

# Die „Bone and Joint Decade 2000-2010“

## Weltweite Allianz gegen die drohende Zunahme muskuloskelettaler Krankheiten

Von Jürgen Steinmeyer



Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates verursachen etwa ein Fünftel der Kosten aller Behinderungen. Sie sind eine der häufigsten Ursachen von Langzeitschmerz und physischer Behinderung von hunderten Millionen Menschen auf der ganzen Erde. Die Vereinten Nationen und die Weltgesundheitsorganisation WHO haben deshalb gemeinsam mit über 750 wissenschaftlichen Gesellschaften, Patientengruppierungen und Institutionen die erste Dekade des neuen Jahrhunderts zur „Bone and Joint Decade“ erklärt. Das Aktionsprogramm soll die Lebensqualität von Menschen mit Erkrankungen und Verletzungen des muskuloskelettalen Systems verbessern.

Die wachsende Bedeutung von Erkrankungen und Verletzungen des muskuloskelettalen Systems für die immer älter werdenden Betroffenen und für die Gesellschaft sowie das Bewußtsein, dass die vorhandenen Ressourcen besser genutzt werden müssen, führte zu einem internationalen Konsensustreffen, das im April 1998 in Lund (Schweden) stattfand. Die Vertreter von 50 klinischen Organisationen, medizinischen Fachzeitschriften, Patientenorganisationen und der Weltgesundheitsorganisation WHO vereinbarten, eine weltweite Öffentlichkeitskampagne nach dem Vorbild der „Decade of the Brain“ zu starten. Die 1999 ausgelaufenen „Decade of the Brain“ war sehr erfolgreich und hat zahlreiche internationale Initiativen und Fortschritte, wie zum Beispiel die Einrichtung von „Stroke Units“, Schlaganfall-Behandlungseinheiten, auf den Weg gebracht, die zur Verbesserung der Versorgung verschiedenartiger zerebraler Erkrankungen führten.

Der Generalsekretär der Vereinten Nationen, Kofi Annan, erklärte im November 1999 die Jahre 2000 bis 2010 zur „Bone and Joint Decade“. Diese internationale Initiative wird von den Vereinten Nationen, der Weltgesundheitsorganisation WHO sowie von mehr als 750 wissenschaftlichen Gesellschaften, Patientengruppierungen und Institutionen getragen. Bislang unterstützen offiziell 28 nationale Regierungen die Dekade, unter ihnen die USA, Russland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Schweiz, Deutschland und der Vatikan. Die Aktivitäten der „Bone and Joint Decade“ werden auf internationaler und nationaler Ebene koordiniert. Eine Deutsche Liga wurde bereits am 19. Mai 1999 gegründet. Die Koordination der Aktivitäten in Deutschland wird von Prof. Dr. med. Wolfhart Puhl und Dr. med. Karsten Dreinhöfer, beide Orthopädische Universitätsklinik Ulm, durchgeführt. Zur Deutschen Liga

gehören die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie, die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, die Deutsche Gesellschaft für Osteologie, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Osteoporose, die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, die Deutsche Rheuma-Liga, die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention und andere. Die Deutsche Liga will unabhängig von nationalen und fachlichen Grenzen aktiv sein. Fachgrenzen und Berufspolitik sollen tabu sein. Am 11. Dezember 2000 eröffnete schließlich die frühere Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer offiziell die „Bone and Joint Decade 2000-2010“ für Deutschland.

### Ziele der „Bone and Joint Decade“

In einem Konsensdokument (Acta orthop. scand Suppl 281, 67-80 (1998)) sind die Ziele und geplanten Maßnahmen für das laufende Jahrzehnt beschrieben. So soll die Lebensqualität der Menschen mit muskuloskelettalen Erkrankungen verbessert werden durch

- das Bewusstmachen der steigenden Lasten für die Gesellschaft durch Erkrankungen der Halts- und Bewegungsorgane,
- die Unterstützung von Patienten, an ihrer eigenen Versorgung bzw. an den Entscheidungsprozessen bei der Gesundheitsversorgung teilzunehmen,
- den Ausbau von kosten- und nutzeffektiven Präventions- und Behandlungskonzepten unter Berücksichtigung der Grundsätze der Evidence Based Medicine,
- die Förderung einer gezielten Forschung zur Erweiterung des Wissens über muskuloskelettale Erkrankungen, ihrer Prävention und Therapie.

Die Bemühungen konzentrieren sich dabei u.a. auf Gelenkerkrankungen, Wirbelsäulenerkrankungen, Osteoporose, schwere Kriegs- und Unfallverletzungen der Extremitäten und rheumatische Erkran-

kungen bei Kindern. In dem Konsensdokument sind zu den einzelnen Schwerpunkten die zukünftigen Perspektiven, konkrete Empfehlungen und spezifischen Ziele aufgeführt. Im besonderen wird auf die Bedeutung der Aus-, Weiter- und Fortbildung für diesen Bereich hingewiesen. So kritisieren Rasker und Dequeker (1998), dass trotz der überaus großen Prävalenz muskuloskelettaler Erkrankungen und der Bedeutung für die Sozialsysteme – immerhin stehen 20 % aller primären Arztkontakte im Zusammenhang mit Erkrankungen aus dem orthopädischen und rheumatologischen Bereich – dies in den medizinischen Ausbildungsgängen unzureichend berücksichtigt wird.

### International wachsende Krankheitslast von muskuloskelettalen Erkrankungen

Eine überaus große Bedeutung haben Erkrankungen des Bewegungsapparates für die Gesellschaft, deren Gesundheitssystem und das einzelne Individuum. Weltweit sind hunderte von Millionen Menschen betroffen. So verursachten im Jahr 2000 diese Erkrankungen allein in den USA jährliche Kosten in Höhe von etwa 254 Milliarden US \$. In Deutschland wurden 1994 die direkten Kosten in diesem Bereich auf rund 70 Milliarden DM geschätzt, das entspricht mehr als 20 % aller direkten Krankheitskosten (Abb. 1). Bei den indirekten Kosten waren 1995 in Deutschland die muskuloskelettalen Erkrankungen verantwortlich für 40 % aller verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre und vorzeitigen Berentungen sowie für 40 % aller Arbeitsunfähigkeiten (Abb. 2).

Experten der WHO schätzen, dass die Weltbevölkerung altert, wobei sich die Anzahl an Menschen, die älter als 50 Jahre sind, zwischen 1990 und 2020 verdoppeln wird (Abb. 3). In Europa werden im Jahr 2010 zum ersten Mal

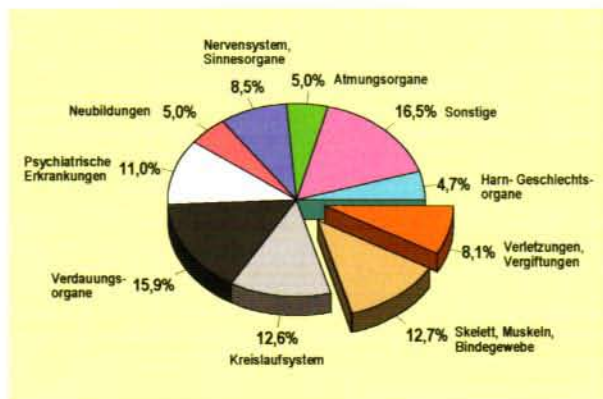
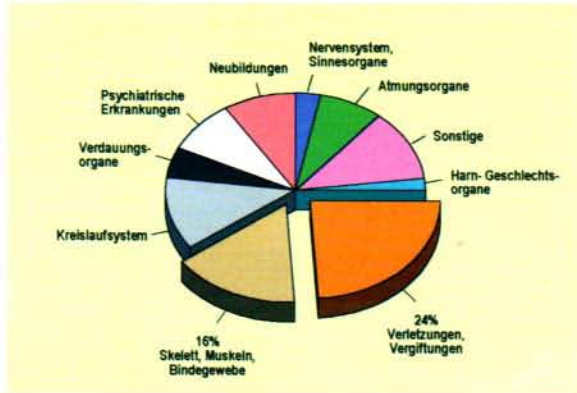


Abb. 1: Die Aufschlüsselung der direkten Krankheitskosten nach den betroffenen Organ- und Funktionssystemen des menschlichen Organismus in Deutschland (Stand 1994). Insgesamt wurden 1994 in Deutschland 344,7 Milliarden DM als direkte Krankheitskosten ausgewiesen, wobei ca. 20% dieser Kosten durch Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates verursacht wurden.

Abb. 2: Die 1994 in Deutschland verursachten indirekten Krankheitskosten (insgesamt 260 Milliarden DM), aufgeschlüsselt nach den betroffenen Organ- und Funktionssystemen. Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates verursachten ca. 40% aller indirekten Krankheitskosten (z.B. verlorene Erwerbstätigkeitsjahre, vorzeitige Berentungen, Arbeitsunfähigkeiten, Behinderungen).



mehr Menschen über 60 Jahre alt sein als Menschen, die jünger als 20 sind. Auf Grund dieser demographischen Entwicklung und wegen der Veränderungen im Lebensstil wird weltweit mit einem dramatischen Anstieg der Behandlungskosten gerechnet.

Beispiele für das Leiden von Patienten und Belastungen der Gesellschaft:

1) Die Prävalenz orthopädischer und rheumatischer Erkrankungen steht in den Ländern der westlichen Welt an zweiter Stelle, unmittelbar hinter den kardiovaskulären Leiden.

2) Gelenkerkrankungen betreffen mehr als die Hälfte aller chronischen Leiden bei Personen über 65 Jahre. Mit zunehmendem Alter ist insbesondere das Kniegelenk betroffen (Abb. 4). Die häufigste Gelenkerkrankung ist die Arthrose. 80 % aller Arthrosepatienten leiden an einer eingeschränkten Beweglichkeit, und 25 % können ihren normalen täglichen Aktivitäten nicht mehr in vollem Umfang nachkommen. Eine enorme volkswirtschaftliche Bedeutung erlangt die Arthrose u.a. als eine der führenden Krankheitsgruppen bei den Arbeitsunfähigkeitstagen, den Frühberentungen, bei Rehabilitationsmaßnahmen und Krankenhausbehandlungen. So fallen rund 8 Millionen Arbeitstage pro Jahr allein in der BRD durch diese Erkrankung aus, wobei wegen eines erheblichen Anteils ungenau verschlüsselter Gelenkerkrankungen auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der tatsächliche Anteil der Arthrosen an der Arbeitsunfähigkeit sogar noch höher liegt. Arthrosen verursachten 1995 in Deutschland 18.154 Frühberentungen, das sind 6,1 % aller Erwerbsunfähigkeitsrenten, über dreimal soviel wie beispielsweise Diabetes. Für das Jahr 1995 wurden 224.106 Krankenhausaufenthalte und ca. 4,4 Mio. Krankenhaustage wegen Arthrose ausgewiesen, das sind knapp 2,4 % aller Krankenhaustage. Damit sind Arthrosen eine führende Einzel-

## PR-Text

### **Glucosaminsulfat hemmt die Progression der primären Gonarthrose**

In der Ausgabe vom 27.01.2001 berichtet das renommierte Ärztejournal The Lancet (London) über die Ergebnisse einer klinischen Studie, die die Hemmung der Progression der primären Gonarthrose bei konsequenter Einnahme von Glucosaminsulfat nachweisen.

Die Studie wurde in Belgien an der Universität Lüttich im Forschungszentrum für Knochen und Knorpelstoffwechsel unter der Leitung von Prof. Jean-Yves Reginster in Zusammenarbeit mit belgischen, englischen und italienischen Wissenschaftlern durchgeführt.

Es handelt sich um eine prospektive, randomisierte, doppelblind kontrollierte Langzeit-Studie, in der 212 ambulante Patienten mit primärer Gonarthrose einmal täglich 1.500 mg Glucosaminsulfat oder Placebo drei Jahre lang einnahmen.

Die Arthrose ist gekennzeichnet durch fortschreitende Degeneration und Verlust des Gelenkknorpels, die zu Schmerz und Bewegungseinschränkung führen.

Als primärer Wirksamkeitsparameter für die Progression der Arthrose wurde die computergestützte Messung der Gelenkspaltbreite anhand von digitalisierten Röntgenbildern herangezogen. Die Studie war auf diesen Parameter mit einer Power von 80% ausgelegt.

Der Verlauf der Symptome wurde anhand des Western Ontario and McMaster Universities Arthroseindex (WOMAC) beurteilt, wobei die visuelle Analogskala (VAS) zugrunde gelegt wurde.

Der durchschnittliche Knorpelverlust liegt nach anerkannten Studien bei 0,1 mm pro Jahr. Unter Glucosaminsulfat war während der 3-jährigen Therapie-dauer kein weiterer Knorpelverlust nachweisbar, während sich unter Placebo der mittlere Gelenkspalt im Laufe von 3 Jahren um durchschnittlich -0,31 mm (95% CI -0,48 bis -0,13) verringerte. Der Unterschied zwischen den beiden Behandlungsgruppen ist statistisch signifikant mit  $p = 0,043$ . Der minimale Gelenkspalt (Gelenkspalt an der schmalsten Stelle) verringerte sich unter Placebo noch deutlicher um -0,40 mm (95% CI -0,56 bis -0,24), während unter Glucosaminsulfat keine Verschmälerung des minimalen Gelenkspaltes nachweisbar war ( $p = 0,003$ ).

Die sorgfältig validierten Ergebnisse der algofunktionellen Punktwertung (WOMAC) zeigen das klinische Potential von Glucosaminsulfat für eine anhaltende Besserung der Gonarthrose. Bei den mit Glucosamin behandelten Patienten kam es zu einer signifikanten Besserung von Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigung, die während der dreijährigen Studiendauer anhält. Demgegenüber zeigte die Punktwertung in der Placebogruppe eine Verschlechterung. Der Unterschied zwischen den beiden Behandlungsgruppen ist statistisch signifikant mit  $p = 0,02$ .

Die Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen war bei den mit Glucosaminsulfat behandelten Patienten nicht höher als bei den mit Placebo behandelten.

Mit dieser Studie wurde zum ersten Mal gezeigt, dass ein Arzneimittel in der Lage ist, die Progression der Arthrose zu verlangsamen. Glucosaminsulfat wirkt nicht nur symptommodifizierend, sondern auch strukturmodifizierend.

Die Studie stellt einen Meilenstein der Arthroseforschung dar, nicht nur wegen ihrer wissenschaftlichen Ergebnisse, sondern auch wegen der Erörterung schwieriger Fragen auf diesem Gebiet.

Glucosaminsulfat ist in den meisten europäischen Ländern als apothekenpflichtiges Arzneimittel zur Behandlung der Arthrose zugelassen (Dona®, Dona® 200-S, Viatril-S® oder Xicil® - Rottapharm Gruppe).

Weitere Informationen: Dr. med. Karl Schmid, Telefon: 02261-70040, Fax: 02261-700499, e-mail: karl.schmid@opfermann.com



Jürgen Steinmeyer, Jahrgang 1958, war nach Promotion zum Dr. rer. nat. in Bonn zunächst zwei Jahre als Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und des Deutschen Akademischen Austauschdienstes an der Cornell University in Ithaca, U.S.A., tätig. Von 1990 bis 1998 arbeitete er am Institut für Pharmakologie und Toxikologie des Universitätsklinikums Bonn als Wissenschaftlicher Assistent und erhielt nach der Habilitation Januar 1998 die *venia legendi* für das Fach Pharmakologie und Toxikologie. Seit Januar 1999 leitet er den Forschungsbereich Experimentelle Orthopädie an der Orthopädischen Universitätsklinik Gießen. Seit 1997 ist Jürgen Steinmeyer Fachpharmakologe der Deutschen Gesellschaft für Pharmakologie und Toxikologie. Seine Arbeitsgebiete umfassen unter anderem die Arthrose, Hüftdysplasie und rheumatoide Arthritis. 1992 bekam er als bisher einziger Europäer den von The Procter & Gamble Company jährlich weltweit ausgeschriebenen Forschungsförderungspreis verliehen. Seine wissenschaftlichen Arbeiten wurden unter anderem von der DFG, dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie, der Stiftung SET sowie verschiedenen Pharmakonzernen und biotechnologischen Firmen gefördert.

Abb. 3: Die demographische Entwicklung der Weltbevölkerung nach Schätzungen der WHO. Dargestellt ist der Prozentsatz an Menschen, die 65 Jahre oder älter sind, im Jahr 1997 (A) und im Jahr 2025 (B).

diagnose bei den Krankenhausbehandlungen. Der stationäre Aufenthalt ist in rund zwei Dritteln der Fälle mit einem operativen Eingriff (Gelenkersatzoperationen) verbunden. Nach Daten des schwedischen Hüft-Endoprothesen-Registers sind bei 78 % eine primäre Arthrose, bei 11 % eine sekundäre Arthrose nach Unfall bzw. Verletzung und bei 7 % entzündlich-rheumatische Gelenkleiden Grund für einen Hüftgelenkersatz. Die Anzahl der jährlich in Deutschland implantierten Hüft-Endoprothesen wird auf etwa 120.000 geschätzt. Wegen der zu erwartenden Zunahme des Anteils Älterer an der Bevölkerung ist eine steigende Operationszahl in Deutschland wahrscheinlich. Weiterhin sind Arthrosen zusammen mit anderen z.T. verwandten Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems in der diagnosebezogenen Rehabilitationsstatistik führend. So wurden allein 1995 von der gesetzlichen Rentenversicherung 43.901 Rehabilitationsmaßnahmen wegen Arthrose abgeschlossen.

3) *Rücken- und Kreuzschmerzen* sind die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit. Weltweit sind 50% aller Tage mit eingeschränkter körperlicher Aktivität auf Rücken- und Kreuzschmerzen zurückzuführen. Gemäß einer kürzlich publizierten Studie leiden zumindest zeitweise 30% aller Erwerbstätigen in Europa an Rückenschmerzen, 17% klagen gelegentlich über Muskelschmerzen in den Armen und Beinen, und 45% berichten von Arbeit in teilweise schmerzhafter Position.

4) In den letzten zehn Jahren hat sich die Rate von *Frakturen durch Osteoporose* nahezu verdoppelt. Bei der Osteoporose ist die Knochenmasse und damit die Bruchfestigkeit der Knochen vermindert. Von dieser Krankheit sind Frauen häu-

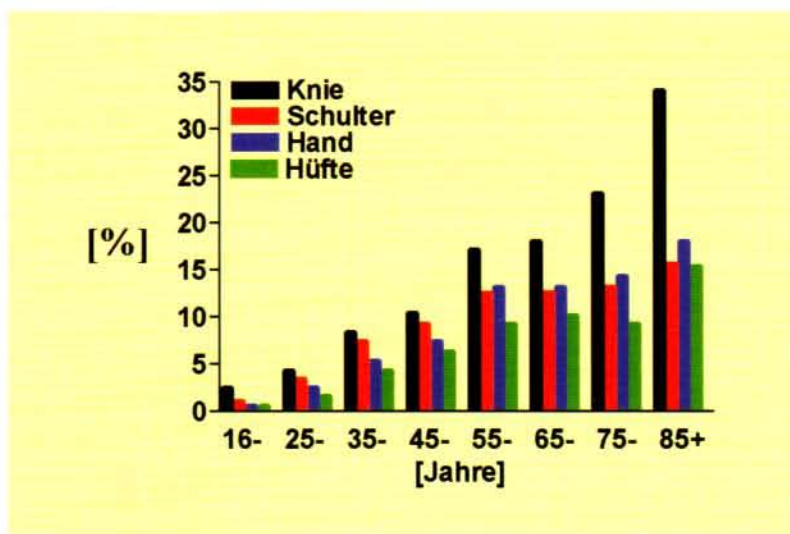
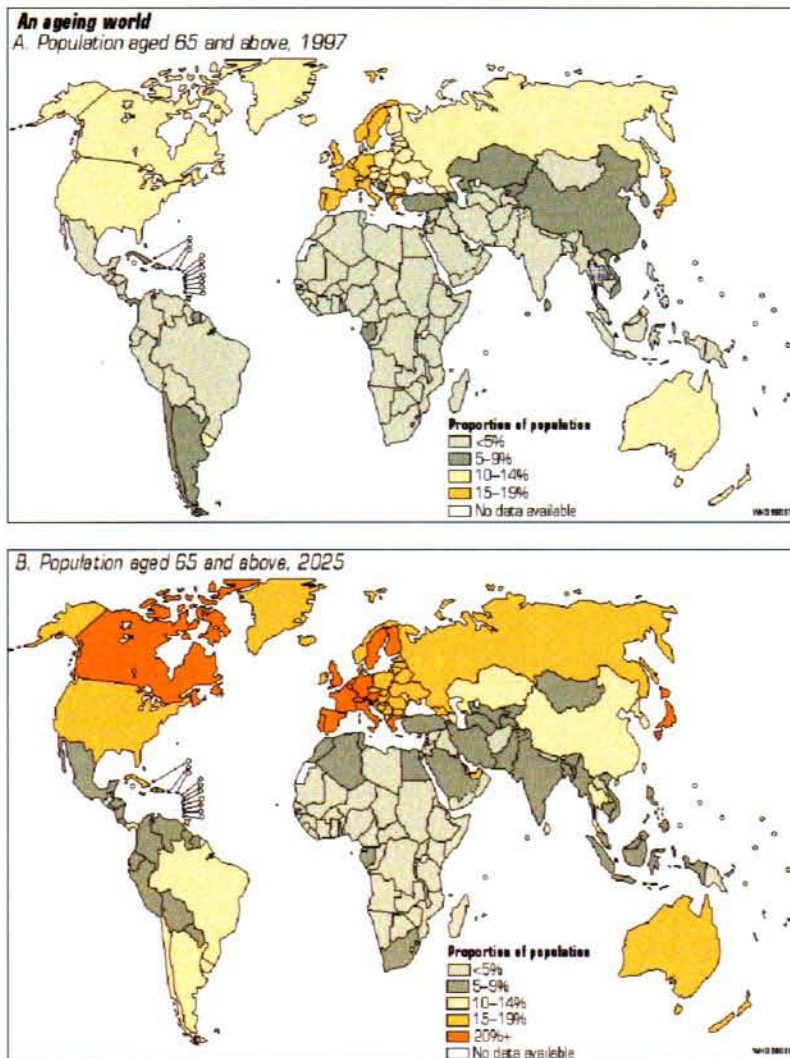
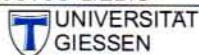


Abb. 4: Die Prävalenz von Gelenkproblemen in der Bevölkerung, aufgeschlüsselt nach dem betroffenen Gelenk. Insbesondere das Kniegelenk ist betroffen. Die Arthrose macht dabei mindestens 40% aller Gelenkleiden aus und ist somit die häufigste Gelenkerkrankung. Aufgrund von repräsentativen Daten der Gesundheitssurveys 1990-1992 ist in Deutschland von derzeit etwa 5 Millionen Menschen (6% der Bevölkerung) mit arthrosebedingten Beschwerden auszugehen.

figer betroffen als Männer. Eine schwere und besonders bei alten Menschen häufige Folge des Knochenschwundes sind Oberschenkelhalsbrüche, bei vergleichsweise jüngeren Menschen treten vor allem Wirbelsäulenbrüche auf. Sie führen nicht selten zu Pflegebedürftigkeit. Auch die Sterblichkeit der Betroffenen ist erhöht. Schätzungsweise treten weltweit jährlich 2,5 Millionen osteoporotischer Frakturen (Brüche) auf. Allein in der Europäischen Gemeinschaft wurden im Jahr 2000 insgesamt 414.000 hüftgelenksnahe Frakturen registriert. In den nächsten 50 Jahren wird aufgrund der demographischen Entwicklung eine Zunahme auf ca. 1 Million angenommen (Abb. 5). Studien zeigen, daß das Risiko von 50jährigen Frauen bzw. Männern, bis zum Tode eine hüftgelenksnahe Fraktur zu erleiden, bei ca. 18% bzw. 6% liegt, für eine Wirbelkörperfraktur bei ca. 16% bzw. 5% und für eine Unterarmfraktur bei ca. 16% bzw. 3%. 1994 wurden in der BRD 5,3 Millionen Krankenhaustage gezählt, wobei ein erheblicher Teil der Ausgaben auf die Krankenhausbehandlung der Osteoporose entfällt.

5) *Schwere Verletzungen durch Verkehrsunfälle und Kriege* führen insbesondere in den Entwicklungsländern zu einer großen Nachfrage nach therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen. Weltweit stirbt alle 30 Sekunden jemand auf der Straße. Durch Verkehrsunfälle sterben jährlich weltweit etwa 800.000 Menschen, wobei 75% aller Unglücke und Verletzungen in den Entwicklungsländern auftreten. Die Zunahme der Mechanisierung der Landwirtschaft sowie des Verkehrs in den Entwicklungsländern führt zu einer Erhöhung der Anzahl an Unfällen. So wird sich in vielen asiatischen Ländern die Autoflotte in den nächsten fünf Jahren verdoppeln und in den nächsten acht Jahren sogar verdreifachen. In den Entwicklungsländern werden jährlich 10 bis 15 Millionen, häufig junge Männer allein durch Verkehrsunfälle verletzt bzw. behindert, wodurch gemäß Angaben der Weltbank jährlich ein finanzieller Schaden in Höhe von 112 Milliarden US \$ verursacht wird (dies entspricht dem Zwei- bis Dreifachen der weltweit jährlich ausgegebenen Gelder für Entwicklungshilfe). Da in den Entwicklungsländern diese jungen Männer häufig das Familieneinkommen erarbeiten, die Länder aber oft keine oder nur geringe sozialen Hilfen den Angehörigen gewähren können bzw. kein Versicherungssystem existiert, haben die Unfälle fatale familiäre Folgen. Es ist zu erwarten, dass in den Entwicklungsländern im Jahre 2010 25% der Gesundheitsausgaben für posttraumatische Behand-

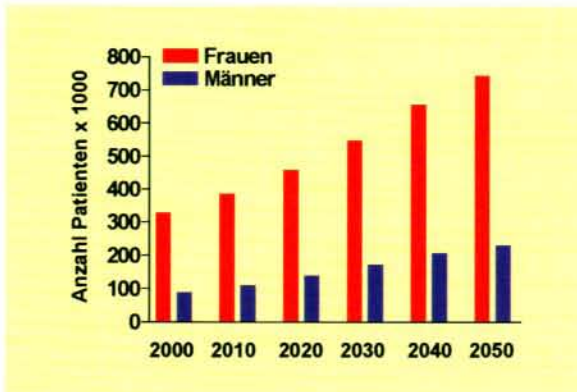
JUSTUS-LIEBIG-

UNIVERSITÄT  
GIESSENUniversitätsklinikum  
Fachbereich Humanmedizin

PD Dr. rer. nat. Jürgen Steinmeyer

Orthopädische Klinik  
Paul-Meimberg-Straße 3  
35385 Gießen  
Tel.: 0641/99-42920  
Fax: 0641/99-42939  
e-mail: juergen.steinmeyer@ortho.med.uni-giessen.de

Abb. 5: Die Anzahl an hüftgelenksnahen Frakturen in der Europäischen Gemeinschaft. Nach demographischen Schätzungen wird sich die Anzahl an Menschen, die älter als 80 Jahre sind, von 1995 (13,4 Millionen) bis 2050 (45 Millionen) mehr als verdreifachen, während im gleichen Zeitraum die Anzahl an Erwerbstätigen von 227 Millionen auf 172 Millionen abnimmt.



lungen aufgewendet werden müssen. 1999 wurde unter Führung der Weltbank und des Internationalen Roten Kreuzes ein Programm entwickelt, um die Zahl von Verkehrsunfällen, insbesondere in den Entwicklungsländern, zu vermindern. In der industrialisierten Welt wird dagegen aufgrund des technologischen Fortschritts im Auto- und Straßenbau und der damit verbundenen verbesserten Sicherheitsstandards sowie durch zukünftige einschlägige Gesetzgebung eher mit einer Abnahme von Verkehrsunfällen gerechnet.

6) Zahlreiche Erkrankungen mit erheblichen funktionellen Behinderungen und Deformitäten werden auch

weiterhin die normale Entwicklung vieler Kinder beeinträchtigen.

Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane führten paradoxerweise bisher ein Schattendasein. Sie gelten als Volkskrankheiten, haben aber – verglichen mit Krankheiten wie Krebs, AIDS oder der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (BSE) – häufig undramatische Folgen und erhalten weniger Aufmerksamkeit und finanzielle Förderung. Am Beispiel der „Bone and Joint Decade“ zeigt sich einmal mehr, dass gesundheitliche Probleme in der Regel nicht auf einzelne Staaten begrenzt auftreten und dass keine Organisation allein die gewünschten Verbesserungen für die Patienten zustandebringen kann. Die Dekade der Knochen und Gelenke ist ein wichtiges internationales und multidisziplinäres Unterfangen, das unabhängig von nationalen und fachlichen Grenzen alle auf dem Gebiet der Gesundheit des Bewegungsapparates Tätigen einschließt. Sie eröffnet die Chance, durch Mobilisierung von Ressourcen Defizite in der Patientenversorgung zu beseitigen und durch die Erforschung muskuloskelettaler Krankheiten zu einer Verbesserung der Situation der Betroffenen zu führen. Die Gewinner der „Bone and Joint Decade 2000-2010“ stehen schon heute fest: Die Patienten werden auf jeden Fall von dieser Dekade profitieren. •

PR-Text

## Ein Jahr Celebrex® in Deutschland: Leben mit neuer Qualität

**Genau 365 Tage nach Zulassung von Celebrex® (Celecoxib) in Deutschland fand am 18. Mai 2001 im Berliner Grand Hyatt Hotel eine Pressekonferenz statt.**

Privat-Dozent Dr. Jürgen Wollenhaupt erläuterte eindrücklich das vielfältige klinische Erscheinungsbild rheumatoider Erkrankungen. Auf die gesellschaftlichen und finanziellen Kosten ging Professor Dr. Klaus Krüger ein. Die bisher unterschätzte Volkskrankheit Rheuma ist nicht nur unheilbar und chronisch, sondern wirkt nach neuesten Erkenntnissen auch stark lebensverkürzend; Die Lebenserwartung eines Rheumatikers ist um fünf bis sieben Jahre herabgesetzt. Eine Addition der Gesamtkosten, die für Behandlung und Arbeitsausfall von Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) entstehen, ergab für Deutschland die Summe von etwa 29 Milliarden Mark.

Alle Hoffnungen ruhen daher auf Fortschritten in der medikamentösen Therapie der Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises. Der Durchbruch gelang mit den neuartigen Cox-2-Hemmern, wie etwa dem Celecoxib/Celebrex®) der Firmen Pharmacia und Pfizer.

Konventionelle NSAR hemmen sowohl die Cox-1 als auch die Cox-2, wodurch sich viele Nebenwirkungen dieser Substanzen erklären. Wirkstoffe wie Celecoxib, die selektiv COX-2 hemmen und COX-1 unbeeinflusst lassen, können dagegen wirksam Schmerz und Entzündungen bekämpfen, ohne Schäden an der Magenschleimhaut oder Gerinnungsstörungen hervorzurufen.

Die Ergebnisse der Zulassungsstudien für Celebrex® als erster selektiver COX-2-Inhibitor für die Indikationen Arthrose und rheumatoide Arthritis stellte Dr. Ulrich Fisch Wirksamkeit, Verträglichkeit und das Sicherheitsprofil einer Therapie mit Celecoxib wurden im Rahmen eines umfassenden klinischen Programms aus 56 randomisierten und zwei Langzeitstudien bewertet. Weltweit 14.000 Studienteilnehmer - dies entspricht über 3.000 Probandenjahre - aus mehr als 600 Zentren sicherten die Daten vor der Erstzulassung ab. Bei der Schmerzbehandlung von Arthrose-Patienten erwies sich Celecoxib in einer täglichen Dosierung von 200 Milligramm wie hoch dosierte klassische NSAR. Bei der Behandlung der rheumatoiden Arthritis kann auch die Dosis auf 400 mg erhöht werden.

Unter Celecoxib zeigte sich ebenfalls ein signifikant geringeres Auftreten von Magengeschwüren und Schleimhautschäden, die Blutgerinnung wurde nicht beeinflusst.

Die Ergebnisse einer kürzlich publizierten Studie (Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study, CLASS) an 8.000 Patienten stellte Privat-Dozent Dr. Rainer Wigand vor. CLASS konnte das außerordentlich günstige Sicherheitsprofil von Celecoxib und seine Überlegenheit bzgl. hepatischer, kardiovaskulärer und gastrointestinaler Nebenwirkungen gegenüber den bisherigen Therapieoptionen detailliert aufschlüsseln und bestätigen.