

*rheuma*vision

Leben mit Rheuma

Immun gegen gefährliche Erreger:
Impfungen für Menschen mit Rheuma

A microscopic view of several spherical viruses with prominent surface spikes, set against a dark blue background with other smaller, out-of-focus viral particles.

Interview

Dr. Fabian Speth über den Schutz vor Pneumokokken

Gut zu wissen

Rheuma und Beruf: Fast alles ist möglich.

Eine flexible & individuelle Entscheidung treffen



Wegweiser-rheuma.de

Downloads
von
Informations-
material

Alles
zum Thema
Rheumatoide-
Arthritis

Übersichtlich
und
verständlich



*Liebe Leserin,
lieber Leser,*

bei allen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen spielt die körpereigene Abwehr eine wichtige Rolle. Bei einer Autoimmunerkrankung greifen Teile des Immunsystems fälschlicherweise körpereigene Strukturen an, die Behandlung erfolgt meist durch Medikamente, die die überschießende Aktivität des Immunsystems bremsen.

Menschen mit einer unterdrückten oder veränderten Immunabwehr können anfälliger für Infektionen sein, daher sind Schutzimpfungen besonders wichtig. Trotzdem fühlen sich viele Betroffene verunsichert, wenn es um Impfungen geht: Kann eine Impfung unter Umständen einen Schub auslösen? Welche Wechselwirkungen mit Rheuma-Medikamenten sind zu erwarten? Und welche Impfungen sind wirklich wichtig und notwendig?

Für die vorliegende Ausgabe konnten wir Dr. Fabian Speth, Oberarzt für Kinderreumatologie an der Universitätskinderklinik Rostock, gewinnen. Nach einer allgemeinen Einführung in das Thema Impfungen, wird Dr. Speth in einem Interview Fragen zur Pneumokokken-Impfung beantworten.

Wir hoffen, Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe eine informative und spannende Lektüre zusammengestellt zu haben und freuen uns weiterhin auf Anregungen, Beiträge und Kritik.

Ihr

Dr. K. Ahmadi-Simab | Redaktion RHEUMAVISION

- 4 **Praxis Portrait**
Ihre rheumatologische Praxis stellt sich vor
- 6 **News und Termine**
- 8 **Titelthema: Impfen – ja oder nein?**
Impfungen bieten guten Schutz - auch und gerade für Menschen mit Rheuma.
- 14 **Interview:** Pneumokokken sind gefährlich.
Interview mit Dr. Fabian Speth über die Impfung gegen Pneumokokken.
- 18 **Gut zu wissen:** Rheuma und Beruf.
Fast alles ist möglich.

IMPRESSUM

Verlag: Florian Schmitz Kommunikation GmbH
Herausgeber: Florian Schmitz (V.i.S.d.P.)
Redaktion: Dr. Keihan Ahmadi-Simab,
Dr. Fabian Speth, Carola Hoffmeister, Tanja Fuchs
Gestaltung/Layout: Peter Schumacher
Redaktionsanschrift:
Florian Schmitz Kommunikation | Tanja Fuchs
Wichmannstrasse 4 / Haus 12, 22607 Hamburg
© Titelbild: iStockphoto/JuSun

*Ihre Gesundheit ist unser Ziel:
MEDIZINICUM Klinikum Stephansplatz Hamburg –
Zentrum für Interdisziplinäre Medizin*

Gesundheit und Wohlbefinden verbunden mit höchster medizinischer Kompetenz, modernster Medizintechnik und einer innovativen Organisationsform – das erwartet den Patienten im Klinikum Stephansplatz.

Medizinische Vielfalt

Das Zentrum für Interdisziplinäre Medizin verfügt über ein Ambulatorium, eine Tagesklinik und eine stationäre Einheit. Erfahrene und renommierte Ärzte aus über 15 verschiedenen Fachgebieten arbeiten hier interdisziplinär zusammen. Dieses breite fachärztliche Spektrum in Kombination mit umfangreichen diagnostischen Möglichkeiten, garantiert eine kompetente Betreuung und ermöglicht die unmittelbare Einleitung einer individualisierten Therapie.

Der Patient im Mittelpunkt

Die medizinische Versorgung, das seelische Wohlergehen und die individuellen Bedürfnisse der Patienten stehen im Zentrum unserer Bemühungen. Ärzte und Mitarbeiter, die sich Zeit nehmen, sind ebenso selbstverständlich, wie eine gut organisierte Terminvergabe und kurze Wartezeiten.

Rheumatologie, Klinische Immunologie

Erfahrene Rheumatologen sind in der Lage, durch eine spezifische Anamnese und genaue zielorientierte körperliche Untersuchungen, eine erste Diagnose zu erstellen, die dann durch weitere bildgebende Verfahren und Laboruntersuchungen bestätigt oder ausgeschlossen werden kann. Dies ermöglicht eine rasche Orientierung und entsprechende Beratung.

Diagnostik

- Gelenk-, Sehnen- und Weichteilultraschall
- Ultraschallgesteuerte Gelenkpunktion
- Blut-/Urinuntersuchung inkl. Bestimmung genetischer Marker
- Kapillarmikroskopie
- Röntgen-Untersuchungen
- Computertomographie (CT)
- Magnetresonanztomographie (MRT)
- Organscreening bei Autoimmunkrankheiten
- Knochendichtemessung (DXA)
- Endoskopie (Magen-, Darm-, Lungenspiegelung)
- Diagnostische Organpunktion bei Autoimmunkrankheiten
- Gastroenterologische Funktionsdiagnostik

Therapeutische Leistungen

- Aufstellen und Anpassen eines Therapieplans
- Infiltrationstherapie
- Ultraschallgesteuerte Gelenkpunktion zur Medikamentenapplikation
- Infusionstherapie
- Spezifische Schmerztherapie
- Physiotherapie in Kooperation
- Biologika-Therapie



Im eindrucksvollen Gebäude der alten Oberpostdirektion findet sich eine Vielfalt von akademisch ausgerichteten Zentren für Gesundheit, Life Sciences, Medizin und naturwissenschaftliche Forschung.



MEDIZINICUM
KLINIKUM STEPHANSPLATZ

MEDIZINICUM
KLINIKUM STEPHANSPLATZ HAMBURG

Stephansplatz 3 | 20354 Hamburg
Fax: 040 320 88 31-30
sekretariat@ks-hamburg.de
www.klinikum-stephansplatz.de



TERMINVERGABE:
040 320 88 31-0

Ärzte, Fachgebiete und Spezialsprechstunden

Dr. med. K. Ahmadi-Simab | Ärztlicher Direktor | Facharzt für **Innere Medizin, Rheumatologie, Klinische Immunologie, Gastroenterologie**

Dr. med. Angela von Elling | Oberärztin | Fachärztin für **Innere Medizin, Rheumatologie und Nephrologie**

Dr. med. Margarete Kern | Oberärztin | Fachärztin für **Innere Medizin, Rheumatologie, Klinische Immunologie**

Dr. med. Joachim Ebel | Facharzt für **Innere Medizin, Rheumatologie**

Prof. Dr. F. Ulrich Beil | Facharzt für **Innere Medizin und Endokrinologie**

Prof. Dr. Fritz Jänicke | Facharzt für **Gynäkologie**

Dr. med. Claudia Lerche | Fachärztin für **Gynäkologie und zertifizierte Präventionsmedizinerin dfg**

Dr. med. Julia Tralles | Fachärztin für **Gynäkologie und Geburtshilfe, Naturheilverfahren und Allgemeinmedizin**

Prof. Dr. med. Helgo Magnussen | Facharzt für **Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, Schlafmedizin**

Dr. med. Ursula Strate | Fachärztin für **Chirurgie und Viszeralchirurgie, Schwerpunkt Endoskopie**

Dr. med. Wolfgang Beck | Facharzt für **Orthopädie, Sportmedizin, Chirotherapie, Akupunktur**

Privatdozent Dr. med. Norbert Braun | Facharzt für **Innere Medizin, Nephrologie**

Dr. med. Mustafa Fahimi | **Facharzt für Urologie**

Prof. Dr. med. Josef Aldenhoff | Facharzt für **Psychiatrie und Psychotherapie**

Prof. Dr. med. Matthias R. Lemke | Facharzt für **Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtmedizin**

Dr. med. Vinzenz Graf von Kageneck
Facharzt für **Innere Medizin und Kardiologie**

Dr. med. Barbara Eifrig | Fachärztin für **Innere Medizin – Zusatzbezeichnung Hämostaseologie**

Dr. med. Eckhard Stein | Facharzt für **Innere Medizin**

Prof. Dr. med. Norbert Schmitz
Facharzt für **Innere Medizin und Hämatologie**

Dr. med. Jörn Klases | Facharzt für **Innere Medizin, Anthroposophische Medizin, Naturheilverfahren, Dipl. Heilpädagoge**

Dr. med. Stephanie Thiel | Fachärztin für **Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgung, Akupunktur**

MSc. oec. troph. Sylvana Prokop | **Ökotrophologin**

Karsten Sobottka | **Ökotrophologe (Ernährungsberater), Personal Trainer**

Dr. med. Sabine Timmermann | Fachärztin für **Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, Schlafmedizin**

Dr. med. Bettina Panzer | Fachärztin für **Innere Medizin, Nephrologie**

Dr. med. Dr. med. Jens Rütger | Facharzt für **Orthopädie, Sportmedizin, orthopädische Schmerztherapie**

Dipl. Biol. Jochen Puttfarcken | Facharzt für **Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie**

Dr. med. Somayeh Mohammad-Khani | Fachärztin für **Innere Medizin, Rheumatologie**

Wiebke Meyer | **Osteopathin**

Priv.-Doz. Dr. med. Klaus-Peter Kunze | Facharzt für **Innere Medizin, Kardiologie**

Dr. med. Jürgen Hauert | Facharzt für **Orthopädie**

Interdisziplinäre Rheumatherapie: Entzündungsboards helfen

Unter dem Begriff Rheuma werden etwa 200 bis 400 Erkrankungen zusammengefasst, und die ihnen zugrunde liegenden Entzündungsprozesse kennen keine Organengen; sie sind systemisch und bringen unter Umständen eine Vielzahl von Begleiterkrankungen mit sich. Für einen einzelnen Arzt ist es daher nahezu unmöglich, das gesamte Spektrum der rheumatischen Folgeerkrankungen kompetent abzudecken – zumal immunologische und molekularpathologische Erkenntnisse in den letzten Jahren stark zugenommen haben und mit ihnen auch die therapeutischen Möglichkeiten. Deshalb sei es in der Betreuung zunehmend wichtig, dass sich Rheumatologen mit Ärzten anderer Fachrichtungen abstimmen. „Wir sind dringend auf die Zusammenarbeit mit anderen Spezialisten angewiesen“, betont Professor Hanns-Martin Lorenz, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. Immerhin: Unter rheumatologischer

Federführung seien in den letzten Jahren verstärkt Strukturen geschaffen worden, die einer interdisziplinären Rheumatherapie den Weg ebnen. Viele größere Kliniken verfügen beispielsweise über sogenannte Entzündungsboards, in denen sich Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen über komplexe Fälle aus dem entzündlich-rheumatischen Bereich beraten. Patientinnen und Patienten können hiervon nur profitieren und sollten sich bei Unsicherheiten nach solchen interdisziplinären Strukturen bei Ihrem Arzt oder in ihrem zuständigem Krankenhaus erkundigen.

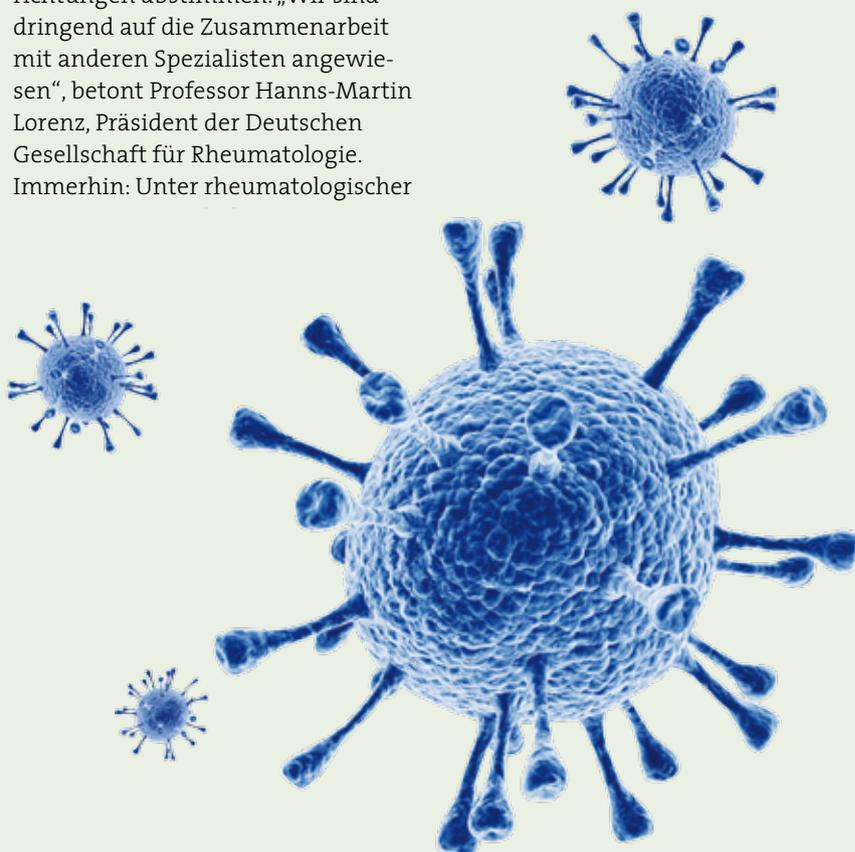
Quelle: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie / tinyurl.com/yyc4y1939

Begleitbefund? Virale Arthritis beim Erwachsene

Fast alle Viren können im Verlaufe der Erkrankung Gelenkschmerzen und -schwellungen auslösen und damit optisch für einen Zustand sorgen, der einer rheumatoiden Arthritis zum Verwechseln ähnlich sieht. In der Tat ist eine Unterscheidung zwischen einer viralen und einer rheumatoiden Arthritis nicht immer ganz leicht – obgleich wichtig für die Therapie. Denn eine virale Arthritis lässt sich bei guter Prognose in den allermeisten Fällen erfolgreich mit einem nicht-steroidalen Antirheumatikum behandeln. Professor Dr. Parham Sendi erforscht am Universitätsspital Basel die Unterschiede zwischen einer rheumatoiden und einer viralen Arthritis. In aller Regel sei die akute Virusinfektion bei einer Arthritis nicht der Haupt-, sondern ein Begleitbefund, so Dr. Sendi. Bei der klinischen Untersuchung gelte es, sorgfältig zwischen Tendinopathien (Erkrankungen der Sehnen), Muskelschmerzen und Arthralgien (Gelenkschmerzen) zu differenzieren und auf Arthritis-Befunde wie Rötung, Schwellung, Druckdolenz und Steifigkeit zu achten. Liegt eine Synovialitis vor, also eine Gelenkinnenhautentzündung, lässt diese sich sonographisch nachweisen. Bei Verdacht auf virale Arthritis ist eine Gelenkpunktion meist nicht notwendig.

Quelle: Medicalforum / medicalforum.ch/de/article/doi/smf.2018.03355

Welche Rolle spielen Viren bei der rheumatoiden Arthritis? Häufig handelt es sich um einen Begleitbefund.



Humira: Patent läuft ab, Biosimilars am Start

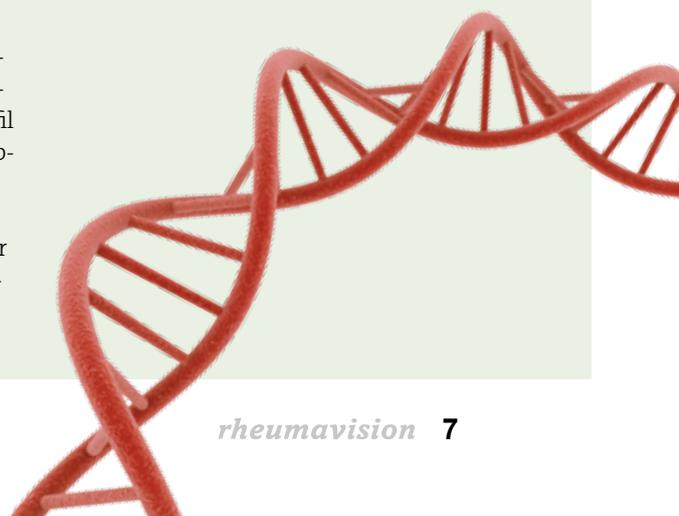
Humira ist ein Medikament mit dem Wirkstoff Adalimumab, das bei Rheuma und anderen entzündlichen Immunerkrankungen wie Morbus Crohn zum Einsatz kommt. Es gilt als kommerziell erfolgreichstes Medikament der Welt und wurde bislang exklusiv von dem US-amerikanischen Konzern Abbvie produziert. Nun hat es seinen Patentschutz in der Europäischen Union verloren - ein Moment, auf den zahlreiche Konkurrenten gewartet haben. Zeitgleich mit dem Patentablauf kommen gleich drei Adalimuab-Biosimilars auf den Markt, mit denen Zulassungshaber einen Angriff auf Humira starten. Vertreten sind Amgen mit Amgevita, Biogen mit Imraldi und Sandoz/Hexal mit Hyrimoz. Imraldi ist eine Entwicklung von Samsung Bioepis, einem Gemeinschaftsunternehmen, das Biogen und die koreanische Samsung-Biologics 2012 für die Entwicklung von Biosimilars gegründet haben. Eigenen Angaben zufolge soll Imraldi um bis zu 40 Prozent unter dem Listenpreis des Originalherstellers angeboten werden.

Rheuma-Forschung: Einfluss der Gene

Wie bestimmend sind die Gene, wenn es um den Ausbruch einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung geht? Wie wichtig ist die Umwelt, und wie wirkt sich der eigene Lebensstil aus? Wissenschaftler auf der ganzen Welt versuchen Antworten auf diese Fragen zu finden. Sie beschäftigen sich in diesem Zusammenhang besonders mit HLA-Antigenen, die Abkürzung steht für Humane Leukozyte Antigene. HLA sind Moleküle auf der Oberfläche von Körperzellen. Ihr Muster ist bei jedem Menschen genetisch festgelegt, zeitlebens nicht veränderbar und einzigartig. Man kann es sich wie einen Barcode vorstellen, mit dem Lebensmittel im Supermarkt nach bestimmten Kriterien verschlüsselt sind. HLA-Gene kommen in einer Vielzahl unterschiedlicher Ausprägungen vor und werden jeweils zur Hälfte vom Vater und von der Mutter ererbt. „Die Kombination dieser Gene ist entscheidend für die Infektabwehr und die Entstehung von überschießenden Immunantworten, wie wir sie bei Autoimmunerkrankungen sehen“, sagt Professor Dr. med. Hanns-Martin Lorenz, Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum Heidelberg und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. So haben Forscher seit dem Ende der 1960er Jahre entdeckt, dass bestimmte HLA-Eigenschaften bei bestimmten Erkrankungen gehäuft vorkommen. Konkret konnten sie einen Zusammenhang herstellen zwischen einem individuellen HLA-Profil und Erkrankungen wie Rheuma, Typ-1-Diabetes oder Zöliakie. Bei Morbus Bechterew haben Wissenschaftler HLA-B27 identifiziert. „95 Prozent der Morbus-Bechterew-Patienten besit-

zen die Genvariante HLA-B27“, fasst Hanns-Martin Lorenz zusammen. Dieser Bezug ist deutlich. Zugleich belegt die Morbus-Bechterew-Forschung, dass das Vorhandensein von HLA-B27 alleine nicht ausreicht, um die Krankheit entstehen zu lassen. Denn nur jeder zehnte Genträger erkrankt tatsächlich an Morbus Bechterew. „Offensichtlich sind zusätzliche Faktoren notwendig, damit die Krankheit zum Ausbruch kommt“, so Dr. Lorenz. Als Auslöser kämen zum Beispiel Infektionen mit bestimmten Viren oder Bakterien infrage, die das Immunsystem zusätzlich aktivieren und so die Krankheit provozieren. Auch Studien mit eineiigen Zwillingen – den einzigen Menschen, die dieselben HLA-Gene besitzen – belegen die Grenzen des genetischen Einflusses: Zwillingsgeschwister von an Rheuma erkrankten Menschen haben zwar ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko. Tatsächlich erkrankt der zweite Zwilling aber nur in weniger als der Hälfte der Fälle. Neben Infektionen spielt auch der Lebensstil eine Rolle. So haben Raucher zum Beispiel ein höheres Rheumarisiko als Nichtraucher. „Die Bedeutung des Lebensstils – und damit auch der Eigenverantwortung der Patienten – wird immer deutlicher“, so Lorenz.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie / <https://tinyurl.com/y7uuba5u>



A microscopic view of several cells, likely white blood cells, containing blue and yellow rod-shaped structures. The cells are shown in a grid-like pattern, with some in focus and others blurred in the background. The blue structures are thicker and more curved, while the yellow ones are thinner and more straight.

Gut geschützt: Impfungen bei Menschen mit Rheuma

Impfen schützt vor gefährlichen Erkrankungen, die durch Viren oder Bakterien ausgelöst werden. Doch wie sieht es bei Rheumatikern aus, deren Immunsystem durch Medikamente künstlich unterdrückt wird?

Text von Dr. Fabian Speth

Patienten, die unter autoimmunvermittelten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen leiden, müssen häufiger als Gesunde damit rechnen an einem schwer verlaufenden Infekt zu erkranken. Das liegt zum einen an ihrer Grunderkrankung, zum anderen an bestimmten Rheuma-Medikamenten.

Welche Rolle spielt das Immunsystem bei der Entstehung von Infekten?

Bei Autoimmunerkrankungen liegt eine Fehlfunktion im ausgereiften, sogenannten spezifischen Immunsystem vor. Dieser Teil des Immunsystems hat eine wichtige Funktion in der Überwindung schwerer Infektionen und bildet das immunologische Gedächtnis. Bei Rheumatikern greifen diese Immunzellen und Antikörper fälschlicherweise körpereigene Strukturen an und lösen dadurch eine chronische Entzündung aus. Bei Patienten mit den sehr seltenen Fiebersyndromen liegt die Störung hingegen im Bereich des frühen Immunsystems. Dies führt zu einer Überproduktion von Entzündungsbotenstoffen, auch Zytokine genannt, die Fieber und eine Vielzahl von Allgemeinbeschwerden auslösen. Neben den rheumatischen Beschwerden können die sogenannten immunologischen Fehlfunktionen auch zu einem erhöhten Infektionsrisiko führen. Dies erklärt, warum beispielsweise bei Kindern mit Gelenkrheuma bereits vor Beginn einer Behandlung, zweimal häufiger bakterielle Infektionen auftreten als bei Gesunden. Am höchsten liegt das Risiko bei den rheumatischen Systemerkrankungen wie dem systemischen Lupus (SLE)

oder Gefäßentzündungen. Besonders gefährdet für Infektionserkrankungen sind Patienten mit einer Beteiligung innerer Organe, etwa einer chronischen Lungenerkrankung und Funktionsstörungen des Herzens, der Niere oder des Nervensystems. Auch bei Patienten mit Diabetes und chronischen Lebererkrankungen werden erhöhte Infektionsraten beobachtet.

Welche Rolle spielen Medikamente?

Neben der Art der Erkrankung beeinflussen Rheumamedikamente die Häufigkeit und Schwere von infektiologischen Erkrankungen. Dieser Einfluss ist sehr variabel und reicht von gering bis stark, je nach Wirkweise, Dosis und Dauer der Therapie. Dabei gilt es zu unterscheiden, ob die Medikamente das Immunsystem nur regulieren oder aber gezielt schwächen sollen. Zu Beginn der Behandlung erfolgt in einem Großteil der Fälle eine sehr intensive Induktions-Therapie (etwa mit Kortison), gefolgt von einer schwächeren Basis-Therapie (beispielsweise mit Methotrexat). Die Impfungen müssen individuell angepasst werden. Generell aber gilt, dass bereits in der Frühphase der Rheumatherapie Impfungen dabei helfen sollen, gehäufte und schwere Infektionserkrankungen zu verhindern. Wenn möglich sollten alle notwendigen Impfungen vor Beginn der Rheumamedikation durchgeführt werden um deren Wirkung und Sicherheit zu optimieren. Zum Teil müssen Impfungen aus dem Kleinkindalter nachgeholt oder aufgefrischt werden. Einige Auffrischung-Impfungen (sog. Totimpfungen, siehe unten) wie beispielsweise gegen Tetanus, Keuchhus-

ten, Diphtherie, Kinderlähmung oder Hepatitis (Gelbsucht) können auch im Krankheitsverlauf unter fortlaufender Medikation durchgeführt werden, am besten zu einem Zeitpunkt, an dem das Rheuma weitgehend still steht und nur eine geringe Dosis an Medikamenten verabreicht werden muss. Zudem gilt es personen- und krankheitsbedingt zu prüfen ob Impfstoffe eingesetzt werden sollen, die es in der Kindheit der Patienten noch nicht gab (s. unten). Alle Rheumapatienten sollten die jährliche Grippeimpfung erhalten.



Reiseimpfungen sollten jeweils mit dem betreuenden Arzt besprochen werden. Als unproblematisch gelten hier etwa die Impfung gegen Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME), Hepatitis A und weitere Meningokokkenstämme (ACWY, z.B. bei Reisen in arabische Länder, Afrika und für Studenten in den USA und Australien).

Individuelle Impfberatung

Um das persönliche Impfisiko einzuschätzen, nimmt das medizinische Fachpersonal zunächst die jeweils individuelle Situation in den Blick. Dabei geht es um die Art der rheumatischen Erkrankung und die Wirkweise der Medikamente. Im Einzelfall kann eine Blutuntersuchung notwendig sein, anhand derer geprüft wird, ob schützende Impf-Antikörper vorliegen.

Paktische Erfahrung

Impfungen, gerade bei immungeschwächten Patienten, sind ausgesprochen wichtig. Positive Erfahrungen zu deren Sicherheit und Schutz liegen seit Jahrzehnten vor, sowohl in Studien als auch im Praxis-Alltag. Die Ständige Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts sowie die internationalen Impfleitlinien für Patienten mit Autoimmunerkrankungen empfehlen Rheumapatienten grundsätzlich einen erweiterten Impfschutz. Dieser geht über die Stan-

»Gegenmaßnahmen nach einer Ansteckung sind nicht so wirksam wie **vorbeugende** Impfungen!«

dardimpfungen bei Gesunden hinaus und hat zum Ziel, die Schwere und die Anzahl der Infekte sowie daraus resultierende Rheumaschübe zu verhindern. Denn vor und nach Infekten kommt es bei vielen Patienten zu Rheumaschüben. Grund hierfür ist die Stimulation des Immunsystems zusammen mit der notwendigen Pause der Medikamenteneinnahme.

Der erweiterte Impfschutz berücksichtigt auch die Entwicklung neuer Impfstoffe in den letzten Jahren. Viele ältere Rheumapatienten haben hier Impflücken – beispielsweise bei der jährlichen Gripeschutz-Impfung, der zweimaligen Impfung gegen Windpocken (falls bislang keine Windpocken bzw. Gürtelrose durchgemacht wurden), bei der Zweit-Impfung gegen Masern-Mumps-Röteln oder der

Kombination beider Pneumokokken-Impfstoffe zum Schutz vor Lungen- und Hirnhautentzündung. Überdies bestehen häufig Lücken was den erweiterten Schutz gegen Hirnhautentzündung durch Meningokokken der Gruppen ACWY und B betrifft, sowie der Gebärmutterhalskrebs-Impfung (HPV) bis ins Erwachsenenalter. Zudem stehen neue Impfstoffe gegen Gürtelrose (Zoster) zur Verfügung (s. unten). Die Vervollständigung dieser Impfungen stellt eine wichtige Schutzmaßnahme dar. Bei Risikopatienten folgen alle drei bis fünf Jahre Auffrisch-Impfungen gegen Meningokokken, Pneumokokken und gegebenenfalls Haemophilus influenzae.

Lebend- und Totimpfung

Bei der Impfplanung für Rheumapatienten ist es wichtig zwischen Totimpfung (immer anwendbar) und Lebendimpfungen (nur eingeschränkt anwendbar) zu unterscheiden.

Wer darf wann, welche Lebendimpfung erhalten? Ein Lebendimpfstoff besteht im Gegensatz zum Totimpfstoff aus sehr geringen Mengen funktionsfähiger Keime. Sie sind so abgeschwächt, dass sie sich zwar noch vermehren, aber die Krankheit in aller Regel nicht mehr auslösen. Für die Entscheidung, ob ein Rheumapatient Lebendimpfungen erhalten darf, ist es wichtig, zwischen erster und zweiter Lebendimpfung zu unterscheiden. Nachfolgende Empfehlungen gelten für die Masern-Mumps-Röteln(MMR)- und Windpocken- und Zoster(Gürtelrose)-Lebendimpfungen (Zostavax®). Für die neu in Deutschland zugelassene Zoster-Totimpfung (Shingrix®) liegt noch keine Emp-

wissen

Wirken Impfungen trotz Rheumamedikamenten?

Während einer Therapie mit Basismedikamenten wie Methotrexat und vielen Biologika (TNF-alpha-, Interleukin-1 oder -6 Blocker) kann die Impfantwort zwar leicht vermindert sein, sie bleibt jedoch meist im schützenden Bereich. Besonders wirksam sind Auffrisch-Impfungen. Ausnahmen mit teils unzureichender Impfantwort stellen Medikamente dar, die eine Antikörperbildung hemmen, wie z.B. Kortison-Infusionen, Rituximab, Abatacept, Mycophenolat und JAK-Inhibitoren. Kommen diese Medikamente zum Einsatz, dann wird empfohlen Tot- bzw. Lebend-Impfungen ≥ 1 bzw. ≥ 2 Woche(n) vor Beginn oder ≥ 1 bzw. ≥ 2 Monate nach Ende der Therapie durchzuführen (Ausnahme Rituximab: Impfung erst ≥ 6 Monate nach der letzten Infusion). Hier sollte der Impferfolg (im Blut) großzügig kontrolliert werden, insbesondere nach der erstmaligen Gabe eines Impfstoffes. Erhält ein Patient Immunglobulin-Infusionen, so wird ihm vorübergehend ein (passiver) Impfschutz übertragen. In diesem Fall werden Impfungen erst vier bis sechs Monate nach Ende der Infusionen empfohlen.

fehlung der STIKO oder der Fachgesellschaften vor. Erste Studiendaten zeigen aber eine hohe Sicherheit und Wirksamkeit. Hier gilt es als Patient „dran zu bleiben“. Eine Reise-Gelbfieber-Lebendimpfung sollten nicht unter Rheumamedikamenten durchgeführt werden.

Erste Lebendimpfung:

Die Impfviren vermehren sich, bis der Körper eine entsprechende Immunantwort aufgebaut hat. Für zwei bis drei Wochen besteht somit ein gewisses Risiko, durch das Impfvirus zu erkranken. Deshalb sollte eine erste Lebendimpfung möglichst zwei Wochen vor Beginn einer Rheumatherapie durchgeführt werden. Erhält der Patient bereits eine Rheumatherapie, dann erhöht eine zweiwöchige Pause der Medikamente die Sicherheit der Lebendimpfung. In einer solchen Pause, kann eine niedrige Dosis Kortison (<20mg/Tag für zwei Wochen) helfen, die Gefahr eines Rheumaschubes zu verringern. Ist keine Pause der Rheumatherapie möglich, dann wird zunächst die Leistungsfähigkeit des Immunsystems überprüft. Bei guter Abwehrkraft kann auch unter Rheumamedikamenten geimpft werden. Hierbei handelt es sich um Einzelfallentscheidungen. Die Zulassung

des Herstellers gilt dabei nur für den Windpocken-, nicht aber für den Zoster-Lebend- und den MMR-Impfstoff. Für den neuen Zoster-Totimpfstoff Shingrix® gilt laut Fachinformation: Bei immungeschwachten Patienten sollte eine sorgfältige Nutzen/Risiko-Abwägung erfolgen.

Zweite Lebendimpfung:

Dank des immunologischen Gedächtnisses ist der Körper vorbereitet und kann diesmal die Impfviren schnell inaktivieren. Das Risiko ist somit geringer als bei der ersten Impfung. Aus diesem Grund, kann die zweite Lebendimpfung, beispielsweise unter Methotrexat, sicher und effektiv durchgeführt werden. Unter Biologika gilt dies bislang nur für die Windpocken-Impfung. Die Leistungsfähigkeit des Immunsystems muss unter Rheumamedikamenten vorab geprüft werden.

Lebendimpfungen

Standardimpfungen

- Masern-Mumps-Röteln**
- Masern (Einzelimpfstoff)**
- Windpocken**

Indikations- oder Reiseimpfungen

- Gelbfieber**
- Typhus**
(2 Impfstoffe sind verfügbar, ein oraler Lebendimpfstoff und ein intramuskulärer Totimpfstoff)
- Zoster**
(Schutz vor Gürtelrose: nur für Erwachsene ≥ 50 J., die früher Windpocken durchgemacht haben)

Der Impfkalender für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene ist Teil der Empfehlungen der STIKO und gibt einen schnellen Überblick über empfohlene Impfungen: tinyurl.com/ygjfxfdk





Der Impfausweis gibt Aufschluss über den persönlichen Impfstatus. Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut in Berlin aktualisiert jährlich auf der Basis der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse ihre Impfeempfehlungen.

Wie planen Patienten notwendige Lebendimpfungen, wenn sie bereits Rheumamedikamente einnehmen?

Lebendimpfungen stellen im Vergleich zu Totimpfungen einen stärkeren Reiz für das Immunsystem dar. Deshalb gelten bei Rheumapatienten drei wichtige Grundvoraussetzungen für Lebendimpfungen: Es dürfen keine Aktivitätszeichen des Rheumas vorhanden sein, es darf keine Änderung der Rheumamedikamente innerhalb der vergangenen drei Monate stattgefunden haben, und eine Abwehrschwäche durch immunologische Laborwerte muss ausgeschlossen sein. Für den „starken“ Masern-Mumps-Röteln (MMR)-Impfstoff gilt, dass er nur zurückhaltend unter Rheumamedikamenten

eingesetzt wird. Der „schwächere“ Windpocken- und Zoster-Impfstoff findet hingegen breitere Anwendung. Zwischen zwei Lebendimpfungen wird ein Abstand von drei Monaten empfohlen. So kann sicher beurteilt werden, wie das Rheuma auf die Impfungen reagiert. Nach vier Wochen nach der Lebendimpfung wird der Impferfolg im Blut gemessen.

Totimpfungen

Totimpfstoffe enthalten keine vermehrungsfähigen Krankheitserreger. Somit ist eine Ansteckung bzw. Erkrankung durch diese Impfstoffe

nicht möglich. Totimpfungen können verabreicht werden, ohne, dass die Rheumamedikamente vorübergehend abgesetzt werden müssen. Die Sicherheit von Totimpfungen ist garantiert, die Wirksamkeit muss ggf. überprüft werden. Kurze Pausen der Medikation (z.B. zwei Wochen) können ggf. den Impferfolg erhöhen. Eine Ausnahme stellt Rituximab (Mabthera®) dar, hier sind Impfungen in Absprache mit den Rheumatologen zu planen, sie sollten ein bis zwei Wochen vor bzw. mindestens sechs Monate nach Gabe erfolgen. Ausnahmen stellen die passive Tetanus- und aktive Grippeimpfungen dar, die teils auch <6 Monate nach Rituximab (Mabthera®) verabreicht werden sollten.

Was geschieht, wenn sich ein ungeimpfter Patient angesteckt hat?

Nur etwa die Hälfte der Patienten weiß, dass sie sich mit einer schweren Infektionserkrankung angesteckt hat. Dies ist ein großes Problem, da nur schnelle Gegenmaßnahmen die Erkrankung abschwächen oder gar verhindern können. Die Wahrscheinlichkeit nach Kontakt mit einer ansteckenden Person selbst zu erkranken liegt für Windpocken und Masern bei nahe einhundert Prozent. In diesen Fällen sind immer Gegenmaßnahmen innerhalb der nächsten

»Vor jeder Lebendimpfung bei einem Rheumapatienten sollte eine **Rücksprache** mit dem behandelnden Rheumatologen erfolgen.«

zwei bis drei Tage erforderlich. Der behandelnde Rheumatologe, Kinder- oder Hausarzt sollte deshalb sofort kontaktiert werden. Seine medizinische Reaktion hängt von der Art des Krankheitserregers ab. Zwei Arten lassen sich unterscheiden: (1) Bei der aktiven Gegenmaßnahme wird die fehlende Impfung mit der sogenannten Riegelungsimpfung nachgeholt. Wird zügig gehandelt, baut sich der Impfschutz schneller auf, als die „echte“ Krankheit braucht, um sich im Körper auszubreiten. Die (2) passiven Gegenmaßnahmen umfassen vorgefertigte Abwehrstoffe von Gesunden. Hier erhält der Patient eine passive Impfung (Beispiele Tetanus, Hepatitis B) oder eine Antikörperinfusion

(Beispiele Masern, Windpocken) oder bestimmte Medikamente (Virostatika bei Viren, Antibiotika bei bakteriellen Infektionen). Ohne ausreichenden Impfschutz kommt es trotz aufwendigen Gegenmaßnahmen immer wieder zu schweren bis lebensbedrohlichen Infektionserkrankungen bei Rheumapatienten.

Neben den beschriebenen Gegenmaßnahmen, müssen bei schweren Infektionen die Rheumamedikamente pausiert werden (mit Ausnahme von Kortison, Anakinra und Canakinumab). Die „ungebremste“ Immunabwehr bekämpft dann die Infektion, kann aber auch Rheumaschübe auslösen. Die ständige Sorge vor einer erneuten Ansteckung kommt hinzu.

Totimpfungen

Standardimpfungen

Diphtherie

Haemophilus influenzae (HIB)
(Kehlkopfentzündung)

Hepatitis B

HPV (Gebärmutterhalskrebs)

Meningokokken C

(Hirnhautentzündung)

Pertussis (Keuchhusten)

Pneumokokken (PCV13, Prevenar®)

(Lungen- und Hirnhautentzündung)

Poliomyelitis (Kinderlähmung)

Tetanus (Wundstarrkrampf)

Indikations- oder Reiseimpfungen

FSME

(Frühsommer-Meningoenzephalitis)

Hepatitis A

Influenza (Grippe)

Meningokokken ACWY

Meningokokken B

Pneumokokken (PPV23, Pneumovax®)

Zoster (Shingrix)

info

Was ist mit der Familie?

Impfungen naher Angehöriger dienen dem Schutz von Rheumapatienten. Dieses Vorgehen nennt man **Kokonimpfungen**. Denn Rheumapatienten können nicht immer alle notwendigen Impfungen erhalten. Außerdem bilden sie teilweise keinen (langfristigen) Impfschutz aus. Innerhalb einer Familie oder eines Freundeskreises brechen entsprechend Infekte fast immer gleichzeitig aus, und entsprechend fehlt die Zeit für schützende Gegenmaßnahmen. Die Kokonimpfungen umfassen alle allgemein empfohlenen Standardimpfungen und zusätzlich die jährliche Grippeimpfung.

Können Impfungen von Familienmitgliedern für Rheumapatienten gefährlich werden?

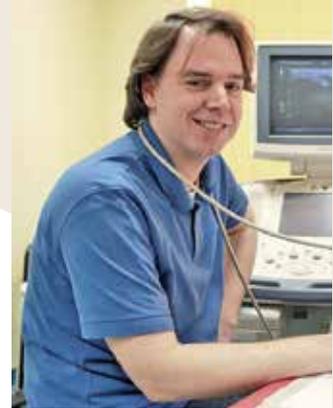
Diese Sorge ist unbegründet, denn eine Ansteckung nach Totimpfungen ist unmöglich, und eine Übertragung durch den Masern-Mumps-Röteln (MMR)-Lebendimpfstoff ist nicht bekannt. Nach einer Windpockenimpfung besteht nur ein geringes Risiko für eine Impfvirusübertragung. Dies gilt jedoch nur für den Fall, dass der Geimpfte einen Windpockenausschlag zeigt. Tritt dies auf, so kann das Familienmitglied mit Rheuma durch die Einnahme von Aciclovir geschützt werden.

Interview

mit Dr. Fabian Speth

Schutzimpfung gegen Pneumokokken

Pneumokokken sind Bakterien, die durch Tröpfcheninfektion schwere Erkrankungen wie Lungenentzündung (Pneumonie), Blutvergiftung oder Hirnhautentzündung verursachen können. Eine Impfung bietet Schutz - insbesondere für Ältere, Säuglinge, Kleinkinder oder Menschen mit immunologischen Fehlfunktionen.



Dr. med. Fabian Speth,
Oberarzt für Kinderreumatologie,
Universitätskinderklinik Rostock

Herr Dr. Speth, warum sind Pneumokokken so gefährlich?

Weil Pneumokokken rasch verlaufende Infektionen auslösen, bei denen die Patienten oftmals innerhalb weniger Stunden so krank werden, dass sie im Krankenhaus behandelt werden müssen. Das Zeitfenster der Behandlung ist klein, die Vorsorge deshalb extrem wichtig.

Einer Schätzung der Weltgesundheitsorganisation zufolge sterben jedes Jahr etwa 1,6 Millionen Menschen an einer Pneumokokken-Erkrankung. Wie lautet die Empfehlung?

Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut empfiehlt eine Impfung gegen Pneumokokken für Menschen ab 60 Jahren. In der Folge der Impfung entwickelt der

Körper bestimmte Antikörper, die die Pneumokokken-Erreger bekämpfen können. Außerdem gibt es eine Indikationsimpfung für immunsupprimierte Menschen, die eine zweite Pneumokokken-Impfung beinhalten.

Rheumapatienten, die eine Therapie mit immununterdrückenden Medikamenten erhalten, gelten als

Streptococcus pneumoniae



besonders gefährdet. Ihr Erkrankungsrisiko soll im Vergleich zu Gesunden um 2,6-fach erhöht sein. Trotzdem erhielten laut einer Befragung nur ungefähr elf Prozent der Patienten mit Rheumatoider Arthritis zwei Jahre nach der Diagnose eine Impfung. Woran liegt das?

Das Problem war in der Vergangenheit, dass die Impfeempfehlungen für immungeschwächte Patienten sehr stark voneinander abweichende Empfehlungen enthielten und die Kostenübernahme der Impfungen nicht klar geregelt schien. Die Empfehlungen betreffend der Impfstoffe und somit der Kostenübernahme wurden inzwischen von der STIKO konkretisiert - aber ab wann ein Patient als immunsupprimiert gilt, ist weiterhin nicht ganz klar. Bei Rheumatikern ist beispielsweise Me-

thotrexat eines der am häufigsten verabreichten Basismedikamente, und es wird als immunmodulierend bezeichnet - nicht als immunsuppressiv. Viele Kollegen fühlen sich weiterhin nicht ausreichend informiert. Diese Verunsicherung und die Sorge etwas falsch zu machen, erklären die niedrige Impftrate.

Hat sich die Situation geklärt?

Die Sorge, dass Impfungen Krankheitsschübe des Rheumas auslösen können, wurde in den letzten Jahren durch große Studien klar ausgeschlossen. Die STIKO empfiehlt für medikamentös immungeschwächte Patienten eine mehrstufige, also sequentielle Impfung, bei der zwei Impfstoffe zum Einsatz kommen. Als erstes ein Konjugat-Impfstoff und als zweites ein Polysaccharid-Impfstoff. Der Konjugat-Impfstoff, der sogenannte Prevenar 13, stoppt die Kolonisation, das heißt die Schleimhautbesiedelung, und verhindert schwere Infektionen durch 13 Bakterienstämme. Der Polysaccharid-Impfstoff ist Vermutungen zufolge zwar nicht ganz so stark wirksam, deckt aber dafür weitere Bakterienstämme ab, insgesamt 23 Stämme. Die Impfstoffe sollten im Abstand von sechs bis zwölf Monaten verabreicht werden.

Bietet die Pneumokokken-Impfung einen hundertprozentigen Schutz?

Nein, das leistet auch die Kombination beider Pneumokokken-Impfstoffe nicht. Es gibt immer ein gewisses

Pneumokokken-Impfung ist Kassenleistung. Bei älteren Menschen und solchen, die eine immunsuppressive Therapie erhalten, zahlt die Krankenkasse die Impfung.

Restrisiko, doch zu erkranken. Als Hochrisikopatienten gelten etwa Menschen mit einem niedrigen Immunglobulinspiegel, mit einer Störung der Milzfunktion oder bei einem angeboren oder veränderten Komplementsystem. Ob dies bei Ihnen vorliegt können Sie mit ihrem Arzt besprechen. Diese Menschen sollten vorbereitet sein und beispielsweise bei Reisen ins Ausland immer ein Antibiotikum mit sich führen. Wenn sie an einer hochfieberhaften Infektion insbesondere der oberen Atemwege erkranken, gilt es, das Antibiotikum unverzüglich einnehmen. Der Schutz entfaltet sich dann bereits auf dem Weg zum Arzt.

wissen

Polysaccharid-Impfstoffe

Bei Polysaccharid-Impfstoffen handelt es sich um einen Totimpfstoff, bestehend aus Mehrfachzuckern (Polysacchariden) der Hülle von Pneumokokken. Dieser Polysaccharid-Impfstoff wirkt gegen die 23 häufigsten Pneumokokken-Typen, die für 90 Prozent aller Pneumokokken-Erkrankungen verantwortlich sind. Er erzeugt aber wie alle Polysaccharid-Impfstoffe bei Kindern unter zwei Jahren keine ausreichende Immunantwort.

Konjugat-Impfstoff

Seit Juli 2001 steht auch ein Konjugat-Impfstoff zur Verfügung. Bei ihm sind die Polysaccharide an ein Trägerprotein gebunden, das die Antwort des Immunsystems auf den Impfstoff erheblich verstärkt. Konjugat-Impfstoffe gelten im Gegensatz zu Polysaccharid-Impfstoffen auch bei Kindern unter zwei Jahren als wirksam.



wissen

Nebenwirkungen der Pneumokokken-Impfung

Häufig kommt es an der Einstichstelle zu Reaktionen wie Rötungen, Schwellungen oder Schmerzen, gelegentlich auch zu Schwellungen der umliegenden Lymphknoten. Nach der Impfung mit einem Konjugat-Impfstoff kann auch eine Druckempfindlichkeit, die die Bewegung stört, auftreten. Mit Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen und Fieber ist selten zu rechnen. Bei Verwendung des Konjugat-Impfstoffs können auch kurzfristig Fieber über 39 Grad, Reizbarkeit, Schläfrigkeit, unruhiger Schlaf und Magen-Darm-Beschwerden auftreten. Überempfindlichkeitsreaktionen sind selten, allergische Reaktionen wurden nur in Einzelfällen (Polysaccharid-Impfstoff) oder gelegentlich (Konjugat-Impfstoff) beobachtet.



Wie funktioniert die Auffrischung?

Nachdem zuvor beide Impfstoffe in einem sechs bis zwölfmonatigen Abstand geimpft wurden, ist eine Auffrischung nach spätestens sechs Jahren notwendig. Die Geister scheiden sich allerdings an der Frage, ob bei der Auffrischung ebenfalls beide Impfstoffe, der Konjugat und Polysaccharid, nötig sind. Die STIKO rät derzeit zu einer alleinigen Auffrischung mit Polysaccharid.

Diese Empfehlung sehen Spezialisten und Fachgesellschaften der Rheumatologen, Pulmonologen und Geriater teils kritisch. Wie ist Ihre Haltung hierzu?

Ich und viele meiner Kollegen gehen davon aus, dass der stabile Impfschutz durch die entsprechende Reihenfolge von Konjugat und Polysaccharid gewährleistet wird. Deshalb empfehlen einige von uns, dieses „Doppelschlag“-Prinzip auch bei der Auffrischung beizubehalten. Das könnte insbesondere für junge Rheumatiker wichtig sein, die in ihrem Leben mehrere Auffrischungsimpfungen gegen Pneumokokken erhalten werden.

Warum sind Sie von diesem Vorgehen überzeugt?

Die Erklärung ist kompliziert, aber für Rheumapatienten interessant: Wir müssen bedenken, dass in der Rheumatherapie seit einigen Jahren völlig veränderte Wirkmechanismen zum Einsatz kommen. Rituximab (Mabthera®) zum Beispiel wird sehr häufig verschrieben. Der Arzneistoff entfernt die B-Zellen des Körpers, deren Aufgabe es ist, Antikörper zu produzieren und ein Impf-Gedächtnis auszubilden. Manche Patienten erhalten mehrfach Rituximab, teilweise alle sechs Monate. In diesen Fällen müssen wir schon davon ausgehen, dass die Impfantwort durch die entfernten B-Zellen nachlässt. Jetzt muss man zudem wissen: Während Polysaccharid hauptsächlich über die antikörperbildenden B-Zellen funktioniert, ist das beim Konjugat-Impfstoff anders. Er wirkt auch über T-Zellen, also einen zweiten Teil des Immunsystems, der Steuerfunktionen ausübt und Impferfahrungen abspeichert. Von der Zusammenarbeit beider Teile des Immunsystems können Menschen profitieren, die Rituximab einnehmen, aber im Prinzip alle Patienten mit immununterdrückenden Medikamenten, da

die Therapie über die Jahre hinweg ja häufig umgestellt wird, was das Immunsystem an verschiedenen Stellen schwächt. Wir sehen keinen Nachteil in einer weiteren Verabreichung von Konjugat-Impfstoffen für besonders gefährdete Patienten. Zum Schluss ist noch wichtig darauf hinzuweisen, dass die Pneumokokken-Impfung nicht die jährliche Grippe (Influenza)-Impfung ersetzt. Beide Impfungen addieren sich in ihrem Schutz vor Lungenentzündungen.

info

Auszug der aktuellen STIKO-Empfehlung:

Für ältere Menschen ab 60 Jahren, die keiner Risikogruppe angehören, wird PPSV23 empfohlen. Eine sequenzielle Kombination beider Impfstoffe (1. PCV13 => 6 Monate => 2. PPV23) empfiehlt die STIKO für Menschen mit einer Immundefizienz oder -suppression, also auch Rheumapatienten. Bei Risikopatienten erfolgt eine weitere PPV23 Auffrischung nach 6 Jahren.

12. NOVEMBER WELT-PNEUMONIE-TAG



Rheumapatienten haben durch immunsuppressive Therapien ein erhöhtes Risiko für Infektionskrankheiten, für eine Pneumokokken-Infektion ist es sogar **2,6-mal** so hoch wie bei gesunden Personen.

So beugen Sie einer Lungenentzündung vor!

- Bewegung an der frischen Luft
- ausreichend Schlaf und Vermeidung von Stress
- ausgewogene Ernährung
- Verzicht auf Alkohol und Nikotin
- regelmäßige Check-ups beim Arzt
- Impfung gegen Pneumokokken

Was ist eine Pneumonie?

Pneumonie ist ein anderer Begriff für Lungenentzündung.



Häufigster bakterieller Auslöser sind Pneumokokken. Das sind Bakterien, die auch Hirnhaut- und Mittelohrentzündungen oder Blutvergiftungen verursachen können.



Tritt häufig in Folge einer **Grippe** auf, da das Immunsystem dann ohnehin geschwächt ist und das Risiko für eine Pneumokokken-Infektion erhöht ist.



Hausarzt



Facharzt

Sowohl Ihr Hausarzt als auch Ihr Rheumatologe sollten Sie zu Impfungen und dem optimalen Impfzeitpunkt beraten, die optimalen Impfzeitpunkte bestimmen und die Impfungen durchführen.

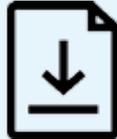
Fragen Sie nach!

Noch Fragen?

Mehr Informationen auf www.wirfuersimpfen.de

Downloads:

Jahresbericht 2017 und Welt-Rheuma- Tag 2018



Jahresbericht 2017

Der aktuelle Jahresbericht 2017 des Bundesverbandes der Deutschen Rheuma-Liga ist erschienen. Er informiert über die Arbeit der Organisation in den Bereichen Politisches Engagement, Mitwirkung in Gremien, Forschung und Öffentlichkeitsarbeit. Zudem wird ein guter Einblick in laufende Projekte und neue Angebote gegeben. Der Bericht ist hier kostenfrei als PDF herunter zu laden:

www.rheuma-liga.de

Welt-Rheuma-Tag 2018

Spannende Vorträge und eine interaktive Podiumsdiskussion standen im Mittelpunkt des diesjährigen Welt-Rheuma-Tages. Dank großzügigem Sponsoring und Honorarverzicht aller Referenten konnte die Veranstaltung wieder ohne Eintrittsgelder im Auditorium der Bucerius Law School auf die Beine gestellt werden. Alle Vorträge vom 22. September 2018 können auf der Website der Rheumaliga runtergeladen werden. Der nächste Welt-Rheuma-Tag in 2019 findet am 26. Oktober statt. Ergänzende Infos finden Sie auch unter:

www.welt-rheuma-tag.de

Kinder und Rheuma: Das Mutmach-Buch

„Malus fantastische Hüte gegen verflucht Rheumablöde Tage“ ist eine spannende Geschichte über ein rheumakrankes Kind, seinen Alltag und seine kleinen Tricks, um mit der Krankheit besser klar zu kommen. Viele farbenfrohe Bilder, kleine Rätsel und Detektivspiele untermalen die Erzählung. Mit diesem Buch soll Kindern Mut gemacht werden. Weitere Tipps, Ausmalvorlagen und die online-Version des Buches gibt's auf:

www.rheuma-liga.de



Rheuma im Alter: Vorsorge ist wichtig

Bis vor einigen Jahren bestand der Verdacht, dass entzündungshemmende antirheumatische Medikamente die Entstehung von Darmkrebs begünstigen könnten. Jüngste Studien belegen jetzt zumindest, dass mit der Einnahme von Biologika kurz- und mittelfristig kein erhöhtes Tumorrisiko einhergeht. Allerdings können Krebserkrankungen andersherum sehr wohl Auslöser einer rheumatischen Erkrankung sein. Da mit zunehmendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit steigt, an malignen Erkrankungen zu leiden und die Bevölkerung de facto immer älter wird, ist der Rheumatologe in Zukunft gefragt, sich mit dem Balanceakts zwischen Autoimmunkrankheit und bösartiger Erkrankung zu befassen. Alle Patienten mit einer symptomatischen Rheuma-Erkrankung sollten sich regelmäßig einem dem Alter angemessenen Tumorscreening unterziehen. Bei Verdacht auf eine Paraneoplasie, also Begleitsymptome, die nicht unmittelbar vom Primärtumor oder seinen Metastasen ausgehen, sollte die Tumorsuche gründlich durchgeführt werden, da die Kenntnis über eine zugrunde liegende maligne Erkrankung von hoher prognostischer Relevanz ist.



www.tinyurl.com/y7f3no3ge

Rheuma und Beruf: Fast alles ist möglich

Rheumatisch-entzündliche Krankheiten führen zu vielen Einschränkungen im Alltag. Mit angeschwollenen Händen und Fingern fällt das Tippen auf der Tastatur eines Computers vermutlich schwer, und viele Stunden im Stehen zu verbringen, ist mit dicken Knien oder Fußgelenken schmerzhaft bis unmöglich. Dennoch, und das ist die erfreuliche Nachricht, kann die Mehrzahl der Betroffenen ihren Beruf weiterhin ausüben - idealerweise mal sitzend, mal stehend, das entlastet die Gelenke. Höhenverstellbare Tische können dabei zum Einsatz kommen, und beim Arbeiten am Computer verschafft möglicherweise ein einfaches Gelpad unter dem Handgelenk Erleichterung. Manchmal sind betriebsgebundene Umbauten wie Auffahrrampen, automatische Türen, Lifte an den Treppen oder barrierefreie Sanitäranlagen notwendig. Das klingt im ersten Moment abschreckend, doch der Arbeitgeber ist gesetzlich verpflichtet, seinen Beschäftigten die Teilhabe am



Arbeitsleben auch dann zu ermöglichen, wenn sie erkrankt sind. Experten raten deshalb, sich frühzeitig mit dem Chef über die eigene Situation zu unterhalten und deutlich zu machen, was für den Berufsalltag wichtig und was unerlässlich ist. Wer nicht genau weiß, wie er ein solches Gespräch angehen soll, kann sich bei den Landesverbänden der Selbsthilfeorganisation Rheuma-Liga beraten lassen. Sollte die bisherige Tätigkeit aufgrund von rheumabedingten Beeinträchtigung nicht mehr möglich sein, ist viel-

leicht ein betriebsinterner Wechsel eine geeignete Alternative. In diesen Fällen greifen Weiterbildungen oder Umschulungen. Beide Maßnahmen werden durch die Rentenversicherung oder von der Arbeitsagentur zunächst genehmigt und dann finanziert. Überdies können Rheumatischer Zuschüsse beantragen, wenn sie für das Erreichen ihrer Arbeitsstelle dauerhaft ein Auto benötigen. Weiter Infos:

www.rheuma-liga.de/beruf/

Ratgeber für Betroffene: Ratgeber für Betroffene

Die Ärztin Prof. Dr. med. Erika Gromnica-Ihle stellt sich seit Jahrzehnten leidenschaftlich in den Dienst von Menschen, die von einer rheumatischen Erkrankung betroffen sind. Als internistische Rheumatologin war sie viele Jahre an der Charité Berlin, als Chefärztin einer Rheumaklinik und in einer niedergelassenen Praxis in Berlin tätig, außerdem blickt sie auf 25 Jahre ehrenamtliche Tätigkeit in der Patientenselbsthilfe zurück und war bis 2017 Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga.

Nun veröffentlicht sie den Ratgeber „Rheuma ist handelbar“. Darin finden Patienten und Angehörige Informationen zu Symptomen, Diagnostik und Therapie, vor allem bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen. Es soll die Betroffenen ermutigen, die eigene Zukunft mit Rheuma selbst in die Hand zu nehmen. Die Autorin möchte zeigen, dass niemand allein mit einer solchen Krankheit ist. Deshalb lässt sich auch Menschen zu Wort kommen, die unter Rheuma leiden.



Erika Gromnica-Ihle, „Rheuma ist behandelbar: Ratgeber für Betroffene“ Springer; Auflage: 1. Aufl. 2018 (19. September 2018)



Auftrag Gesundheit

Über 800.000 Menschen leiden in Deutschland an Rheumatoider Arthritis – eine Erkrankung, die ein normales Leben extrem erschwert.

Wir haben die Entzündungsprozesse erforscht und neue Angriffspunkte gefunden. Eine klare Perspektive für viele Betroffene, die neue Lösungen brauchen.

Und wir forschen weiter.

中
外
製
藥