

Uwe Schwokowski

# Konservative Therapieoptionen bei rheumatischen Affektionen

## Zusammenfassung:

Durch die Entwicklung innovativer medikamentöser Therapieoptionen in den letzten 3 Jahrzehnten hat sich die Behandlung entzündlich rheumatischer Erkrankungen grundlegend gewandelt. Spielten physikalische Therapiemaßnahmen vor vielen Jahren noch eine herausragende Rolle im Therapiekonzept, haben diese durch die rasante Entwicklung der medikamentösen Behandlung der „Disease-Modifying-Anti-Rheumatic-Drugs“ (DMARDs) erheblich an Bedeutung verloren. Auch operative Maßnahmen sind nur noch bei einer geringen Anzahl schwerer Verläufe indiziert. Der Anspruch der immunsuppressiven Medikation ist die Remission oder zumindest eine geringe Krankheitsaktivität. Allerdings gehören zu einer umfassenden Therapie mehrere Komponenten. Somit hat die Physikalische Medizin mit bewegungstherapeutischen Verfahren, u.a. durch die Physio- und Ergotherapie, als Begleitbehandlung bei Funktionseinschränkungen weiterhin eine Berechtigung.

## Schlüsselwörter:

Entzündlich rheumatische Erkrankungen, konservative Therapieoptionen, Therapiewandel durch innovative Medikamente, Physikalische Medizin

## Zitierweise:

Schwokowski U: Konservative Therapieoptionen bei rheumatischen Affektionen.

OUP 2021; 10: 251-255

DOI 10.3238/oup.2021.0251-0255

Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie wird in seiner täglichen Praxis zumeist von Patienten mit Beschwerden im Bewegungssystem aufgesucht. Diese Probleme sind häufig funktioneller Art, sie können aber auch degenerativ sein, durch Über- bzw. Fehlbelastungen oder Traumen hervorgerufen werden. Ein sehr geringer Anteil dieser Beschwerden lässt sich dem entzündlich rheumatischen Formenkreis zuordnen. „Häufiges ist häufig, Seltenes selten“. Das ist vermutlich der Grund, weshalb in den orthopädischen Praxen zu wenig entzündlich gedacht wird. Die 3 häufigsten entzündlich rheumatischen Krankheiten sind die rheumatoide Arthritis, die periphere Spondyloarthritis, und hier insbesondere die Psoriasis Arthritis, sowie die axiale Spondyloarthritis, im Volksmund auch als Morbus Bechterew bekannt. Mehr als 2 % der deutschen Bevölkerung sind von diesen Krankhei-

ten betroffen. Die Dunkelziffer ist aus meiner Sicht, insbesondere bei den Spondyloarthritiden hoch, weil die Begleitsymptome wie Psoriasis, Enthesitis, Uveitis, chronisch entzündliche Darmerkrankungen u.a. primär nicht unbedingt mit einer entzündlich rheumatischen Erkrankung in Verbindung gebracht werden. Positiv ist anzumerken, dass gerade bei den Orthopäden eine gewisse Sensibilisierung stattgefunden hat. Nach einer Studie der Barmer EK ist es diese Fachgruppe, die am häufigsten die Diagnose der axialen SpA stellt und damit zu einer deutlichen Reduktion der Diagnoseverzögerung beiträgt [4]. Fortschritte in der Aufklärung der Pathogenese der entzündlich rheumatischen Krankheiten sowie entsprechende Klassifikationskriterien haben dazu geführt, dass eine frühzeitige Diagnose gestellt werden kann und diese die Voraussetzung für eine früh einsetzende Therapie ist [6].

Die „interdisziplinäre S3-Leitlinie zum Management der frühen rheumatoïden Arthritis“ von 2019 schließt den Orthopäden explizit in die Diagnostik und Therapie einer frühen rheumatischen Erkrankung ein: „Die meisten Menschen mit neu aufgetretenen muskuloskelettalen Beschwerden kontaktieren zuerst den Hausarzt oder auch den niedergelassenen Orthopäden. Diesen Fachgruppen kommt daher auch eine entscheidende Bedeutung im Management der frühen Arthritis bei Diagnosestellung und Versorgung zu“. Der niedergelassene Orthopäde soll ggf. die Diagnose sichern und bei gesicherter Diagnose ggf. eine erste DMARD-Therapie einleiten. „Wer bei Patienten eine RA mit einem DMARD (in der Regel ist dies bei Ersttherapie Methotrexat) einleitet, sollte diese Therapie auch bzgl. des Ansprechens mittels geeigneter Scores (DAS 28, SDAI oder CDAI) und bzgl. uner-

## Conservative therapy options for rheumatic affections

**Summary:** By the development of innovative drug therapy options in the last three decades, the treatment of inflammatory rheumatic diseases has changed fundamentally. While physical therapy played an outstanding role in the therapy concept many years ago, they have lost a lot of importance by the rapid development of drug treatment with „disease-modifying-anti-rheumatic-drugs“ (DMARDs). Operative activities are only indicated in the case of a small number of severe courses. The claim of immunosuppressive medication is remission or at least low disease activity. However, a comprehensive therapy includes several components. Thus, physical medicine with movement therapy processes, including physio- and ergotherapy, is still justified as an accompanying treatment for functional disorders.

**Keywords:** Inflammatory rheumatic diseases, conservative therapy options, therapy change by innovative drugs, physical medicine

**Citation:** Schwokowski U: Conservative therapy options for rheumatic affections. OUP 2021; 10: 251–255  
 DOI 10.3238/oup.2021.0251–0255

wünschter Wirkungen überwachen ...“ [8]. Diese Leitlinie ist somit für die Orthopäden eine Aufforderung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), sich in die Frühdiagnostik, die Diagnosesicherung, die Therapieeinleitung und die Therapieüberwachung der rheumatoiden Arthritis einzubringen. Da es für die peripheren Spondyloarthritiden keine gesonderte Leitlinie gibt, würde ich hier die Aufforderung gleichermaßen sehen.

### Historie der Therapie entzündlich rheumatischer Erkrankungen

Die Therapie und die Therapieziele entzündlich rheumatischer Erkrankungen haben sich in den letzten 100 Jahren dramatisch verändert. Bis 1950 kannte die Medizin nur symptombe-kämpfende therapeutische Optionen. Bäder, Güsse, Packungen und Umschläge, meist mit schwefel- oder radonhaltigen Wässern sowie Moor, Heilerde und Heilschwämme in verschiedenen Temperaturen waren die Optionen. Einzige medikamentöse Möglichkeit war die Behandlung mit Acetylsalicylsäure. Eine neue Option ergab sich 1950 mit der Erkenntnis der antirheumatischen Wirkung von Kortison. Es kam zu einem regelrechten Triumphzug der neuen Substanz. Die beteiligten Forscher erhielten 1951 den Nobelpreis für Medizin und Physiologie. Mit dieser neuen Therapie gelang es zumindest, die Progression der Entzündung zu verlangsamen. Mit den nicht-steroidalen-Antirheumatika

(Ibuprofen 1962, Diclofenac 1965) begann eine neue Ära der Therapie von Schmerzen und Entzündungen. Allerdings waren die Mediziner immer noch weit von der Ursachenbekämpfung entfernt. Um 1980 wurden Goldpräparate, D-Penicillamin, Sulfasalazin und Hydroxychloroquin bereits als „Basismedikamente“ bei der rheumatoiden Arthritis eingesetzt. Diese führten ebenfalls zu einer Progressionsverlangsamung; häufige operative Eingriffe konnten allerdings nicht verhindert werden. Die operative Rheumatologie mit den verschiedensten Gelenkoperationen, von der Synovialektomie bis zur Endoprothetik, begann ihren Siegeszug. Die Rheumaklinik Bad Bramstedt unter der Leitung von Prof. Karl Tillmann war derzeit eine der führenden Kliniken in Deutschland, mit jährlich steigenden Op-Zahlen.

„Rheuma-Mittel - Sterben auf Rezept“ - ein Artikel des „Stern“ aus dem Jahre 1984: „Mehr als 500 Anti-Rheumamittel sind in der Bundesrepublik im Handel - viele davon gefährlicher als das Rheuma selbst. Keines der Mittel behandelt die Ursachen, alle kurieren nur an den Symptomen der häufigsten und teuersten Volkskrankheit“ - „Heiner Geißler, der Bundesgesundheitsminister, regiert ein Volk von Siechen und Lahmen“ [1].

### Innovative Therapieoptionen

#### Die Wende

Mit der Einführung von Methotrexat 1987 begann das Zeitalter moderner,

immunsuppressiver Rheumatherapien mit „Disease-Modifying-Anti-Rheumatic-Drugs (DMARD). MTX ist bis heute der Goldstandard in der medikamentösen Therapie der RA und PsA. Als weiteres DMARD folgte 1999 Leflunomid, welches als Ausweich- bzw. Kombinationsmedikament durchaus eine Bedeutung erlangt hat.

Auch die Grundlagenforschung machte in den 80er und 90er Jahren rasante Fortschritte. Wissenschaftler erforschten, dass verschiedene Proteine, u.a. Zytokine, bei entzündlichen Vorgängen im Körper eine wesentliche Rolle spielen. Sie detektierten den Tumornekrosefaktor alpha, des Weiteren Interleukine bzw. Oberflächenstrukturen auf B- und T-Zellen. Nach diesen Erkenntnissen war der Weg der Forschung frei für die gezielte Hemmung bestimmter Zellen oder Unterbindung von Signalübertragungswegen. Die Sensation um das Jahr 2000 durch die Einführung der Biologika: Rheuma ist behandelbar, Ziel der Therapie ist jetzt aber eine Remission, zumindest eine niedrige Krankheitsaktivität.

Die TNF-alpha Blocker Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Certolizumab und Golimumab bekamen von 2000–2009 die Zulassung für entzündlich rheumatische Erkrankungen, zunächst für die RA, nachfolgend für die PsA und axSpA. Zulassungen für die Hemmung der T-Zell-Aktivierung durch Rituximab und die B-Zell-Aktivierung durch Tocilizumab

folgten im gleichen Zeitraum für die RA. Mit alternativen Wirkprinzipien bekamen die IL-17-A Inhibitoren Secukinumab und Ixekizumab für die PsA und axSpA sowie der IL-6-Inhibitor Sarilumab für die RA die Zulassung, bevor eine neue Ära mit den Jak-Inhibitoren eingeleitet wurde. Seit 2015 sind in Deutschland verschiedene TNF-alpha-Blocker als Biosimilar (bsDMARD) zugelassen, für Etanercept, Adalimumab, Infliximab und Rituximab. Diese sind deutlich kostengünstiger als die Originalpräparate und werden bei weitestgehend gleicher Wirksamkeit und Verträglichkeit von den Krankenversicherungen empfohlen bzw. bestimmte Prozentzahlen vorgeschrieben.

2017 erfolgte die erste Zulassung für einen Januskinase-(JAK)-Inhibitor-(tsDMARD) für die RA. Während die TNF-alpha-Blocker subcutan verabreicht werden, sind die small molecules oral einzunehmen. Diese hemmen keine komplette Zellgruppe, sondern lediglich intrazelluläre Signalwege. Tofacitinib und Baricitinib waren die ersten Jak Inhibitoren mit Zulassung 2017 für die RA, Tofacitinib 2018 auch für die PsA. Als letzte Substanzen haben Upadacitinib für die RA, PsA und ankylosierende SpA sowie Filgotinib für die RA eine Zulassung 2020 erhalten.

### Turbulente Zeiten in der Rheumatologie

Die letzten 30 Jahre zeichnen sich durch dramatische Entwicklungen in der Pharmakologie aus. Spielen nicht medikamentöse Therapien heutzutage überhaupt noch eine Rolle? Bei früher Diagnose und frühem Therapiebeginn eher eine untergeordnete. Packungen, Umschläge und Heilerde sind vermutlich obsolet. Lediglich geringe Evidenz gibt es für die Effektivität von Massagetherapien, Kälte- und Wärmeapplikationen. Aber: „Nicht-medikamentöse Interventionen (Physiotherapie, Bewegungstherapie und Sporttherapie, Sport und körperliche Aktivität sowie Ergotherapie) sind ein wesentlicher Bestandteil der RA und auch der frühen RA“ [8]. „Im Speziellen wird angestrebt, Schmerzen und Schwellungen zu lindern und Gelenkmobilität, Kraft und Ausdauer zu steigern, um die Lebensqualität der Pa-

S2e-Leitlinie der DGRh zur Therapie der RA - 2018	
<b>Phase I</b>	<b>Methotrexat + Glukokortikoid</b> nach 6 Wochen ggf. Therapieanpassung <b>Response nach 12 Wochen?</b> Ja: DMARD fortsetzen, GK ausschleichen Nein: sofortige Eskalation - Phase II bei hoher Aktivität oder ungünstiger Prognose – Phase III
<b>Phase II</b>	<b>DMARD-Kombination (MTX + zweites csDMARD) + Glukokortikoid Target erreicht nach 24 Wochen?</b> Ja: DMARD-Kombination fortsetzen, GK absetzen Nein: Eskalation – Phase III
<b>Phase III</b>	<b>b-DMARD oder ts-DMARD möglichst in Kombination mit MTX</b>

**Tabelle 1** S2e-Leitlinie der DGRh 2018 [2]

EULAR Therapieempfehlungen für die PsA - 2019	
<b>Phase I</b>	<b>NSAR (+ GC)</b> bei wenig aktiver PsA (Mon-/Oligoarthritis), Enthesitis, prädominant axialer Erkrankung
<b>Phase II</b>	<b>cs DMARDs - MTX/Leflunomid/Sulfasalazin</b> Phase I - Therapieziel nicht erreicht Polyarthritis (> 4 geschwollene Gelenke) hohe Aktivität und/ oder schlechte Prognose bei Mon-/Oligoarthritis
<b>Phase III</b>	<b>Biologika (TNF-alpha-Inhibitoren/PD4-Inhibitor - Apremilast/IL 12/23-Inhibitor - Ustekinumab/ IL 17-Inhibitoren - Secukinumab/Ixekizumab/ JAK 1/3-Inhibitor - Tofacitinib)</b> bei Versagen Phase II bzw. Phase I bei Enthesitis und axSpA

**Tabelle 2** EULAR Empfehlungen 2019 [3]

tienten zu verbessern“. „Schonung und Ruhe haben mehr negative als positive Folgen für die meisten Patienten mit RA und können zu zunehmender Schwäche und funktioneller Beeinträchtigung führen; dem wirkt die Bewegungstherapie entgegen“. Die Aufforderung an die behandelnden Ärzte lautet: Verordnen Sie allen Patienten mit Funktionseinschränkungen Physiotherapie. Fördern Sie die Motivation Ihrer Patienten zu sportlicher Aktivität und Bewegung. Einschränkungen in Bezug auf bestimmte Sportarten sind nicht erforderlich. Empfehlenswert ist das Funktionstraining der Rheuma Liga und der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew. „Ziel dieses Trainings ist es, Schmerzen zu lindern, die Beweglichkeit zu erhöhen, Kraft und Ausdauer zu trainieren und die Koordinationfähigkeit zu stärken [7]. Ins-

besondere in der Therapie der axialen Spondyloarthritis haben Sport, Bewegung im Alltag und regelmäßige Bewegungstherapie neben der medikamentösen Versorgung eine herausragende Bedeutung [5].

### Konservative Therapieoptionen bei der rheumatoiden Arthritis

Die konservative Therapie der rheumatoiden Arthritis richtet sich in Deutschland in erster Linie nach der S2e-Leitlinie: „Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten“, die im März 2018 durch den Vorstand der DGRh verabschiedet wurde und eine Gültigkeit bis April 2023 hat. „Sie gibt Empfehlungen für die Therapie nach dem Prinzip „Treat-to-Target mit etablierten und neuen krankheitsmodifizierenden Medikamenten (DMARDs),

einschließlich der Biologika und JAK-Inhibitoren. „Medikamentöse Therapiestrategien zur Behandlung der RA sind entscheidend für den Langzeitverlauf. Sie dienen dem Ziel, durch frühe und konsequente Unterdrückung der Entzündung Gelenkzerstörungen zu verhindern und damit die Funktion zu erhalten“.

### Empfehlungen zur Therapie der RA gemäß der S2e-LL der DGRh von 2018 (Tab. 1) [2]

- Sobald die Diagnose einer RA gestellt ist, soll eine Therapie mit DMARD begonnen werden.
- Ziel der Therapie ist das Erreichen und die Erhaltung einer Remission.
- Methotrexat (MTX) soll als erstes cs-DMARD eingesetzt werden.
- Falls MTX nicht einsetzbar ist, soll eine Therapie mit Leflunomid oder Sulfasalazin begonnen werden.
- Glukokortikoide (GC) sollen bei initialer Therapie ergänzend zum cs-DMARD gegeben werden. Die GC-Therapie soll auf 3–6 Monate beschränkt werden. Eine zusätzliche intraartikuläre GC-Gabe kann sinnvoll sein.
- Bei Verfehlen des Therapieziels mit der optimierten Starttherapie soll die Therapie eskaliert werden. Bei moderater Entzündungsaktivität kann eine Kombination mehrerer cs-DMARDs eingesetzt werden.
- Bei hoher Krankheitsaktivität soll die Kombination eines cs-DMARDs (in der Regel MTX) mit einem bDMARD oder tsDMARD zum Einsatz kommen.
- Jede bDMARD- und tsDMARD-Therapie soll, wenn möglich, mit MTX kombiniert werden

### Konservative Therapieoptionen bei der Psoriasisarthritis

Bislang sind für die Diagnostik und medikamentöse Therapie der Psoriasis Arthritis keine deutschen Leitlinien veröffentlicht. Allerdings ist ein Antrag im März 2021 für eine evidenzbasierte S3-Leitlinie zur „Diagnosestellung und medikamentösen Therapie der Psoriasis Arthritis“ durch die DGRh bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) gestellt worden. Geplante Fertigstellung 31.12.2022.

## S3-Leitlinie der DGRh zur Therapie der axialen Spondyloarthritis 2018

<b>Phase I</b>	<b>NSAR/Coxib für 2–4 Wochen bei Unwirksamkeit:</b> <b>2. NSAR/Coxib ebenfalls für 2–4 Wochen</b> bei hoher entzündlicher Krankheitsaktivität oder Unwirksamkeit: Eskalation (Phase II)
<b>Phase II</b>	<b>Biologikatherapie mit bDMARDs (TNF-alpha-/IL-17-Hemmer)</b> <b>Begleittherapie:</b> Patientenschulung, Bewegung, Physiotherapie, Rehabilitation, Patientenorganisation, Selbsthilfegruppen Bei Bedarf Analgetika, lokale Kortikosteroide

**Table 3** Therapiempfehlungen bei axialer/periphere SpA - S3-LL von 2018 [5]

Somit ist aktuell die europäische Leitlinie (EULAR recommendations for the management of psoriasis arthritis, 2019) anzuwenden. Auch bei der Psoriasis Arthritis ist die Frühdiagnostik von elementarer Bedeutung. Da diese Erkrankung zunächst häufig an den peripheren Gelenken (Hände, untere Extremität) mit Schwellung und Schmerz entsteht, ist wie bei der RA der Orthopäde oft der primäre Ansprechpartner. Die Heterogenität der Psoriasis Arthritis macht eine frühe Diagnosestellung allerdings schwieriger.

### Empfehlungen zur Therapie der aktiven PsA gemäß den EULAR Recommendations 2019 (Tab. 2) [3]

- Das Therapieziel ist wie bei der RA die Remission oder niedrige Krankheitsaktivität.
- Nichtsteroidale entzündungshemmende Medikamente können verwendet werden, um muskuloskeletale Anzeichen und Symptome zu lindern.
- Lokale Injektionen von Glukokortikoiden sollten als Zusatztherapie bei PsA in Betracht gezogen werden.
- Bei Patienten mit einer Polyarthritiden sollte ein csDMARD schnell eingeleitet werden, wobei Methotrexat bei Patienten mit relevanter Hautbeteiligung bevorzugt wird.
- Bei Patienten mit einer Mono- oder Oligo-Arthritis, insbesondere mit schlechten prognostischen Faktoren wie Strukturschäden, hoher Erythrozytensedimentations-

rate/C-reaktivem Protein, Daktylitis oder Nagelbeteiligung, sollte eine csDMARD-Therapie in Betracht gezogen werden.

- Bei Patienten mit peripherer Arthritis und unzureichendem Ansprechen auf mindestens ein csDMARD, sollte eine bDMARD-Therapie begonnen werden; bei relevanter Hautbeteiligung kann ein IL17- oder IL12/23-Inhibitor bevorzugt werden.

### Konservative Therapieoptionen bei der axialen Spondyloarthritis

Die Therapie der axialen Spondyloarthritis wird in Deutschland durch die S3-Leitlinie von 2018: „Therapie der axialen Spondyloarthritis einschließlich M.Bechterew und Frühformen“ beschrieben [5]. Diese soll mithelfen, den Zeitraum vom Erstsymptom bis zur Diagnose weiter zu verkürzen. Sie betont zudem das interdisziplinäre Vorgehen bei der Behandlung und richtet sich in erster Linie an Rheumatologen, Orthopäden und orthopädischen Unfallchirurgen, Allgemeinmediziner u.a..

„Das primäre Ziel in der Behandlung von Patienten mit axSpA ist die Optimierung der Lebensqualität durch das Erreichen einer weitgehenden Symptommfreiheit, die Reduktion der Entzündung, Verhinderung von strukturellen Schäden und Aufrechterhaltung bzw. Normalisierung von Funktion, Aktivität und sozialer Partizipation einschließlich der Erwerbstätigkeit.“ [5].

### Empfehlungen für die axiale Spondyloarthritis gemäß der S3-Leitlinie der DGRh von 2018 (Tab. 3) [5]

- Das optimale Praxismanagement für Patienten mit axSpA sollte eine Kombination aus nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Maßnahmen beinhalten.
- Patienten sollten zu Beginn und im Verlauf auf die Wichtigkeit von Sport, Bewegung im Alltag und regelmäßiger Bewegungstherapie hingewiesen und individuell beraten werden.
- Bewegungsübungen sollten zusätzlich zur medikamentösen Therapie ... erfolgen, da sie zu einer weiteren Verbesserung der Beweglichkeit und der Funktionsfähigkeit im Alltag führen.
- Manuelle Therapie (Mobilisation) kann durchgeführt werden, um eine Verbesserung der Wirbelsäulenbeweglichkeit und eine verbesserte Körperhaltung zu erreichen.
- Nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) inklusive Coxibe sollen bei symptomatischen Patienten mit axialer SpA als Mittel der ersten Wahl eingesetzt werden.
- Wenn ein NSAR nicht gewirkt hat, sollte ein zweites NSAR für weitere 2–4 Wochen versucht werden.
- Eine Therapie mit Biologika soll bei Patienten mit hoher entzündlicher

Krankheitsaktivität und unzureichendem Ansprechen auf eine NSAR-Therapie begonnen werden.

- Die Wirksamkeit einer Biologika-Therapie sollte nach zwölf Wochen überprüft werden.
- Bei nicht ausreichender Wirksamkeit eines Biologikums und bestehender hoher entzündlicher Krankheitsaktivität sollte der Wechsel auf ein weiteres Biologikum erfolgen.

#### Fazit

- Die frühe Diagnosestellung bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen in Verbindung mit einer frühestmöglichen Therapieeinleitung nach den Leitlinien, ist der Schlüssel zum Erfolg in der Behandlung der RA, PsA und axSpA. Eine Remission ist nicht mehr, wie noch vor vielen Jahren Utopie, sondern Realität. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sollte sich seiner Verantwortung bewusst sein und durch eine gezielte Anamnese, eine subtile Untersuchung sowie entsprechende Labor- und Bildgebungsverfahren eine frühe Diagnose stellen und eine entsprechende Therapie einleiten, bestehend aus pharmakologischer Versorgung in Verbindung mit Sport-, Bewegungs- und Physiotherapie. Bei schwierigeren Verläufen

bietet sich immer die Möglichkeit einer Kooperation mit einem interistischen oder orthopädischen Rheumatologen. Durch die novelierte Zusatzweiterbildung „Orthopädische Rheumatologie“ werden viele Orthopäden bereits in der Weiterbildung intensiver mit der Diagnostik und Therapie entzündlich rheumatischer Erkrankungen ausgebildet, so dass hierdurch das Versorgungsdefizit in der Rheumatologie in Deutschland in naher Zukunft vermindert werden kann.

#### Interessenkonflikte:

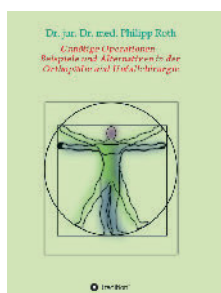
Keine angegeben.



Foto: Sablotny

**Korrespondenzadresse**  
**Dr. med. Uwe Schwokowski**  
**Facharzt für Orthopädie –**  
**Schwerpunkt Rheumatologie**  
**Gartengang 11**  
**23562 Lübeck**  
**[schwokowski.dr@web.de](mailto:schwokowski.dr@web.de)**

## Unnötige Operationen



### Philipp Roth: **Unnötige Operationen – Beispiele und Alternativen in der Orthopädie und Unfallchirurgie.**

1. Aufl. 2021, 140 Seiten, Tredition  
 ISBN 978-3-347-25848-8

Der Titel des Buches greift ein wichtiges Thema auf, das in der letzten Dekade berufspolitisch und wissenschaftlich intensiv besprochen wurde:

So hat die DGOU sich intensiv mit der Zunahme der Endoprothesenimplantationen und der Wirbelsäuleneingriffe auseinandergesetzt. Vonseiten der AWMF wurden mit der Leitlinie zur Gonarthrosetherapie die konservative Arthrosetherapie gestärkt. Herr Kollege Günther aus Dresden hat mit seinen Bemühungen um die EKIT-Leitlinien Indikationen zur Knie-TEP und Hüft-TEP-Implantation herausgearbeitet und auch viele Kollegen, wie Jan Dirk Rompe aus Mainz, haben sich mit der Problematik der konservativen Arthrosetherapie sowie Zunahme der Schulterarthroskopien

intensiv auch in der OUP auseinandergesetzt.

Das Buch ist durch die persönliche Vita des Autors geprägt. Er greift in diesem Buch viel medizinökonomische Problemfelder auf und stellt meines Erachtens auch einen sehr guten Überblick des deutschen Gesundheitssystems dar. Die Aussage des Autors ist, dass es sich um ein Buch für Patienten handelt, um diesem Alternativen aufzuzeigen. Bei manchen Aussagen in diesem Buch zum Gesundheitswesen benötigt der Patient jedoch Interpretationshilfen, um die Dinge ins richtige Licht zu stellen.

Insgesamt handelt es sich um ein Buch, das die momentane Situation gut darstellt. Zurecht unterstreicht der Autor die Wertigkeit der konservativen Orthopädie. In die aktuelle Weiterbildungsordnung ist der spezielle konservative Orthopäde nicht gekommen; stattdessen findet sich die Begrifflichkeit des orthopädischen Rheumatologen, was für die Adressaten dieses Buches, die Patienten, die Sache nicht einfacher macht und im nächsten Jahrzehnt von ärztlicher Seite viel Erläuterung bedarf.

Jörg Jerosch