



Stefan Rehart

Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS, Frankfurt am Main, Deutschland

Interdisziplinäre Rheumatologie

Sehr geehrte Damen und Herren,
 liebe Kolleginnen und Kollegen,

namhafte Autoren ganz unterschiedlicher rheumatologischer Couleur wurden darum gebeten, über ihren eigenen, besonderen Schwerpunkt zu berichten. Im Ergebnis ist es in meinen Augen gelungen, ein Heft der Zeitschrift *Der Orthopäde* zu gestalten, das fast schon einen Querschnitt durch das gesamte Fach darstellt. „Interdisziplinär“ ist das Stichwort, das einerseits vielfach im Munde geführt wird und andererseits für wenige Gebiete mehr zutrifft als für die Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises. Dabei geht es in erster Linie um die internistische und die orthopädische Rheumatologie. Und ja, es kann viel „gegoogelt“ werden, und selbstverständlich findet man dann (oft einigermaßen aufwendig) punktuelles Wissen ... Jedoch mangelt es vielfach an zusammenhängenden Ausführungen in Bezug auf Besonderheiten von Aspekten, die in ihrer Tiefe und Ausdehnung der Durchdringung von Spezialisten vorbehalten bleiben. Jedoch wird in der täglichen Praxis i. Allg. nicht ein herausragender Experte benötigt, um Betroffenen hilfreich zur Seite zu stehen, sondern jemand, der als medizinischer Therapeut/Berater in der Lage ist, aus dem großen Angebot extremer Expertise einen Zusammenhang herzustellen und dabei erworbene Einsichten/Kenntnisse kohärent anzuwenden. Aus diesem Grund habe ich das vorliegende Themenheft inhaltlich so ausgerichtet, dass eine *einseitige* Sicht auf die komplexen Details der „Rheumatologie“ vermieden wird. Es liegt mir daran, den deutschen Orthopäden und Unfallchirurgen eine Möglichkeit zu bieten, Facetten dieser übergeordneten

Disziplin wahrnehmen zu können, die ihnen sonst nur über aufwendige Hospitationen gewährt werden könnte. Nach meiner Zielrichtung sollte es dem Leser der Beiträge dieses Hefts anschließend gelingen, rheumatologisch bedeutsame Zusammenhänge zu verstehen, einige Inhalte auch in der eigenen Routine anzuwenden und ansonsten Ansprechpartner kennenzulernen, die dazu in der Lage sind, sogar richtig schwierige Fragestellungen zu adressieren.

» „Interdisziplinär“ trifft auf wenige Gebiete mehr zu als auf Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises

Und es gäbe doch noch so viel mehr zu sagen, zu spannenden Themen rund um die *entzündlichen Systemkrankheiten*: Augen, Haut, Knochenstoffwechsel (begleitende Osteoporose), bildgebende Verfahren, Traumatologie, Rehabilitation, Kooperationen mit Patientenverbänden (Rheuma-Liga, Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew [DVMB] u. a.), modernes perioperatives Management (*beachte*: auch für andere Fachgebiete), Orthopädietechnik, Ergo- (samt Individualschienenbau) und Physiotherapie, adjuvante (alternative) Behandlungsoptionen, nephrologische, gastroenterologische, pneumologische, kardiologische Aspekte, Psychologie, Sozialmedizin, das Würdigen besonderer Erkrankungen (Psoriasisarthritis/Spondyloarthritis), die Gicht, seltene Erkrankungen, pathophysiologische Besonderheiten, Vergleich zu den degenerativen Erkrankungen und, und, und ... *Ich sehe/Sie sehen schon*: Die Planung des nächsten, eines weiteren

Themenhefts „Rheumatologie“ bietet überhaupt kein Problem.

Mir hat es Freude bereitet, aktuell zur Kenntnis zu nehmen, was die Kolleginnen und Kollegen mit langjähriger klinischer Betätigung und ausgewiesenem wissenschaftlichem Renommee zu dem von ihnen erbetenen Thema schreiben. Sie finden nachfolgend Beiträge aus der (sehr freundschaftlich geprägten) Kooperation bei entzündlichen Erkrankungen im *Kindesalter*, über die *Immunologie*, die *Pathologie*, die *Labordiagnostik* und die so wichtige *medikamentöse Behandlung* der Betroffenen bis hin zu *konservativen* Verfahren sowie *operativen* Therapieoptionen und sogar die Besprechung von *Komplikationen*. Ich kann nur jedem der Autoren meinen intensiven *Dank* aussprechen, für die Mühe des Publizierens und das damit verbundene Teilen von Wissen, das uns allen als Lesern zugutekommt.

Ich hoffe von ganzem Herzen, dass Sie dieses Themenheft rund um die interdisziplinäre Diagnostik und Therapie in der Rheumatologie *lesenswert* finden und sende Ihnen

sehr herzliche kollegiale Grüße, Ihr



Prof. Dr. S. Rehart

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. med. Stefan Rehart
Klinik für Orthopädie und
Unfallchirurgie, AGAPLESION
MARKUS KRANKENHAUS
Wilhelm-Epstein-Str. 4,
60431 Frankfurt am Main,
Deutschland
Rehart@fdk.info

Interessenkonflikt. S. Rehart: Forschungsunterstützung, Berater- und Vortragstätigkeit für implantcast, MSD, Merck, Abbvie, Sanofi-Genzyme, Grunenthal, Landesärztekammern und Fachgesellschaften.

Neue Leitlinie zur Behandlung rheumatoider Arthritis

Frühzeitige und gezielte Therapie ist wichtig für den Behandlungserfolg bei rheumatoider Arthritis

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) zeigt in ihrer neuen S2e-Leitlinie „Behandlung der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten (DMARDs)“ auf, dass eine frühzeitige und gezielte Therapie anstelle einer langfristiger Kortisontherapie wichtig für den Behandlungserfolg von Patienten mit rheumatoider Arthritis ist.

In der 2012 veröffentlichten Leitlinie zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis, forderte die DGRh einen Therapiebeginn bereits 3 Monate nach Einsetzen der Beschwerden. Dabei sollte neben entzündungshemmenden Mitteln wie Kortison auch „Disease-modifying anti-rheumatic drugs“ (DMARDs) eingesetzt werden, welche den Krankheitsverlauf verlangsamen und die Gelenkerstörung verhindern können. Das Behandlungsziel der Remission ist dabei jedoch nur erreichbar, wenn frühzeitig und regelmäßig Untersuchungen durchgeführt werden, um bei fehlender Verbesserung das DMARD frühzeitig zu wechseln. Ein erster Kontrolltermin sollte schon nach sechs Wochen, anstatt wie bisher nach 12 Wochen erfolgen, um die Verträglichkeit, Adhärenz und Richtigkeit der Dosierung zu kontrollieren. Bei weiteren Kontrollen nach drei Monaten sollte eine Verbesserung eingetreten und nach sechs Monaten das Therapieziel erreicht sein.

Wichtiges Ziel der Empfehlungen ist eine frühzeitige Senkung der Kortison-Dosis, idealerweise bis hin zum kompletten Absetzen. Alternativen zum Kortison sind synthetische DMARD-Medikamente wie Methotreyat (MTX), gezielt wirkende synthetischen DMARDs, wie Baricitinib und Tofacitinib, sowie biologische DMARDs. Bei vielen Patienten gelingt es die Krankheit allein mit MTX zu kontrollieren, wobei bei Unverträglichkeiten auf andere synthetische DMARDs, wie Leflunomid oder Sulfasalazin, gewechselt werden kann. Niedrig dosiertes Kortison dauerhaft oder zusätzlich zu einer optimierten DMARD-Therapie zu geben bringt keinen zusätzlichen Nutzen.

Zudem sind erstmals Empfehlungen bezüglich des Senkens der Medikamente aufgeführt. Dies ist nur möglich, wenn der Patient kein Kortison mehr einnimmt und seit sechs Monaten beschwerdefrei ist. Ferner wird erstmalig auf den Einfluss von Lebensstilmodifikationen und auf die Thematik der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Patient und behandelndem Arzt eingegangen.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.