

Epidemiologie und gegenwärtige Versorgung von Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen – Überblick

A. Strangfeld¹

¹ Programmbereich Epidemiologie, Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin

Neben den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zählen unter anderem die degenerativen Erkrankungen der Gelenke (Arthrosen), die Osteoporose, aber auch chronische Schmerzsyndrome (wie Rückenschmerzen und Fibromyalgie) zu den muskuloskelettalen Erkrankungen, von denen ca. 20 Millionen Menschen in Deutschland betroffen sind. Die durch diese Krankheiten verursachten Kosten sind immens und belaufen sich nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes auf rund 28,5 Mrd. Euro im Jahr ohne Einbeziehung der indirekten Kosten durch Arbeitsausfall.

Die weltweit häufigste Gelenkerkrankung ist die **Arthrose**. Nach einem vom Robert-Koch-Institut durchgeführten Telefon-Survey beträgt die Lebenszeitprävalenz in Deutschland insgesamt 22% für Frauen und 18% für Männer [1]. Mehr als die Hälfte der Patienten beider Geschlechter gaben das Knie als betroffene Lokalisation an, bei etwas über einem Viertel war es die Hüfte. Eine deutlich geschlechtsspezifische Häufung gibt es für die Arthrose der Fingergelenke (37% bei Frauen, 16% Männer). Nach Daten des Robert-Koch-Instituts gehören Arthrose-Patienten mit zu den häufigsten Nutzern des Gesundheitssystems. Das in der Region Nordrhein durchgeführte ADT-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zeigte, dass Arthrosen der Hüft- und Kniegelenke im Jahr 2011 zu den 13 häufigsten Einzeldiagnosen bei niedergelassenen Orthopäden zählte. Sogar in den Praxen der Allgemeinmedizin rangierte die Kniegelenksarthrose mit einem Anteil von 6% an allen Diagnosen unter den 17 häufigsten Einzeldiagnosen. Doch auch im stationären Bereich zählen die Arthrosen zu den häufigsten Einzeldiagnosen – mit steigender Tendenz. Implantationen von Knie- und Hüftgelenksendoprothesen rangieren unter den 20 häufigsten Operationen. Übergewicht ist nicht nur ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung einer Arthrose, sondern beeinflusst auch deren Verlauf ungünstig [2,3].

Die durch die **Osteoporose** verursachten Fragilitätsfrakturen (Knochenbrüche ohne Trauma) betreffen am häufigsten die Wirbelkörper (> 70%), den Femur sowie den distalen Radius. Da klinische Symptome bei diesen Frakturen häufig fehlen, werden sie in hohem Maße unterdiagnostiziert. Die zwischen 1993–1996 europaweit durchgeführte ‚Europäische Vertebrale Osteoporose Studie‘ (EVOS) benutzte aus diesem Grund Röntgenreihenuntersuchungen als Datenbasis, in deren Anschluss eine standardisierte Beurteilung der Aufnahmen von Brust- und Lendenwirbelsäule erfolgte. Für Deutschland zeigte sich bei knapp 8% der Frauen und 5% der Männer mindestens ein durch Osteoporose bedingter Wirbelkörperbruch. Im europäischen Vergleich wurde die höchste Inzidenz für

Wirbelfrakturen in den skandinavischen Ländern beobachtet. Im prospektiven Teil der Untersuchung (EPOS) zeigte sich, dass die Inzidenz der Wirbelfrakturen mit zunehmendem Lebensalter exponentiell ansteigt. Bei Anwendung der WHO-Definition für eine Osteoporose (Feststellung einer erniedrigten Knochendichte [DXA T-Wert $\leq -2,5$ SD]) liegt ihre Prävalenz bei postmenopausalen Frauen im Alter von 55 Jahren bei etwa 7% und steigt auf über 30% im Alter von 80 Jahren an [4].

Außer einem höheren Alter (> 60 Jahre) sind Immobilität, Untergewicht mit einem BMI von unter 20 kg/m² (oder auch starker Gewichtsverlust) und Rauchen weitere Risikofaktoren für die Entstehung einer Osteoporose. Auch die rheumatoide Arthritis erhöht das Risiko für eine Osteoporose unabhängig von einer Therapie mit Glukokortikoiden, die ihrerseits auch mit einer Erhöhung des Risikos assoziiert ist.

Schätzungen anhand der TK Abrechnungsdaten ergaben, dass Frauen im Alter über 50 ebenso häufig an den Folgen einer osteoporotischen Fraktur versterben wie an einem Mamma-Karzinom. Die Tatsache, dass bei 69% der Patienten mit einer Fraktur multiple Frakturen diagnostiziert werden [5] lässt vermuten, dass bisher nicht alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Vermeidung von Frakturen ausgeschöpft werden und hier ein deutliches Defizit bezüglich der Versorgung von Menschen mit Osteoporose in Deutschland besteht.

Zu der Gruppe der **entzündlich-rheumatischen Erkrankungen** gehören mehr als 100 verschiedene Krankheiten. Ihnen gemeinsam ist eine schwere, chronische, systemische Entzündung. Eine entzündlich-rheumatische Erkrankung kann sowohl im Erwachsenen- als auch im Kindesalter auftreten. Das Spektrum, der Verlauf und die Prognose der im Kindesalter auftretenden rheumatischen Erkrankungen unterscheiden sich sehr von denen des Erwachsenenalters.

Durch die seit Beginn der 1990er Jahre durchgeführte Kerndokumentation [6] der regionalen kooperativen Rheumazentren in der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie kann die Versorgungssituation anhand der Daten von jährlich rund 17 000 rheumatologisch betreuten Patienten auch im Längsschnitt sehr gut beschrieben und können Versorgungsdefizite wie auch -verbesserungen identifiziert werden.

Wichtige Ergebnisse der Kerndokumentation waren beispielsweise, wie frühzeitig die rheumatologischen Betreuung begonnen wird oder welche prognostischen Faktoren für den Verlauf der Erkrankung eine Rolle spielen [6].

Die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen des Erwachsenenalters lassen sich nach der vorwiegend betroffenen Lokalisation grob in drei Gruppen unterteilen: 1. Gelenke (hierzu gehört die rheumatoide Arthritis als wichtigste Einzeldiagnose), 2. Wirbelsäule (= Spondyloarthritiden) mit der ankylosierenden Spondylitis als wichtigster Diagnose und 3. Gefäße und Bindegewebe (Vaskulitiden und Kollagenosen) mit dem systemischen Lupus erythematodes (SLE) als wichtigster Diagnose.

In Deutschland geht man von einer Prävalenz der rheumatoiden Arthritis (RA) von ca. 0,8–0,9% aus. Frauen erkranken etwa dreimal so häufig an einer RA wie Männer. Das mittlere Erkrankungsalter liegt zwischen 55 und 65 Jahren, wobei Männer später erkranken als Frauen. Pro Jahr muss mit 20

bis 30 Neuerkrankungen je 100 000 Männern und 40 bis 60 Neuerkrankungen je 100 000 Frauen gerechnet werden. Die Inzidenz steigt mit dem Alter an.

Die ankylosierende Spondylitis (AS) ist die häufigste Diagnose aus der Gruppe der Spondyloarthritiden. Die Prävalenzschätzungen für die AS sind sehr unterschiedlich und liegen zwischen 0,3–0,5%, je nachdem welche Klassifikationskriterien zugrunde gelegt werden. In einer vor einigen Jahren in Deutschland durchgeführten Studie, in der magnetresonanztomografische Verfahren angewandt wurden, wurde eine wesentlich höhere Prävalenz von 0,8% ermittelt.

Das mittlere Alter bei Beginn der Erkrankung an einer AS liegt zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Männer sind häufiger betroffen als Frauen; früher ging man sogar von einem Verhältnis von 10:1 aus. Aus heutiger Sicht ist diese starke Männerwendigkeit zu einem großen Teil durch eine unterdiagnostizierte Erkrankung und somit Unterschätzung der Häufigkeit bei Frauen hervorgerufen. Durch eine verbesserte Diagnostik und die Erkenntnis, dass die Erkrankung bei Frauen unterschiedlich verläuft, hat sich dieses Verhältnis stark geändert. In der Kerndokumentation beträgt der Frauenanteil an den AS-Kranken seit Jahren konstant etwa ein Drittel. Trotz des in den letzten Jahren beobachteten Trends des schnelleren Zugangs von AS Patienten zum Rheumatologen von 6,8 Jahren (1994) auf 4,1 Jahre im Jahr 2013 ist die Dauer bis Diagnosestellung immer noch sehr lang.

Die häufigste chronische rheumatische Erkrankung im Kindesalter ist die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) mit einer Prävalenz von 100/100 000 Kindern und einer Inzidenz von 10/100 000 Kindern unter 16 Jahren. Unter einer JIA wird eine heterogene Gruppe von Erkrankungen zusammengefasst, deren gemeinsames Merkmal eine über mindestens sechs Wochen bestehende Gelenkentzündung unbekannter Ursache bei einem Kind unter 16 Jahren ist. Die JIA ist eine Ausschlussdiagnose und wird entsprechend der ILAR-Klassifikation (*International League of Associations for Rheumatology*) in sechs Subgruppen unterteilt, die sich in ihrer Prognose und dem Verlauf, der Geschlechterverteilung und dem genetischen Hintergrund unterscheiden [7].

Für alle entzündlich-rheumatischen Erkrankungen gilt, dass in den letzten beiden Jahrzehnten bedeutende Fortschritte bei der Behandlung der Erkrankungen erzielt wurden und sich Therapiestrategien grundlegend änderten. Die Auswir-

kungen dieser Änderungen auf den Verlauf und die Prognose dieser Krankheiten können anhand der Daten der Kerndokumentation veranschaulicht werden.

Interessenkonflikt: Frau Strangfeld erhielt seit 2010 persönliche Honorare für Vorträge von AbbVie, MSD, Pfizer, Roche und UCB.

Literatur

- 1 Fuchs J, Rabenberg M, Scheidt-Nave C. Prävalenz ausgewählter muskuloskelettaler Erkrankungen – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 678–686
- 2 Blagojevic M, Jinks C, Jeffery A et al. Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis. Osteoarthritis Cartilage 2010; 18: 24–33
- 3 Messier SP, Loeser RF, Miller GD et al. Exercise and dietary weight loss in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis: the Arthritis, Diet, and Activity Promotion Trial. Arthritis Rheum 2004; 50: 1501–1510
- 4 Ismail AA, Pye SR, Cockerill WC. Incidence of limb fracture across Europe: results from the European Prospective Osteoporosis Study (EPOS). Osteoporos Int 2002; 13: 565–571
- 5 Hadji P, Klein S, Gothe H. The epidemiology of osteoporosis – Bone Evaluation Study (BEST): an analysis of routine health insurance data. Dtsch Arztebl Int 2013; 110: 52–57
- 6 Zink A. Versorgungsforschung in der Rheumatologie – aktueller Stand. Z Rheumatol 2014; 73: 115–122
- 7 Minden K, Niewerth M. Rheumakranke Kinder und Jugendliche: Kerndokumentation und Prognose. Monatsschr Kinderheilkd 2012; 160: 237–243

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1558081>
Drug Res 2015; 65, Suppl. 1: S3–S4
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York ·
ISSN 2194-9379

Korrespondenzadresse

Dr. Anja Strangfeld
Programmbereich Epidemiologie
Deutsches Rheuma-Forschungszentrum
Berlin
Charitéplatz 1
10117 Berlin
strangfeld@drfz.de

