eine Uveitis unbehandelt, kann es im Laufe der Erkrankung zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Sehvermögens, zu verschiedenen Folgeerkrankungen des Auges, mitunter sogar zu einer vollständigen Erblindung kommen³. Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung ist daher ausschlaggebend für den Erhalt des Sehvermögens⁴. Die Uveitis ist in der westlichen Welt die fünfthäufigste Ursache für vermeidbare Blindheit³. Bei der Uveitis unterscheidet man im Allgemeinen zwischen vier Formen. Die Einteilung wird aufgrund der Anatomie getroffen. Das heißt, um die richtige Diagnose stellen zu können, ist es überaus wichtig, den Schwerpunkt der Entzündung zu bestimmen. Überdies unterscheidet man zwischen einer infektiösen Uveitis (bedingt durch Bakterien, Viren, Pilze oder Parasiten) und einer nicht-infektiösen Uveitis (hierbei besteht oft ein Zusammenhang zu einer Autoimmunerkrankung, z.B. rheumatische Erkrankungen).

Die häufigste Form ist die anteriore Uveitis, von der 50 bis 60 Prozent betroffen sind. Zehn bis 20 Prozent leiden an einer intermediären Uveitis, 15 bis 20 Prozent an einer posterioren Uveitis und sieben bis 15 Prozent an einer Panuveitis^{2, 5-8}.



WICHTIG:

Während Menschen mit einer akuten anterioren Uveitis aufgrund der Schmerzen und Symptome in jedem Fall einen Arzt bzw. Augenarzt aufsuchen werden, ist das bei einem symptomarmen, schleichenden Verlauf oft verspätet der Fall. Umso wichtiger sind **regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen** – von der jährlichen Gesundenuntersuchung bis zum jährlichen Besuch beim Augenarzt ab dem 40. Lebensjahr.

Menschen mit einer Autoimmunerkrankung, wie beispielsweise Spondyloarthritis – vormals Bechterew genannt – oder auch Multipler Sklerose, sollten auf jeden Fall einmal pro Jahr zum Augenarzt gehen. Dies gilt im Besonderen für Kinder mit **juveniler idiopathischer Arthritis (JIA)**, da es im Rahmen dieser rheumatischen Erkrankung recht oft zu einer Uveitis kommen kann. Bei Kindern kommt außerdem erschwerend hinzu, dass Beschwerden und Symptome von außen nicht erkennbar sind: Das Auge wird nicht rot und eine Sehverschlechterung wird vom betroffenen Kind weder bemerkt bzw. kann diese oft nicht in Worte gefasst werden.

Therapie

Ziel einer jeden Uveitis-Therapie ist es, die Entzündung zu reduzieren, eine möglichst andauernde Remission (= Krankheitskontrolle) zu erreichen und die Verminderung des Sehvermögens zu verhindern⁹. Das heißt, wengleich keine Heilung möglich ist, soll die Entzündung kontrolliert werden, um sehbeeinträchtigende Komplikationen zu verhindern.

Für die Behandlung der intermediären/posterioren nicht-infektiösen Uveitis gab es bis vor kurzem hierzulande nur zwei zugelassene Medikamente bzw. Wirkstoffe: Kortison und Ciclosporin. Diese und weitere nicht für Uveitis zugelassene Medikamente werden gemäß internationaler bzw. von Experten weltweit erarbeiteten Leitlinien verschrieben. Jedes Medikament weist allerdings signifikante Nebenwirkungsprofile auf. Kortison ist das Mittel der ersten Wahl, um die akute Entzündung einzudämmen, jedoch sollte es nicht längerfristig verabreicht werden, weil dadurch häufig Nebenwirkungen wie beispielsweise psychische Veränderungen, Gewichtszunahme, Osteoporose sowie Grauer Star und Augendrucksteigerungen entstehen. Für eine längerfristige Kontrolle der Entzündung müssen daher sogenannte steroidsparende Therapien eingesetzt werden.

Ciclosporin wird wegen der hohen Rate an Nierenfunktionsstörungen und/oder Bluthochdruck aktuell nur in besonderen Fällen verschrieben.

In der Gruppe der Biologika gibt es hier eine neue Therapieoption. Biologika werden schon lange erfolgreich in der Therapie der rheumatischen Erkrankungen wie RA, PSA, Morbus Bechterew eingesetzt. Nun gibt es auch die Möglichkeit, eine Uveitis damit zu therapieren. Biologika sind zielgerichtete, krankheitsmodifizierende Therapien, die entzündungsfördernde Botenstoffe wie TNF hemmen. Bei der Verschreibung ist allerdings darauf zu achten, dass Infektionen, vor allem Tuberkulose, vor Therapiebeginn ausgeschlossen werden. Einmal mehr gilt es daher zu betonen, dass die rechtzeitige Diagnose und richtige Einteilung durch einen Uveitis-Spezialisten das Um und Auf für eine erfolgreiche Behandlung ist.

Quellen

- (1) Guly CM, Forrester J V. Investigation and management of uveitis
- (2) Barisani-Asenbauer T et al. Uveitis- a rare disease often associated with systemic diseases and infections – a systematic review of 2619 patients. Orphanet J Rare Dis 2012

- (3) Durrani OM, Tehrani NN, Marr JE, Moradi P, Stavrou P, Murray PI. Degree, duration, and causes of visual loss in uveitis
- (4) Larson T, Nussenblatt RB, Sen HN. Emerging drugs for uveitis
- (5) Jabs DA et al. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. Am J Ophthalmol 2005;140: 509–516
- (6) Grajewski RS et al. Spectrum of uveitis in a german tertiary center: Review of 474 consecutive patients. Ocul Immunol Inflamm 2015;11: 1-7
- (7) Jakob E et al. Uveitis subtypes in a german interdisciplinary uveitis center – analysis of 1916 patients. J Rheumatol 2009;36: 127-136
- (8) Llorenç V et al. Epidemiology of uveitis in a Western urban multiethnic population. The challenge of globalization. Acta Ophthalmol 2015;93: 561–567
- (9) Papotto PH et al., Autoimmun Rev 2014

„Rheuma – Erkennen bewegt!“, Informationsbroschüre der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

www.rheuma-online.at

Österreichische Gesellschaft für Knochen und Mineralstoffwechsel (OEGKM): Osteoporose – Leitlinien für die Praxis, Kurzfassung 2012.

3. Neuigkeiten aus der Rheumatologie am Beispiel der rheumatoiden Arthritis

Dr. Rudolf Puchner, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie in Wels, Präsident elect der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie (ÖGR):



In der medikamentösen Therapie rheumatischer Erkrankungen wurden in den letzten Jahren bahnbrechende Erfolge erzielt. Mittlerweile gibt es mehr als ein Dutzend Biologika und bereits die ersten Biosimilars. Als Nächstes werden sogenannte „small molecules“ auf den Markt kommen, die erstmals eine orale Therapie ermöglichen. Auf der anderen Seite lassen sich maßgebliche Verbesserungen der Versorgungsqualität im niedergelassenen Bereich erzielen – dieser Bereich ist der ÖGR ein besonderes Anliegen. So haben Rheumatologen in Oberösterreich eine Akutsprechstunde für Patienten eingeführt und die Resultate evaluiert. Darüber hinaus wurde österreichweit die interdisziplinäre Kooperation von Allgemeinmedizinern und Rheumatologen untersucht. Beide Arbeiten besitzen Vorbildcharakter und wurden heuer in renommierten Journalen publiziert (1,2).

Medikamente: Weitere Fortschritte in Sicht

Um die Jahrtausendwende wurde die Behandlung rheumatischer Erkrankungen dank der Einführung der Biologika revolutioniert. Diese monoklonalen Antikörper wirken extrazellulär, indem sie zirkulierende Botenstoffe (Zytokine) der Entzündungskaskade blockieren. Während früher die Therapieergebnisse oft äußerst limitiert waren, wirken die modernen Medikamente so effizient, dass viele Patienten beschwerdefrei sind, auf Urlaub fahren oder sogar Sport betreiben können. In etwa zwei bis drei Jahren wird nun die Einführung sogenannten kleiner Moleküle – „small molecules“ – mit intrazellulärem Angriffspunkt erwartet. Besonderer Vorteil: Sie werden in Tablettenform zur Verfügung stehen. Zwar wird möglicherweise das Therapieergebnis nicht weiter verbessert, sehr wohl jedoch die Einnahmequalität. Die Patienten werden damit keine Spritzen, keine Infusionen und keine Einschulungen mehr benötigen.

Akutsprechstunde in Oberösterreich

Ein zentraler Tätigkeitsschwerpunkt der ÖGR liegt im Bereich der Versorgungsforschung – insbesondere in speziell österreichischen Projekten, die nicht auf die medikamentöse Behandlung fokussiert sind. Beispielsweise wurde in Oberösterreich von den sechs niedergelassenen Rheumatologen mit Kassenstelle eine Akutsprechstunde eingeführt. Dafür stellt jeder Kollege einen bestimmten Teil seiner Ordinationszeit bereit. Die Patienten können per telefonischer Anmeldung sehr unkompliziert kommen, entweder mit oder ohne Überweisung von einem Allgemeinmediziner oder Facharzt. Die Wartezeit beträgt maximal eine Woche, die Begutachtungszeit maximal 15 Minuten. Ziel dieser Initiative ist es, die – bisher in der Regel viel zu lange – Zeit bis zum Behandlungsbeginn entscheidend zu verkürzen. Denn insbesondere bei rheumatoider Arthritis (RA) sollte eine Therapie innerhalb von drei Monaten beginnen – nur dann ist gewährleistet, dass keine Schäden zurückbleiben. Die Ergebnisse wurden 2016 im renommierten Journal of Rheumatology publiziert (1). Demnach wurden 43 Prozent der an RA Neuerkrankten innerhalb von drei Monaten gefunden. Bei einer Vergleichsgruppe (vor Etablierung der Akutsprechstunde) waren dies nur etwa 16 Prozent. Nach sechs Monaten wurden alle insgesamt 335 Patienten reevaluiert. Dabei zeigte sich eine Diagnosesicherheitsrate von 90 Prozent. Damit konnte erstmals gezeigt werden, dass im niedergelassenen Setting ein vergleichbar gutes Ergebnis wie im Krankenhaus erzielt werden kann.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Im Jahr 2014 wurde eine österreichweite Umfrage bei allen Allgemeinmedizinern und Rheumatologen über ihre interdisziplinäre Zusammenarbeit durchgeführt. Ein speziell für diese Zwecke entwickelter Fragebogen wurde an 4.016 Praktiker und 180 Rheumatologen ausgeschickt.

Resultate: Bei Verdacht auf RA wurden von den meisten Allgemeinmedizinern und Rheumatologen spezifische Labortests sowie ein Röntgen der betroffenen Gelenke vor Überweisung empfohlen. RA, Spondyloarthritis, Psoriasisarthritis und Bindegewebserkrankung wurden von beiden Disziplinen als Indikation zur Überweisung an einen Rheumatologen erachtet. Die meisten Allgemeinmediziner und Rheumatologen waren der Ansicht, dass die Therapie mit krankheitsmodifizierenden Substanzen (DMARDs) von einem Spezialisten initiiert werden sollte und dass für die weitere Betreuung der Hausarzt zuständig ist. Begleitende Follow-up-Visiten beim Rheumatologen in Drei- bis Sechs-Monatsintervallen wurden befürwortet.

Auf Basis dieser Ergebnisse wurde ein gemeinsamer Algorithmus für eine optimale Versorgung von Rheumapatienten – betreffend nicht nur RA, sondern alle entzündlichen Gelenkerkrankungen – entwickelt. Die Resultate dieser Arbeit wurden 2016 in PLOS One publiziert (2).

Biomarker für Therapieansprechen gesucht

Darüber hinaus betreiben österreichische Rheumatologen eine Reihe weiterer Projekte. So läuft derzeit eine interessante Studie unter der Schirmherrschaft der Klinischen Abteilung für Rheumatologie, Univ.-Klinik für Innere Medizin III unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Josef Smolen. Ziel ist es, Biomarker zu identifizieren, die eine Vorhersage über das individuelle Therapieansprechen auf Biologika ermöglichen. Dieses Thema ist deshalb von großer Relevanz, weil Biologika bei vielen, aber nicht allen Patienten wirken und sich in manchen Fällen erst die dritte oder vierte Substanz als individuell geeignet und nützlich erweist. Wenn es gelingt, das Therapieansprechen im Vorhinein besser abschätzen zu können, kann wertvolle Zeit bis zum Beginn einer wirksamen Behandlung eingespart werden. Die Studie befindet sich derzeit in der Rekrutierungsphase, erste Ergebnisse werden in etwa zwei Jahren erwartet.

Literatur:

- (1) Puchner R, Janetschko R, Kaiser W, Linkesch M, Steininger M, Tremetsberger R, Alkin A, Machold K. *Efficacy and Outcome of Rapid Access Rheumatology Consultation: An Office-based Pilot Cohort Study.* J Rheumatol. 2016 Jun;43(6):1130-5. doi: 10.3899/jrheum.151210. Epub 2016 Apr 1.
- (2) Puchner R, Edlinger M, Mur E, Eberl G, Herold M, Kufner P, Puchner A, Puchner SE, Redlich K, Alkin A, Machold K. *Interface Management between General Practitioners and Rheumatologists-Results of a Survey Defining a Concept for Future Joint Recommendations.* PLoS One. 2016 Jan 7;11(1):e0146149. doi: 10.1371/journal.pone.0146149. eCollection 2016.

Zur Person

Dr. Rudolf Puchner, MSc, MBA

Akademische Ausbildung und Weiterbildungen:

10/2006	Master of Business Administration (Health Care Management) WU Wien
07/2005	Master of Science (MSc): Management in Einrichtungen des Gesundheitswesens Donauuniversität Krems
04/2005	Qualitätsmanager im Gesundheitswesen (ÖVK- Zertifikat, letzter Refresher 6/2015)
07/1995	Selbständiger Internist in der Praxis in Wels (Freiung 19)
02/1995	Additivfacharzt für Rheumatologie
01/1992 – 07/1995	Oberarzt an der I. Internen Abteilung Wels
01/1991	Facharzt für Innere Medizin
01/1986 – 12/1990	AKH Wels Facharztausbildung Innere Medizin
03/1984 – 12/1985	AKH Wels Turnusausbildung
07/1983 – 02/1984	Militärdienst: Heeresspital Stammersdorf Wien
10/1976 – 06/1983	Medizinstudium: Promotion 09.07.83 in Wien

Publikationen und Lehre:

08/2012	Rheumatologie aus der Praxis – Lehrbuch der entzündlichen Gelenkerkrankungen. 2. erweiterte Auflage 282 Seiten SpringerWienNewYork
08/2010	Rheumatologie aus der Praxis – Lehrbuch der entzündlichen Gelenkerkrankungen. 1. Auflage 260 Seiten SpringerWienNewYork
08/2008	Loisl und Puchner Diagnose Rheuma – Lebensqualität mit einer entzündlichen Gelenkerkrankung. 2. erweiterte Auflage 160 Seiten
08/2005	Loisl und Puchner Diagnose Rheuma – Lebensqualität mit einer entzündlichen Gelenkerkrankung. 1. Auflage 150 Seiten
07/1998	Prof. Dr. Walter Pilgerstorfer- Preis 1998 für die Publikation „ Komplikationen der

diagnostischen und interventionellen Koloskopie in der „Wiener klinischen Wochenschrift“

1996- 2016 Autor von 17 wissenschaftlichen Studien in peer reviewed Journalen (davon 13 Publikationen als Erstautor)

1993-1994 Ausbildungsassistent für Innere Medizin im AKH Wels
Lektor an der Akademie für Physiotherapie, Wels

Standespolitik:

seit 12/2014 Präsident elect der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie (ÖGR)
2011- 12/2014 Leiter der berufsständischen Sektion im Vorstand der österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie (ÖGR)
seit 2009 im Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie (ÖGR)

Kontakt

Ordination Dr. Rudolf Puchner
4600 Wels, Freieung 19
Tel. 07242/706 25

4. Rheumapatienten tragen ein höheres Risiko für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems

Prim. Univ.-Prof. Dr. Marcus Köller, Ärztlicher Direktor SMZ Sophienspital Wien, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie und Geriatrie:

Während früher davon ausgegangen wurde, dass entzündlich-rheumatische Erkrankungen ausschließlich in den Gelenken Schäden verursachen, ist heute belegt, dass es im ganzen Körper zu negativen Auswirkungen kommen kann, insbesondere auch im Herz-Kreislauf-System. Als Hauptursache dafür wird angesehen, dass chronische Entzündungsprozesse ein rascheres Voranschreiten von Arteriosklerose verursachen (1). Für Rheumapatienten ist daher besonders wichtig, auf einen gesunden Lebensstil zu achten und andere kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes und erhöhte Blutfettwerte zu reduzieren.



In einem aktuellen Review wurde errechnet, dass die Gesamtmortalitätsraten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis um das 1,3- bis 2,3-Fache, bei bei Morbus Bechterew (AS) um 1,5- bis Zweifache und bei Psoriasisarthritis (PsA) etwa um das 0,8- bis 1,6-Fache erhöht ist. Bei RA ist das kardiovaskuläre Risiko mit jenem von Diabetikern oder Bluthochdruckpatienten vergleichbar.(2) Darüber hinaus gibt es auch Erkrankungen im breiten Spektrum der rheumatologischen Autoimmunerkrankungen, welche Herz und Gefäße direkt schädigen, v.a. Kollagenosen (wie SLE, systemische Sklerose) oder die Vaskulitiden (Gefäßentzündungen).

Bereits seit längerem bekannt ist, dass bei Rheumapatienten zum biologischen Alter etwa fünf bis 15 Jahre addiert werden müssen. Statistisch gesehen sterben Rheumapatienten rund sechs bis zehn Jahre früher, meist an Herzinfarkt oder Schlaganfall.

EULAR-Empfehlungen

Die Europäische Rheuma-Liga (EULAR) hat Empfehlungen zum kardiovaskulären Risikomanagement für Patienten mit RA, PsA und AS formuliert (3). Demnach sollte das individuelle kardiovaskuläre Risiko jährlich bzw. bei Veränderungen des Therapieregimes evaluiert werden. Der Risiko-Score sollte bei Rheumapatienten mit dem Faktor 1,5 multipliziert werden, wenn zwei von drei Kriterien erfüllt sind:

- Krankheitsdauer von mehr als zehn Jahren,
- Positivität bezüglich Rheumafaktor oder ACPA (Antikörper gegen cyclisches citrulliniertes Peptid),
- Vorliegen von extraartikulären Manifestationen.

Bei betroffenen Patienten gelten v.a. strengere Zielwerte für Blutfette wie Cholesterin und insbesondere LDL-Cholesterin – angestrebt werden sollten Level wie bei Patienten mit Diabetes oder einem zurückliegenden kardiovaskulären Ereignis wie z.B. Herzinfarkt. Als bevorzugte Therapien werden zur Blutfettsenkung Statine sowie zur Blutdrucksenkung ACE-Hemmer und AT-II-Blocker empfohlen. Die Rolle der meisten nichtsteroidalen Antirheumatika bei kardiovaskulären Risiken ist nicht ausreichend geklärt. Daher sollten sie mit Vorsicht verschrieben werden, insbesondere auch bei Rheuma-Patienten mit bekannter Herz-Kreislauf-Erkrankung. Kortikosteroide sollten in der geringstmöglichen Dosis zum Einsatz kommen, da sie negative Effekte auf Blutzucker, Blutfette und Blutdruck haben können.

Hingegen können wirksame antientzündliche Therapien wie Methotrexat oder Biologika das kardiovaskuläre Risiko senken, und zwar nicht nur durch die Kontrolle der Entzündung und den Schutz der Gelenke vor Zerstörung, sondern auch durch die positive Beeinflussung metabolischer Parameter.

Darüber hinaus sollten Rheumapatienten insbesondere bei erhöhtem kardiovaskulärem Risiko auf einen gesunden Lebensstil achten. Das bedeutet: Sie sollten nicht rauchen, sich ausreichend bewegen und Normalgewicht anstreben.

Literatur:

- (1) Von Hundelshausen P, Weber C. *Chronische Entzündung und Atherosklerose*. Dtsch Med Wochenschr 2013;138:1839-1844.
- (2) Agca R, Heslinga SC, et al. *Atherosclerotic cardiovascular disease in patients with chronic inflammatory joint disorders*. Heart 2016;102:790-795.
- (3) Peters MJL, Symmons DPM, McCarey D, et al. *EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis*. Ann Rheum Dis 2010;69:325–331.

Zur Person

Prim. Univ.-Prof. Dr. Marcus Köller

Ärztlicher Direktor SMZ Sophienspital Wien, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie und Geriatrie

Kontakt

Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital

1070 Wien, Apolllogasse 19

Tel. 01/521 03-1315

E-Mail: marcus.koeller@wienkav.at

5. Rheuma als Ursache für eine chronische Augenentzündung?

Univ.-Prof. Dr. Talin Barisani-Asenbauer, Fachärztin für Augenheilkunde und Optometrie:

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen treten häufig in Kombination mit Erkrankungen der Augen auf. Diese können bereits vor, während, aber auch erst nach einer Gelenkerkrankung beginnen, je nach Rheuma-Typ unterschiedliche Formen annehmen und in ihrer Ausprägung von relativ harmlos bis hin zur Erblindung reichen. Sie können auch als Nebenwirkungen einer Rheumatherapie entstehen und anfangs ohne Symptome sein. Daher sind für Betroffene regelmäßige augenärztliche Untersuchungen wichtig – insbesondere bei kindlichem Rheuma (Juvenile idiopathische Arthritis, JIA) – sowie eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit von Rheumatologen und Augenärzten.



Das Spektrum möglicher Augenerkrankungen im Zusammenhang mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ist breit. Beispielsweise treten bei rheumatoider Arthritis (RA) besonders häufig Erkrankungen der Augenoberfläche wie etwa das Trockene-Auge- oder Sjögren-Syndrom, Leder- oder Hornhautentzündung auf. Hingegen sind bei Rheuma-Erkrankungen wie Morbus Bechterew (ankylosierende Spondylitis, AS), Reiter-Syndrom, Vaskulitiden, Kollagenosen oder Morbus Wegener neben oberflächlichen auch mehr im Augeninneren befindliche (intraokuläre) Erkrankungen verbreitet, wie etwa Entzündungen der mittleren Augenhaut (Uveitiden).

Während beispielsweise das trockene Auge zwar relativ harmlos ist, jedoch die Lebensqualität maßgeblich beeinträchtigen kann, können manche der Augenentzündungen sogar bis zur Erblindung führen. Dies gilt insbesondere für die sogenannte Lederhautentzündung bei rheumatoider Arthritis. Sie kann bis zur Einschmelzung der Lederhaut führen und stellt einen ophthalmologischen Notfall dar.

Schwierige Diagnose

Die Diagnose von rheumatisch bedingten Augenerkrankungen gestaltet sich meist schwierig. Zum einen können sie zu jedem Zeitpunkt auftreten, oft lange Zeit vor der Manifestation der Gelenkerkrankung, wie dies beispielsweise häufig bei Uveitis und Morbus Bechterew der Fall ist. Hier führt häufig erst die Durchuntersuchung oder Abklärung der Uveitis zum Erkennen der zugrundeliegenden Systemerkrankung. Augenerkrankungen können auch in einer Phase beginnen, in der die zugrundeliegende rheumatische Erkrankung selbst keine Aktivität zeigt. Zum anderen können sie häufig auch über lange Zeit beschwerdelos bestehen und dadurch erst spät entdeckt werden. D.h. es kann vom Betroffenen primär vollkommen unbemerkt zu Augenveränderungen führen. Dies ist u.a. besonders bei Kindern mit Juveniler Idiopathischen Arthritis (JIA) der Fall: Sie entwickeln sehr häufig eine innere Augenentzündung, die aber von außen nicht erkennbar ist. Das heißt, diese Kinder müssen bei Erstmanifestation der Arthritis alle sechs Wochen augenärztlich untersucht werden, damit eine Entzündung rechtzeitig erkannt und behandelt werden kann.

Aufgrund dieser Vielgestaltigkeit sollte die Untersuchung durch spezialisierte Augenärzte bzw. bei Verdacht oder unklarer Diagnose die Beiziehung eines Rheumatologen erfolgen. Zudem ist die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und das gemeinsame Verständnis für die Problematik zwischen diesen beiden Fachgruppen erforderlich. So kann die Gelenksmanifestation aus Sicht des Rheumatologen gut kontrolliert sein, jedoch aufgrund der Augenveränderungen dennoch eine Therapieänderung notwendig sein.

Verschiedene Therapieoptionen

Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass nicht jede Augenerkrankung bei einem Rheumapatienten auch tatsächlich rheumatisch bedingt sein muss. Daher muss die Ursache sorgfältig abgeklärt werden. Handelt es sich um eine Infektion, muss diese gezielt behandelt werden, Immunsuppressiva oder Biologika hingegen sind prinzipiell kontraindiziert, weil sie die Infektion verschlimmern können.

Als primäre Behandlung wird Kortison lokal (Tropfen oder Injektionen ins Auge) oder systemisch, d.h. in Form von Tabletten, Infusionen oder Injektionen verabreicht. Um kortikosteroidbedingte Nebenwirkungen zu

minimieren, ist es bei Langzeittherapie erforderlich, entweder auf Cyclosporin oder andere – meist nicht für Augenerkrankungen zugelassene – Medikamente wie beispielsweise Methotrexat, Azathioprin oder Mycophenolat Mofetil umzusteigen. Auch Biologika wirken meist bei nicht-infektiösen sehbedrohenden Entzündungen gut. Erst kürzlich wurde mit Adalimumab das erste Biologikum zur Behandlung von nicht anterioren-nicht-infektiösen Uveitiden zugelassen.

Weiters ist zu beachten, dass auch durch die Rheumatherapie selbst eine Augenerkrankung ausgelöst werden kann. So können unter Immunsuppressiva Augeninfektionen mit beispielsweise Herpesviren reaktiviert werden. Durch Kortison kann der Augendruck steigen und ein grauer Star entstehen, unter Chloroquin kann es zu Hornhaut- und Makulaveränderungen kommen. Letztere gehen meistens mit Absetzen der Chloroquin zurück. Wichtig sind jedoch regelmäßige Kontrollen, um Komplikationen rechtzeitig zu erkennen und geeignete Maßnahmen zu setzen.

Rheumapatienten ist generell zu empfehlen, sich bei Auftreten von Augenbeschwerden wie Fremdkörpergefühl, Lichtempfindlichkeit, Schlieren-Sehen, Sehverminderung oder Orgengefühl (Spüren des Auges) sobald als möglich an einen Augenarzt zu wenden.

Zur Person

Univ. Prof. Dr. Talin Barisani-Asenbauer, F.E.B.O.

Leiterin des Laura Bassi Center for Expertise Ocuvac
Zentrum für Pathophysiologie, Infektiologie & Immunologie, Medizinische Universität Wien

Aufbau und Leitung des Bereiches okuläre Immunologie und Infektiologie an der Medizinischen Universität Wien

Nationale und internationale Tätigkeit im Bereich Lehre, Forschung & Entwicklung
Schwerpunkte: Seltene Augenerkrankungen, Infektionen, Allergien. Internationale translationale Zusammenarbeit Harmonisierung der europäische Facharztausbildung, Grenzüberschreitende Medizin Kooperationen mit pharmazeutischen Unternehmen
Mitglied in internationalen Gremien und Steering committees
Ausbildung: Studium der Humanmedizin an der Universität Wien, vielfältige nationale/internationale Weiterbildungen

Akademischer und beruflicher Werdegang:

1983-1990 Medizinstudium. Dissertation: "Implementation of an Electronic Database in an Eye Bank"
1987-1990 Wissenschaftliche MitarbeiterIn in der Hornhautbank der 2 Univ. Augenklinik Wien
1990-1997 Facharztausbildung
1996- 1997 Gegenfach Immunologie. Arbeitsgruppe Prof. Zlabinger
1997 Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie
1998 Fellow of the European Board of Ophthalmology
2001 Venia docendi: "Molecular methods to identify microbes in ocular tissues"

Positionen:

1990- 1997 Universitätsassistentin der 2. Univ. Augenklinik Wien
1994 Leiterin der Uveitisambulanz der Klinik für Augenheilkunde
1998 Oberärztin der Klinik für Augenheilkunde und Optometrie
2002 Ao.univ.Prof. und Leiterin der Arbeitsgruppe „Okuläre Immunologie“
2004 Österr.Delegierte: European Board of Ophthalmology (EBO)
2004 Österr. Delegierte: Union Europeenne des Medecins Specialistes (UEMS)
2007-2009 Vorsitzende der Kommission für Internationale Ophthalmologie der ÖOG
2007 Generalsekretärin der International Ocular Inflammation Society (IOIS)
2008 Arbeitsgruppe „Okuläre Entzündungen und Infektionen“ am Institut für SPTM
2009 Vorsitzende der Kommission für Okuläre Immunologie, Infektionen, Uveitis und Allergologie der ÖOG
2009 Präsidentin der Wiener Ophthalmologischen Gesellschaft
2010 Co-editor-in-chief und Mitbegründerin: Journal of Ophthalmic Inflammation and Infection

Kontakt:

Ordination:

1030 Wien, Jacquingasse 41

Tel. 01/798 45 58

E-Mail: anmeldung@barisani.at

Web: <http://www.barisani.at>

6. Neue Projekte der Rheumaliga: Gut leben mit Rheuma und Rheumatage im Herbst

Gertraud Schaffer, Präsidentin der Österreichischen Rheumaliga

Gut leben mit Rheuma – neues Gesundheitsprojekt ab Herbst 2016

Mehr als zwei Millionen Menschen in Österreich leiden jährlich an Schmerzen im Stütz- und Bewegungsapparat. Betroffen sind nicht nur ältere Menschen, sondern sogar etwa 2.000 Kinder. Rheuma hat viele Gesichter und umfasst rund 400 verschiedene Erkrankungen an Gelenken, Sehnen, Knochen und Muskeln. Die häufigste entzündliche Gelenkerkrankung ist die rheumatoide Arthritis (syn.: chronische Polyarthritis). Auch Arthrose, Osteoporose, Fibromyalgie oder Gicht zählen zu den Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises. Wesentlich für eine erfolgreiche Behandlung sind eine frühzeitige Diagnose, um rasch mit der richtigen Therapie starten zu können.



Neues Gesundheitsprojekt der Österreichischen Rheumaliga in Tirol

Daher lädt die Österreichische Rheumaliga (ÖRL) alle Menschen mit chronischen Erkrankungen des Bewegungsapparates (Muskel-Skelett-Erkrankungen) ein, am neuen Gesundheitsprojekt „Gut leben mit Rheuma“ teilzunehmen, um Neues und Wissenswertes über rheumatische Erkrankungen zu erfahren. Die österreichweite unabhängige Selbsthilfeorganisation verfolgt das Ziel, die Interessen von Rheumapatienten zu fördern und ihnen beim Umgang mit der Krankheit durch Information, Beratung und Unterstützung zu helfen.

Workshops zu medizinischen und therapeutischen Themen

Im Rahmen von derzeit fünf geplanten Wochenend-Modulen referiert ein Rheuma-Expertenteam über neue medizinische sowie wissenschaftliche Erkenntnisse aus den Bereichen Ernährung, Sport und Bewegung, physikalische und ergotherapeutische Maßnahmen, Entspannungstechniken, soziale Aspekte in der Arbeitswelt und Motivationstraining. Bei Podiumsdiskussionen können offene Fragen zu Diagnosen, Behandlungsmöglichkeiten, zur Problematik im Umgang mit der Erkrankung und zur Vielfalt von rheumatischen Erkrankungen gestellt und diskutiert werden sowie Erfahrungen mit anderen Betroffenen ausgetauscht werden. Gemeinsam können Ziele und Strategien leichter aufgezeigt und erarbeitet werden, die es jedem ermöglichen, trotz einer rheumatischen Erkrankung ein gutes lebenswertes Leben ohne Schmerzen zu führen.

Die ersten beiden Module finden von Freitag, 14. bis Sonntag, 16. Oktober 2016 unter dem Motto „Rheuma hat viele Gesichter – ein Projekt für Jung und Alt“ und von Freitag, 11. bis Sonntag, 13. November 2016 zum Thema „Jung und Rheuma – Gibt's nicht! Was nun?“ in Bad Häring (Kufstein, Tirol) statt. „Bad Häring als ausgezeichnete Luftkurort bietet optimale Möglichkeiten die Tagungen in einem passenden Umfeld abzuhalten“, so TVB-Obmann Johann Mauracher. Die Teilnahme an den Workshops ist kostenlos, nur Kost und Logis müssen selbst übernommen werden.

Zimmeranfragen und -buchungen:

Ferienland Kufstein, Tel. 05372/622 07 20, l.benckiser@kufstein.com

Weitere Infos, detailliertes Programm und Anmeldung:

<http://gutlebenmitrheuma.at>

Rheumatag Stockerau am 12. Oktober:

Rheuma hat viele Gesichter – ob jung oder alt – es kann jeden treffen!

Schmerzen im Rücken, in den Knien oder Fingern? Schwellungen in den Gelenken? Ständige Müdigkeit und Kraftlosigkeit? In Österreich leiden ca. zwei Millionen Menschen an Beschwerden des Bewegungsapparates, 381.000 allein in Niederösterreich. Umfassende Informationen über Diagnose und Therapie rheumatischer Erkrankungen gibt es am Mittwoch, 12. Oktober 2016, ab 13 Uhr im City Hotel Stockerau (Hauptstraße 49, 2000 Stockerau) unter dem Motto „Rheuma hat viele Gesichter – ob jung oder alt – es kann jeden treffen!“. Der Eintritt ist frei.

Weitere Infos: <http://www.rheumaliga.at> oder <http://www.rheumatologie.at>

Grazer Rheumatag am 19. Oktober:

Rheuma hat viele Gesichter – ob jung oder alt – es kann jeden treffen!

Schmerzen im Rücken, in den Knien oder Fingern? Schwellungen in den Gelenken? Ständige Müdigkeit und Kraftlosigkeit? In Österreich leiden ca. zwei Millionen Menschen an Beschwerden des Bewegungsapparates, 282.630 allein in der Steiermark. Umfassende Informationen über Diagnose und Therapie rheumatischer Erkrankungen gibt es am Mittwoch, 19. Oktober 2016, ab 13 Uhr im Hotel Das Weitzer (Grieskai 12-16, 8020 Graz) unter dem Motto „Rheuma hat viele Gesichter – ob jung oder alt – es kann jeden treffen!“. Der Eintritt ist frei.

Weitere Infos: <http://www.rheumaliga.at> oder <http://www.rheumatologie.at>

Villacher Rheumatag am 5. November:

Rheuma hat viele Gesichter – ob jung oder alt – es kann jeden treffen!

Schmerzen im Rücken, in den Knien oder Fingern? Schwellungen in den Gelenken? Ständige Müdigkeit und Kraftlosigkeit? In Österreich leiden ca. zwei Millionen Menschen an Beschwerden des Bewegungsapparates, 135.000 allein in Kärnten. Umfassende Informationen über Diagnose und Therapie rheumatischer Erkrankungen gibt es am Samstag, 5. November 2016, ab 13 Uhr im Warmbaderhof – Parksalon (Kadischenallee 22-24, 9504 Warmbad-Villach) unter dem Motto „Rheuma hat viele Gesichter – ob jung oder alt – es kann jeden treffen!“. Der Eintritt ist frei.

Weitere Infos: <http://www.rheumaliga.at> oder <http://www.rheumatologie.at>

16. Wiener Rheumatag am 23. November im Rathaus:

Lebensqualität mit Rheuma

In Österreich leiden ca. zwei Millionen Menschen an Beschwerden des Bewegungsapparates, 500.000 allein in Wien. Umfassende Informationen über Diagnose und Therapie rheumatischer Erkrankungen gibt es am Mittwoch, 23. November 2016, von 11 bis 16.30 Uhr beim 16. Wiener Rheumatag im Rathaus – Festsaal, Lichtenfelsgasse 2, 1010 Wien unter dem Motto „Lebensqualität mit Rheuma“. Der Eintritt ist frei. Aufzug vorhanden.

Weitere Infos: <http://www.rheumaliga.at> oder <http://www.rheumatologie.at>

Über die Österreichische Rheumaliga

Die ÖRL ist eine ehrenamtlich geführte österreichweite, parteipolitische und religiös neutrale Selbsthilfeorganisation von Rheumakranken und Angehörigen mit dem Ziel, die gemeinsamen Interessen der Betroffenen mit einer rheumatischen Erkrankung zu fördern und ihnen beim Umgang mit der Krankheit zu helfen. Betroffene zu informieren, zu beraten, zu unterstützen und zu begleiten. Wir sehen uns als Plattform zwischen Arzt und Patient.

Unser Ziel ist, das Bewusstsein für Menschen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen in unserer Gesellschaft zu erhöhen. Rheuma ist keine Erkrankung der alten Leute – es gibt viele junge Rheumatiker, ja sogar Kleinkinder. Unser Fokus liegt in den nächsten Jahren bei den jungen Betroffenen. Daher haben wir 2014/2015 eine Online-Umfrage unter jungen Rheumatikern (18-35 Jahre) gestartet, mit dem Ziel, Bedürfnisse, Anliegen von Betroffenen abzufragen, um eine adäquate Unterstützung anbieten zu können. Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit und die der im Gesundheitswesen Tätigen über die Problematik im Umgang mit den Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sind weitere Tätigkeitsschwerpunkte der Rheumaliga, ebenso die verstärkte Einbindung und Zusammenarbeit der involvierten Interessengruppen, wie etwa Krankenkassen, Pensionsversicherungen, Behörden, Vereinen und Lobby-Arbeit. Ein Anliegen ist uns auch, die Eigeninitiative von Betroffenen zu stärken und zu fördern.

Die ÖRL ist in die EULAR (Europäische Rheumaliga) eingebunden und arbeitet auf internationaler Ebene mit anderen Ligen zusammen. Internationale Kongresse werden von unseren Auslandsdelegierten besucht, um auf dem neuesten Stand der Wissenschaft zu sein, um Informationen an Betroffene weitergeben zu können.

Angebot der Österreichischen Rheumaliga:

- Beratungs- und Informationsstunden am Telefon oder per Einzelgespräch im Büro
- Bereitstellung von Informationsmaterial
- Monatliche Gruppentreffen
- Wöchentliche Treffen: Rheumturnen und Unterwassergymnastik
- Besuch von med. Einrichtungen

- Fortbildung für Gruppensprecher
- Möglichkeit im Vereinswesen aktiv mitzuarbeiten
- Adressen von Ärzten, Krankenhäusern, Reha-Zentren
- Auflage unserer Zeitschrift „Aktiv mit Rheuma“ 3 x jährlich
- Online-Umfrage unter jungen Rheumatikern, durchgeführt 2014/2015
- Tag der offenen Tür – Informationstage
- Jährliche Rheumatage für Betroffene und Interessierte
- Rabattierungen div. Einrichtungen für Mitglieder
- Homepage und Facebook
- Internet-Portal Rheuma-Coach, für PC, Laptop, Tablet und Smartphone, für Mitglieder frei
- Herausgabe ÖRL-Imagebroschüre

Die ÖRL hat ca. 1.100 Mitglieder und besteht derzeit aus 5 Landesgruppen und 22 Selbsthilfegruppen. Es finden regelmäßig monatliche Treffen statt. Unsere Gruppen werden von Rheumatologen begleitet und unterstützt. Sehr viel Wert wird auf Bewegung gelegt, so werden zusätzlich noch Wanderungen, Rad fahren, diverse Entspannungstechniken, wie Yoga u.v.a. angeboten. Gemeinsame Gruppenausflüge werden unternommen. Die Aktivitäten sind von Gruppe zu Gruppe unterschiedlich und individuell gestaltet.

Zur Person

Gertraud Schaffer

Seit mehr als 23 Jahren leide ich unter Gelenksbeschwerden, die Diagnose „Rheumatoide Arthritis (RA)“ erhielt ich vor 15 Jahren. Die ersten sieben Jahre waren sehr schwer zu bewältigen, etliche Krankenstände, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationsaufenthalte... Ich habe viele alternative Möglichkeiten versucht, Ernährung umgestellt, Erleichterung brachte erstmals die Kältekammer. Dort lernte ich auch, was es bedeuten kann, wenn man regelmäßig, konsequent Bewegung macht. Das konnte ich mir bis zu diesem Zeitpunkt mit den vielen Schmerzen, Schwellung und Steifheit überhaupt nicht vorstellen. Da konnte ich das erste Mal für fast ein Jahr die Schmerztabletten weglassen. Auch die Lebensqualität ist dadurch gestiegen. Meine Arbeit und mein privates Leben hatten wieder Sinn. Und mit den neuen Biologika, die ich als Probandin einer Versuchsreihe testen konnte, ging es bergauf.

Betroffene sollten bei allen Therapieoptionen zuerst mit ihrem Arzt den Nutzen/Risiko-Faktor abklären. Ganz ohne Medikamente wird es bei einer schwer verlaufenden Erkrankung nicht gehen. Daher war mir Wissen über die Erkrankung und der regelmäßige Kontaktaustausch mit Gleichgesinnten sehr wichtig. Ich gebe meine Erfahrungen gerne weiter. Es ist hilfreich und erleichtert das Leben sehr, wenn Betroffene lernen, mit der Erkrankung umzugehen und sehen, dass sie nicht alleine sind sowie auch erkennen. Gemeinsam mit seinem Arzt die beste Therapie zu finden, um den Verlauf der Erkrankung zu stoppen oder zu verzögern – das ist für jeden ein erreichbares Ziel.

Mein soziales ehrenamtliches Engagement besteht seit über 20 Jahren. Ich leite zwei Selbsthilfegruppen und seit sechs Jahren bin ich die Vorsitzende der ÖRL.

Kontakt:

Gertraud Schaffer - Präsidentin der Österreichischen Rheumaliga

5761 Maria Alm, Dorfstraße 4

Tel. 0664/596 58 49

E-Mail: rheuma-salzburg@sbg.at

Web: <http://www.rheumaliga.at>

7. Zusammenfassung: Neuigkeiten aus der Rheumatologie

Optimierte Behandlungsergebnisse durch innovative Medikamente und rasche, interdisziplinäre Versorgung

Der rheumatische Formenkreis besteht aus hunderten verschiedenen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates. Einer der Hauptauslöser sind Störungen des Immunsystems. Nicht nur die Gelenke, sondern auch viele anderen Organe können erkranken. In den letzten Jahren wurden bahnbrechende therapeutische Fortschritte erzielt – zum einen durch innovative Medikamente, zum anderen durch Verbesserungen in der Versorgungsstruktur.

Erhöhtes Risiko für Herz und Kreislauf

„Während früher davon ausgegangen wurde, dass entzündlich-rheumatische Erkrankungen ausschließlich in den Gelenken Schäden verursachen, ist heute belegt, dass es im ganzen Körper zu negativen Auswirkungen kommen kann, insbesondere auch im Herz-Kreislauf-System“, erklärt Prim. Univ.-Prof. Dr. Marcus Köller, Ärztlicher Direktor SMZ Sophienspital Wien, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie und Geriatrie. Als Hauptursache dafür wird angesehen, dass chronische Entzündungsprozesse ein rascheres Voranschreiten von Arteriosklerose verursachen (1).

In einem aktuellen Review wurde errechnet, dass die Gesamtmortalitätsraten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis um das 1,3- bis 2,3-Fache, bei Morbus Bechterew (AS) um 1,5- bis Zweifache und bei Psoriasisarthritis (PsA) etwa um das 0,8- bis 1,6-Fache erhöht ist. Bei RA ist das kardiovaskuläre Risiko mit jenem von Diabetikern oder Bluthochdruckpatienten vergleichbar.(2) Darüber hinaus gibt es auch Erkrankungen im breiten Spektrum der rheumatologischen Autoimmunerkrankungen, welche Herz und Gefäße direkt schädigen, v.a. Kollagenosen (wie SLE, systemische Sklerose) oder die Vaskulitiden (Gefäßentzündungen).

Statistisch gesehen sterben Rheumapatienten rund sechs bis zehn Jahre früher, meist an Herzinfarkt oder Schlaganfall, so Prim. Köller: „Für Betroffene ist daher besonders wichtig, auf einen gesunden Lebensstil zu achten, das heißt v.a.: nicht rauchen, ausreichend bewegen und Normalgewicht anstreben.“ Darüber hinaus gilt es, andere kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes und erhöhte Blutfettwerte zu reduzieren.

Augenbeteiligung bei Rheuma

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen sind auch häufig mit Erkrankungen der Augen vergesellschaftet. „Diese können bereits vor, während, aber auch nach dem Auftreten einer Gelenkserkrankung beginnen, je nach vorliegendem Rheuma-Typ unterschiedliche Formen annehmen und in ihrer Ausprägung von relativ harmlos bis hin zur Erblindung reichen. Sie können auch als Nebenwirkungen einer Rheumatherapie entstehen und anfangs ohne Symptome sein“, betont Univ.-Prof. Dr. Talin Barisani-Asenbauer, Fachärztin für Augenheilkunde und Optometrie. Die Diagnose von rheumatisch bedingten Augenerkrankungen gestaltet sich oft schwierig. Daher sind für Betroffene regelmäßige augenärztliche Untersuchungen wichtig – insbesondere bei kindlichem Rheuma (Juvenile idiopathische Arthritis, JIA) – sowie eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit von Rheumatologen und Augenärzten, um möglichst frühzeitig die individuell optimale Behandlung zu bekommen. Rheumapatienten ist generell zu empfehlen, sich bei Auftreten von Augenbeschwerden wie Fremdkörpergefühl, Lichtempfindlichkeit, Schlieren-Sehen, Sehverminderung oder Organgefühl (Spüren des Auges) sobald als möglich an einen Augenarzt zu wenden.

Vielfältige therapeutische Fortschritte

„In der medikamentösen Therapie rheumatischer Erkrankungen wurden in den letzten Jahren bahnbrechende Erfolge erzielt“, erläutert Dr. Rudolf Puchner, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie in Wels, Präsident elect der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie (ÖGR). Mittlerweile gibt es mehr als ein Dutzend Biologika und bereits die ersten Biosimilars. Als Nächstes werden sogenannte „small molecules“ auf den Markt kommen, die erstmals eine orale Therapie ermöglichen. Auf der anderen Seite lassen sich maßgebliche Verbesserungen der Versorgungsqualität im niedergelassenen Bereich erzielen – dieser Bereich ist

der ÖGR ein besonderes Anliegen. Insbesondere zwei Arbeiten besitzen Vorbildcharakter und wurden heuer in renommierten Journalen publiziert.

So haben Rheumatologen in Oberösterreich eine Akutsprechstunde für Patienten eingeführt und die Resultate evaluiert (3). Die Wartezeit beträgt maximal eine Woche, die Begutachtungszeit maximal 15 Minuten. Ziel dieser Initiative ist es, die Zeit bis zum Behandlungsbeginn zu verkürzen. Ergebnis: 72 Prozent der an rheumatoider Arthritis (RA) Neuerkrankten wurden binnen drei Monaten gefunden. Bei einer Vergleichsgruppe (vor Etablierung der Akutsprechstunde) waren dies nur etwa 16 Prozent. Nach sechs Monaten wurden alle insgesamt 335 Patienten reevaluiert. Dabei zeigte sich eine Diagnosesicherheit von 90 Prozent. Damit konnte erstmals gezeigt werden, dass im niedergelassenen Setting ein vergleichbar gutes Ergebnis wie im Krankenhaus erzielt werden kann.

Darüber hinaus wurde österreichweit die interdisziplinäre Kooperation von Allgemeinmedizinern und Rheumatologen untersucht (4). Resultate: Bei Verdacht auf RA wurden von den meisten befragten Ärzten spezifische Labortests sowie ein Röntgen der betroffenen Gelenke vor Überweisung zum Spezialisten empfohlen. RA, Spondyloarthritis, Psoriasisarthritis und Bindegewebserkrankung wurden als Indikation zur Überweisung an einen Rheumatologen erachtet. Die meisten Allgemeinmediziner und Rheumatologen waren der Ansicht, dass die Therapie mit krankheitsmodifizierenden Substanzen (DMARDs) von einem Spezialisten initiiert werden sollte und dass für die weitere Betreuung der Hausarzt zuständig ist. Begleitende Follow-up-Visiten beim Rheumatologen in Drei- bis Sechs-Monatsintervallen wurden befürwortet. Auf Basis dieser Ergebnisse wurde ein gemeinsamer Algorithmus für eine optimale Versorgung von Rheumapatienten entwickelt.

Information für Arzt und Patient

Information & Aufklärung sind wichtig – aus diesem Grunde organisieren die österreichische Rheumaliga (ÖRL) und die ÖGR regelmäßig Patienten- und Ärztefortbildungen. Die ÖRL ist eine ehrenamtlich geführte österreichweite, parteipolitische und religiös neutrale Selbsthilfeorganisation von Rheumakranken und Angehörigen mit dem Ziel, die gemeinsamen Interessen der Betroffenen mit einer rheumatischen Erkrankung zu fördern und ihnen beim Umgang mit der Krankheit zu helfen, Betroffene zu informieren, zu beraten, zu unterstützen und zu begleiten.

Termine im Herbst: Rheumatage und Projekt „Gut leben mit Rheuma“

„Gut leben mit Rheuma“ ist das neue Gesundheitsprojekt der ÖGR, bei dem im Rahmen von Wochenend-Modulen ein Rheuma-Expertenteam über neue medizinische sowie wissenschaftliche Erkenntnisse aus den Bereichen Ernährung, Sport und Bewegung, physikalische und ergotherapeutische Maßnahmen, Entspannungstechniken, soziale Aspekte in der Arbeitswelt und Motivationstraining referiert. Die ersten beiden Module finden von Freitag, 14. bis Sonntag, 16. Oktober 2016 unter dem Motto „Rheuma hat viele Gesichter – ein Projekt für Jung und Alt“ und von Freitag, 11. bis Sonntag, 13. November 2016 zum Thema „Jung und Rheuma – Gibt's nicht! Was nun?“ in Bad Häring (Kufstein, Tirol) statt. Die Teilnahme an den Workshops ist kostenlos, nur Kost und Logis müssen selbst übernommen werden.

Zimmeranfragen und -buchungen:

Ferienland Kufstein, Tel. 05372/622 07 20, l.benckiser@kufstein.com

Weitere Infos, detailliertes Programm und Anmeldung:

<http://gutlebenmitrheuma.at>

Rheumatag Stockerau am Mittwoch, 12. Oktober, ab 13 Uhr im City Hotel Stockerau (Hauptstraße 49, 2000 Stockerau) unter dem Motto „Rheuma hat viele Gesichter – ob jung oder alt – es kann jeden treffen!“. Der Eintritt ist frei.

Grazer Rheumatag am Mittwoch, 19. Oktober, ab 13 Uhr im Hotel Das Weitzer (Grieskai 12-16, 8020 Graz) unter dem Motto „Rheuma hat viele Gesichter – ob jung oder alt – es kann jeden treffen!“. Der Eintritt ist frei. Weitere Infos: <http://www.rheumaliga.at> oder <http://www.rheumatologie.at>

Villacher Rheumatag am Samstag, 5. November, ab 13 Uhr im Warmbaderhof – Parksalon (Kadischenallee 22-24, 9504 Warmbad-Villach) unter dem Motto „Rheuma hat viele Gesichter – ob jung oder alt – es kann jeden treffen!“. Der Eintritt ist frei.

16. Wiener Rheumatag am Mittwoch, 23. November, von 11 bis 16.30 Uhr beim 16. Wiener Rheumatag im Rathaus – Festsaal, Lichtenfelsgasse 2, 1010 Wien unter dem Motto „Lebensqualität mit Rheuma“. Der Eintritt ist frei. Aufzug vorhanden.

Weitere Infos: <http://www.rheumaliga.at> oder <http://www.rheumatologie.at>

Literatur:

- (1) Von Hundelshausen P, Weber C. *Chronische Entzündung und Atherosklerose*. Dtsch Med Wochenschr 2013;138:1839-1844.
- (2) Agca R, Heslinga SC, et al. *Atherosclerotic cardiovascular disease in patients with chronic inflammatory joint disorders*. Heart 2016;102:790-795.
- (3) Puchner R, Janetschko R, Kaiser W, Linkesch M, Steininger M, Tremetsberger R, Alkin A, Machold K. *Efficacy and Outcome of Rapid Access Rheumatology Consultation: An Office-based Pilot Cohort Study*. J Rheumatol. 2016 Jun;43(6):1130-5. doi: 10.3899/jrheum.151210. Epub 2016 Apr 1.
- (4) Puchner R, Edlinger M, Mur E, Eberl G, Herold M, Kufner P, Puchner A, Puchner SE, Redlich K, Alkin A, Machold K. *Interface Management between General Practitioners and Rheumatologists-Results of a Survey Defining a Concept for Future Joint Recommendations*. PLoS One. 2016 Jan 7;11(1):e0146149. doi: 10.1371/journal.pone.0146149. eCollection 2016.

8. Pressefotos

Für die redaktionelle Berichterstattung stellen wir Ihnen diese Bilder gerne honorarfrei zur Verfügung. Sie finden sie in drucktauglicher Qualität auf der beiliegenden CD.



Rudolf Puchner
© privat



Marcus Köller
© privat



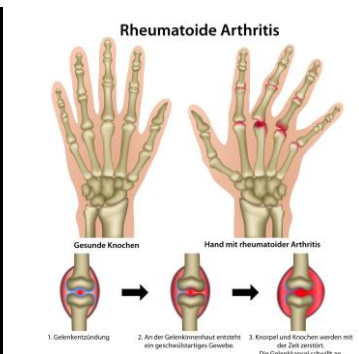
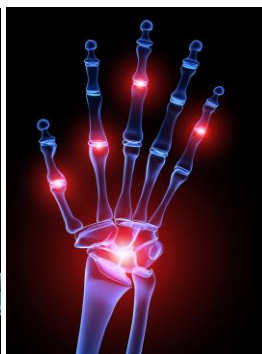
Talin Barisani-Asenbauer
© Medizinische Universität Wien



Gertraud Schaffer
© privat

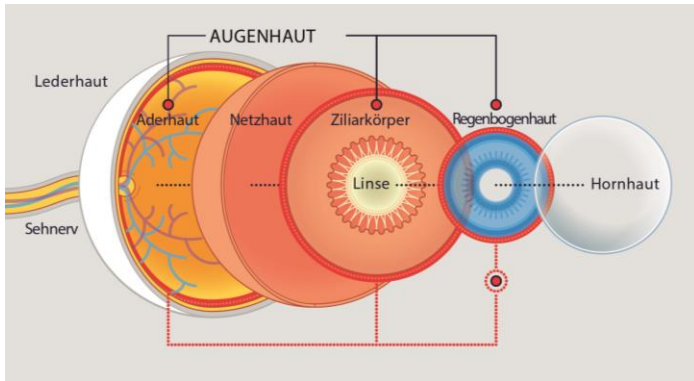


© decade3d - Fotolia.com © Sebastian Kaulitzki/Fotolia.com



© bilderzweig/Fotolia.com

Bitte verwenden Sie die Fotolia-Bilder ausschließlich für die Berichterstattung und im Zusammenhang mit dieser Presseinformation. Fotolia-Bilder stehen nicht für den freien Download zur Verfügung.



© AbbVie

Mit freundlicher Unterstützung von

abbvie