



Rheumatologie

für die Hausärztin / den Hausarzt

Dr. med. Holger Kudela

FA für Innere Medizin und Rheumatologie

Interessenkonflikte des Autors

KV Sachsen-Anhalt; Berlin-Chemie; Seqirus, Sanofi Pasteur; MSD; GSK; Novartis; Celgene; Abbvie; Roche; BMS; Pfizer; Chiesi; Hexal; Hausärzteverband Sachsen-Anhalt

Der Autor erhielt Reisekostenzuschüsse, Vortragshonorare und Honorare für Advisory Boards und nahm an gesponsorten Fortbildungen teil.

Inhalt

Wichtige Erkrankungen

Medikamentöse Basistherapie

Begleitende medikamentöse Therapie

Labor

Begleitende Nicht-medikamentöse Therapie

Inhalt

Wichtige Erkrankungen

Medikamentöse Basistherapie

Begleitende medikamentöse Therapie

Labor

Begleitende Nicht-medikamentöse Therapie

- a) Arthrose
- b) Rheumatoide Arthritis/Psoriasisarthritis
- c) Spondarthritis / Morbus Bechterew
- d) Gicht
- e) Polymyalgia rheumatica

a) Arthrosen

- Heterogene Gruppe
- betrifft alle Regionen
- Genetische Disposition

- häufigste muskuloskelettale Erkrankung
- Metabolisches Syndrom/Diabetes prädisponierend
- Gewebestoffwechsel?, AGEs?, Akkumulation von Glukose im Gelenk -> mehr O₂-Radikale, dann Bildung von proinflammatorischen und degenerativen Mediatoren

Ursachen:

- Verletzungen
- Entzündungen
- übermäßige Beanspruchung
- häufig unbekannt - Verschleiß

Diagnostik:

- Anamnese
- Klinische Untersuchung
 - Bewegungsgrade, Krepitation, **knöcherne** Schwellungen/Anbauten
- Röntgen/CT?/MRT?/Szinti?
- Labor?

a) Arthrosen



Quelle: Dr. Kudela private Aufnahme

Therapie:

- Schmerzmittel (WHO Stufe)
- physikalische Therapie
 - Physiotherapie/Ergotherapie
- Röntgenreizbestrahlung
- Zurichtungen
- Hilfsmittel
- Operation

b) Rheumatoide Arthritis

- Prävalenz: 0,5-1 %
- Frauen : Männer = 2:1
- Gipfel Neuerkrankungen
 - Frauen 55-65 LJ
 - Männer 65-75 LJ
- Schweregrad der Erkrankungen nimmt ab
- Prognoseabschätzung schwierig

Quelle: dgrh Leitlinie zur FrühRA

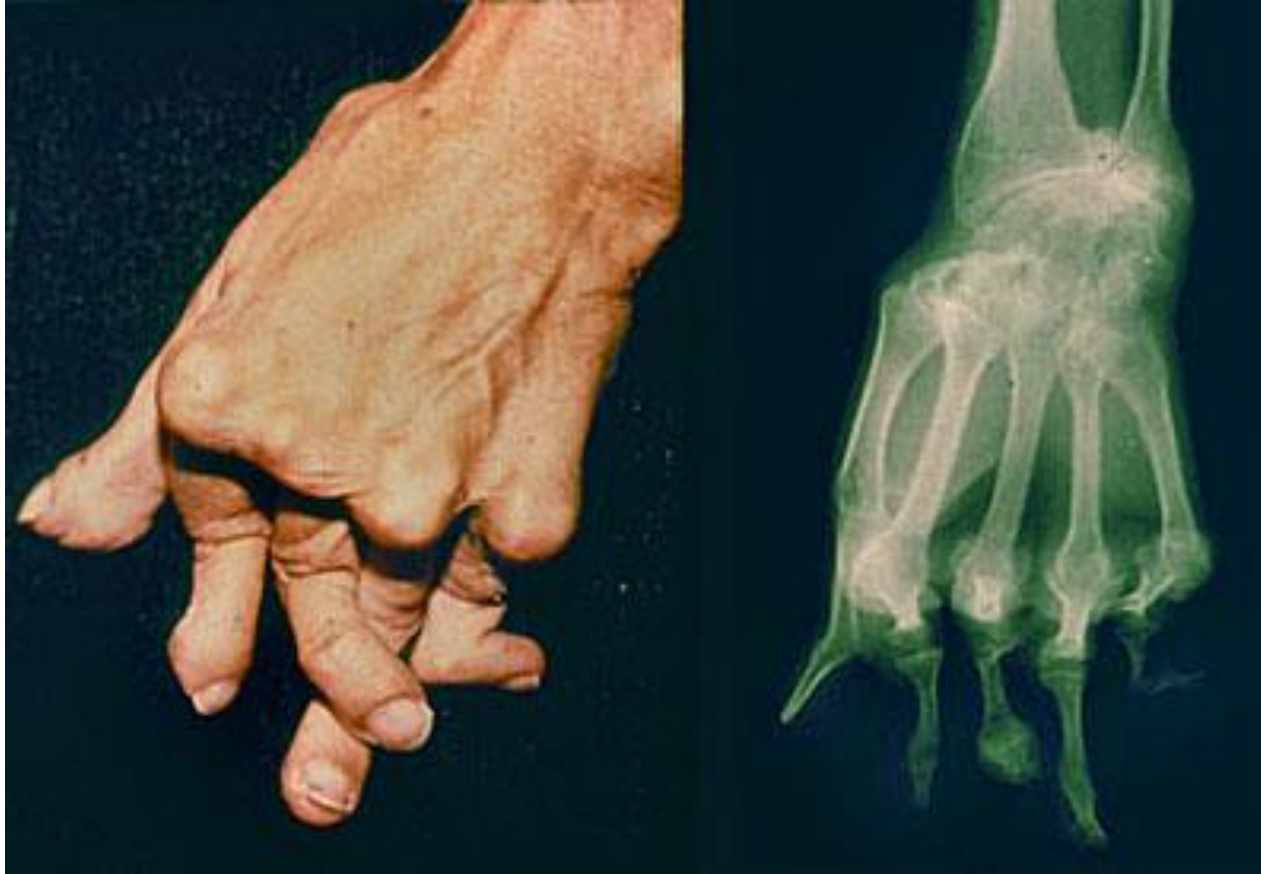
Diagnostischer Weg:

- Anamnese, Dauer und Lokalisation
 - Synovitis von mindestens 6 Wochen
 - „prallelastische“ vs. „knöcherne“ Schwellung bei Arthrose
 - polytopes (> 3 Gelenke) & symmetrisches Befallsmuster
 - Gelenksteife von > 60 min
- Klinische Untersuchung
 - Befund und Verteilung der Synovitis
- Labor und Bildgebung dienen der Sicherung der vermuteten Diagnose
 - CCP AK, RF, CRP, BSG, Gelenksonographie, Röntgen

Kardinalsymptome der Entzündung:

- Tumor
- Rubor
- Calor
- Dolor
- Functio laesa

b) Rheumatoide Arthritis

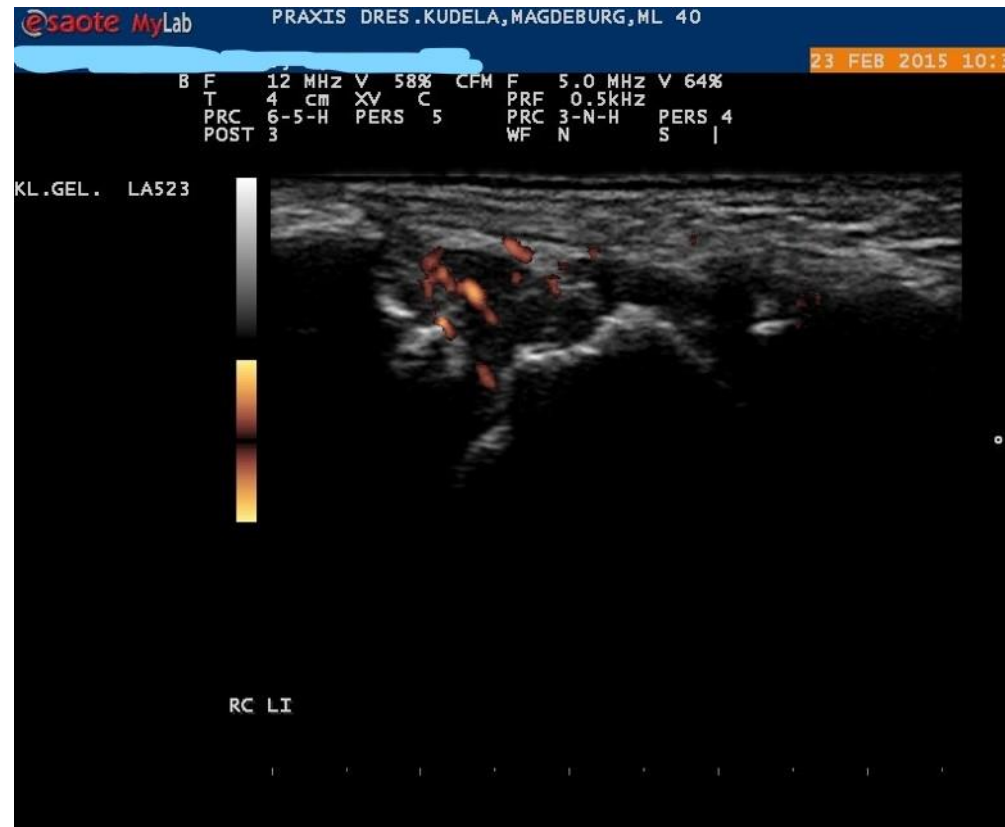


Quelle: www.hopkins-arthritis.org

Rheumatoide Arthritis Spätstadium

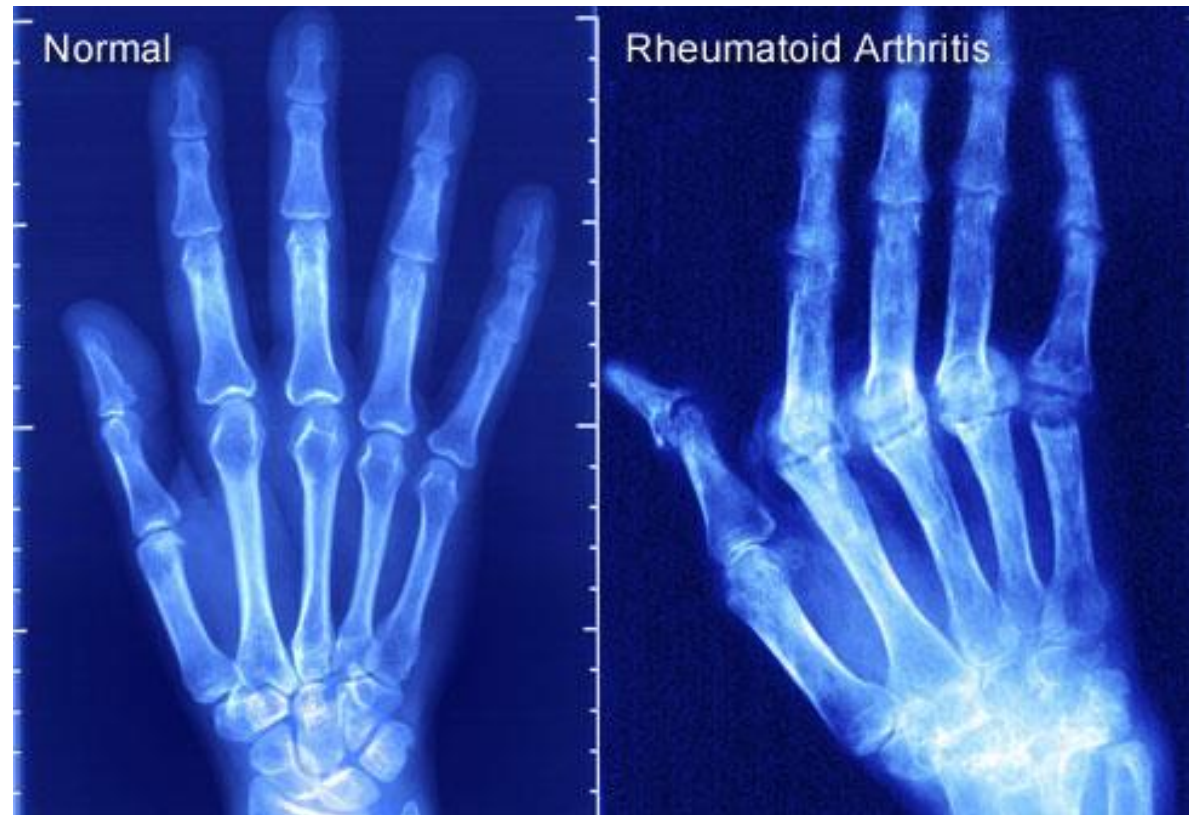


Arthritis mit Synovitis 3° und Erguss und PD Aktivität 3°



Quelle: Dr. Kudela private Aufnahme

b) Rheumatoide Arthritis



Quelle: © 2014 WebMD, LLC, Melinda Ratini

Klinisch richtungsweisender Befund:

- > 2 betroffene Gelenke seit ≥ 6 Wochen,
 - polyartikuläres symmetrisches Verteilungsmuster
 - Morgensteife ≥ 60 Minuten
 - BSG, CRP
 - (CCP und RF fakultativ)
-
- dann Vorstellung Rheumatologe
 - Überbrückende Therapie → NSAR
 - **Cave vor Prednisolon** (Coupierung der Symptome)



- Psoriasisprävalenz
 - 1-3 Prozent *,**
- Psoriasisarthritisprävalenz
 - 0,1-0,5 Prozent **
- Psoriasisarthritis bei bekannter Psoriasis
 - 20 Prozent***

* Nevitt GJ, Hutchinson PE. Psoriasis in the community: prevalence, severity and patients' beliefs and attitudes towards the disease. Br J Dermatol. 1996; 135: 533-7

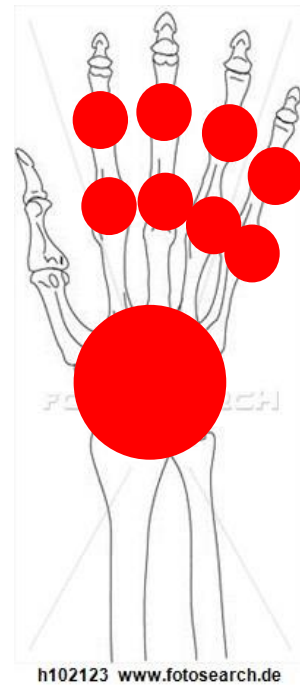
** Augustin M.: Epidemiologie der Psoriasis-Arthritis (Abstract GD Tagung 2006)

*** Reich K, Kruger K, Mossner R, Augustin M. Epidemiology and clinical pattern of psoriatic arthritis in Germany: a prospective interdisciplinary epidemiological study of 1511 patients with plaque-type psoriasis. Br J Dermatol. 2009; 160: 1040-7

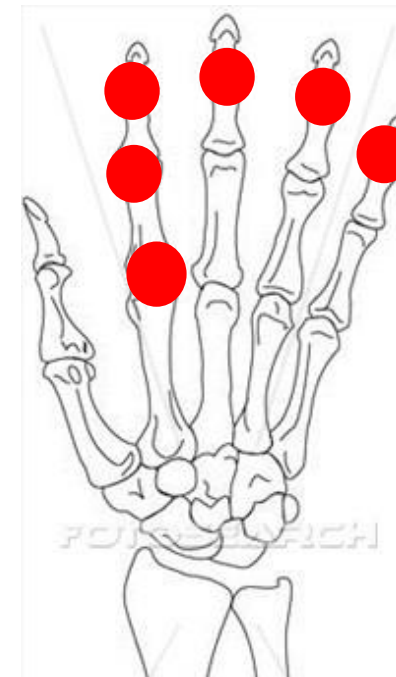
- Abgrenzung durch Röntgen und Labor sowie meist die Koexistenz mit Psoriasis
- Anderes Verteilungsmuster
 - asymmetrisch, große Gelenke, Strahlbefall, DIP's, Enthesen, Daktylitis
- Geschlechtsverhältnis: etwa 1 : 1
- Mortalität: um bis zu 50 % erhöht*

*Gelfand JM et al, Arch Dermatol. 2007 Dec; 143(12):1493-9.

Rheumatoide Arthritis



Psoriasisarthropathie

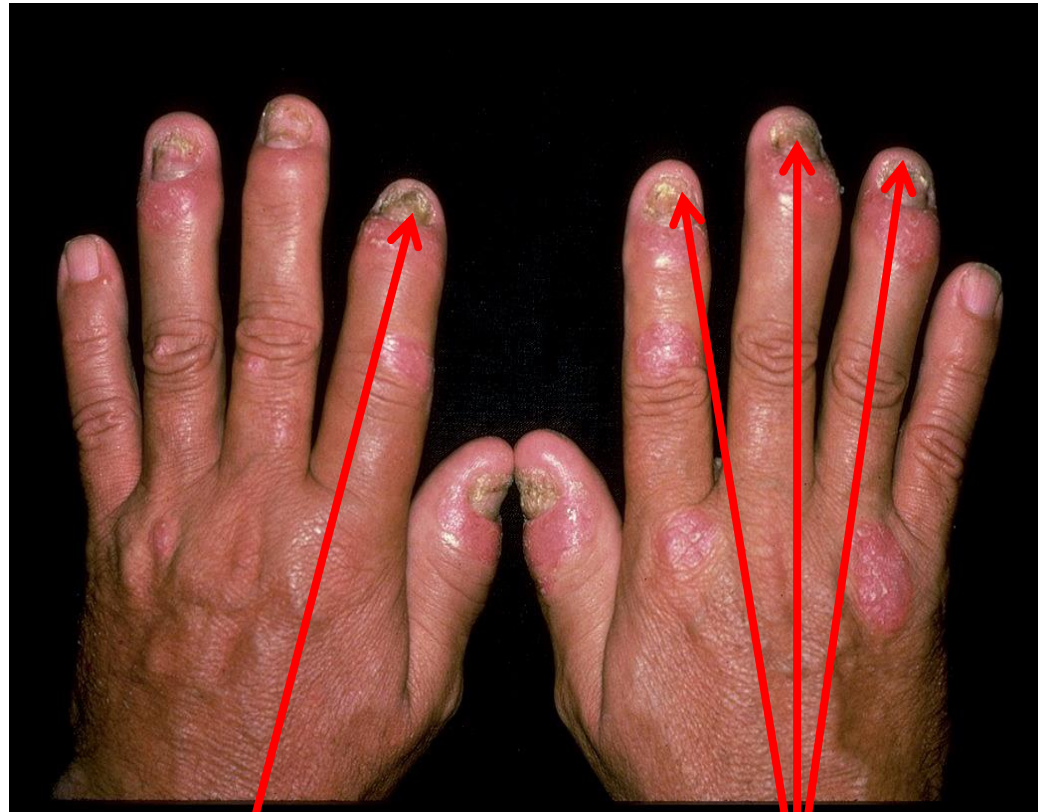


Psoriasis

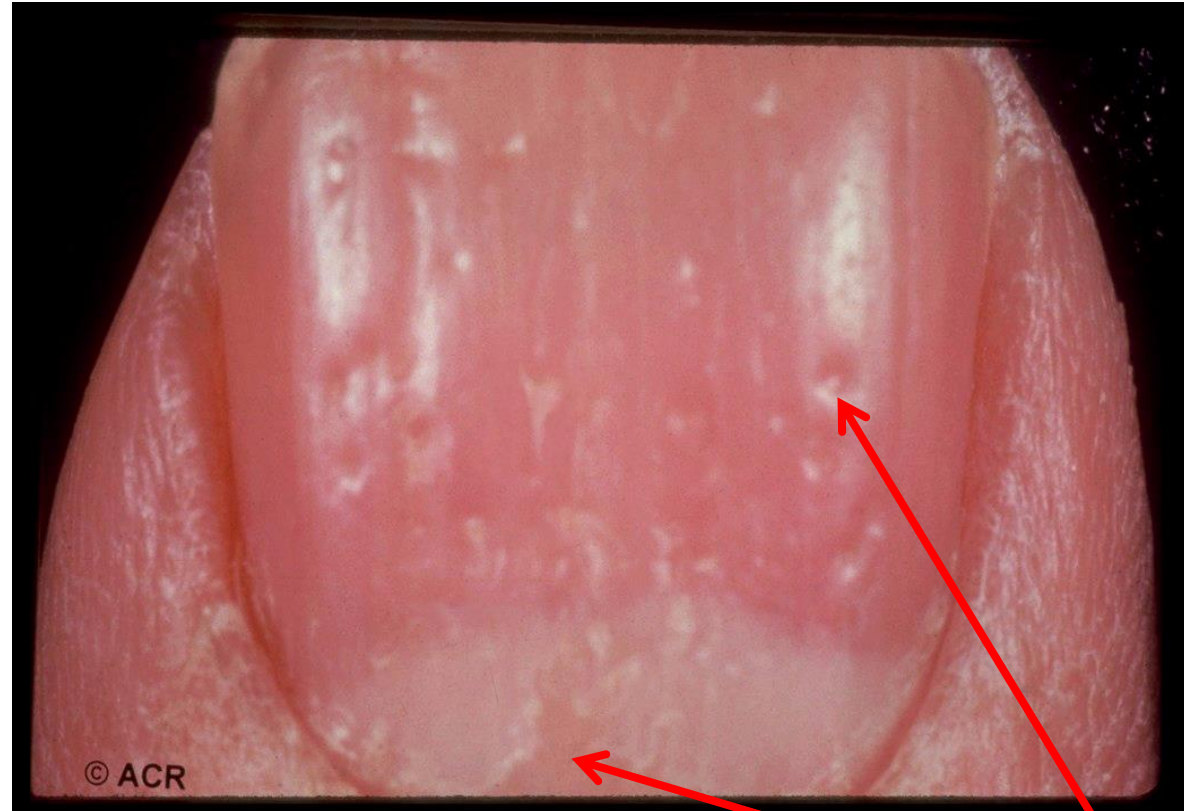


Psoriasisarthritis - Daktylitis





Psoriasisarthritis
Strahlbefall und Transversalbefall

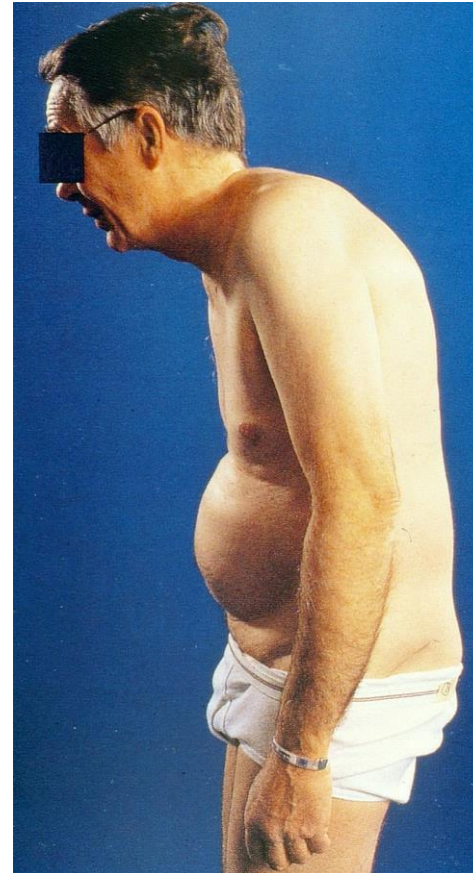


Psoriatische Nagelveränderungen: Ölflecken, Tüpfel

c) Spondarthritis / Morbus Bechterew



Quelle: Wikipedia ®



Quelle: Wikipedia ®

W. M. Bechterew (1857–1927)

Ankylosierende Spondylitis (AS)

Spondylarthropathie/-arthritis (SpA)

Morbus Bechterew (MB)

Spondylitis Ankylosans (SA)

Bechterew-Strümpell-Marie-Krankheit

Rheumatoide Spondylitis

Spondylarthritis ankylopoetica

- Prävalenz gesamt 0,5-2 %
 - nur AS (Morbus Bechterew) 0,3-05 %

- Männer : Frauen = 2:1
 - nur AS (Morbus Bechterew) 3:1
 - nicht radiographische ax SpA 1:1

- Beginn:
 - 2-3 Lebensjahrzehnt
 - Diagnoseverzögerung
 - Männer 5-7 Jahre
 - Frauen 14 Jahre

Quelle: dgrh Leitlinie zur Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen

Unterteilung in^[1]:

- Klassische AS

eindeutige strukturelle **Läsionen** in den SI-Gelenken **im konventionellen Röntgenbild**

- Nicht röntgenologische AS

keine eindeutigen strukturellen **Läsionen** in den SI-Gelenken **im konventionellen Röntgenbild**

familiäre Häufung und hohe Assoziation mit HLA-B27

Quelle: [1] Rudwaleit, M., et al., The development of Assessment of Spondylo Arthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part I+II): validation and final selection. Ann Rheum Dis, 2009. 68(6): p. 770-83

Prädominant axiale (Morbus Bechterew/AS)

Schmerz und Beweglichkeitseinschränkung des Achsenskeletts im Vordergrund

Prädominant periphere Form

peripheren Manifestation wie einer Arthritis, Enthesitis und/oder Daktylitis im Vordergrund

Zusätzlich Kombination mit Psoriasis vulgaris, anteriorer Uveitis und/oder einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED) möglich [1]

Quelle: [1] Rudwaleit, M., et al., The development of Assessment of Spondylo Arthritis international Society classification criteria or axial spondyloarthritis (part I+II): validation and final selection. Ann Rheum Dis, 2009. 68(6): p. 770-83

c) SpA

Verstärkung der Brustkyphose und der (HWS)-Lordose

Lateraldrehen der Schulterblätter

Überdehnung der Bauchmuskulatur mit Bauchatmung

Ausgleich der Lendenlordose

Vertikalstellung des Beckens

Beugestellung der Hüft- und Kniegelenke



Quelle: Ärzte Zeitung,
27.08.2009, Foto: DVMB

Diagnostischer Weg:

- Frühsymptom „Rückenschmerz“
- Chronischer Rückenschmerz: > 12 Wochen
 - Sakroiliakale > lumbale > untere thorakale > obere thorakale > cervicale Strukturen [1]
- Entzündlicher Rückenschmerz:
 - 75 Prozent der Patienten
- Übergänge sind fließend

Quelle: [1] Rojas-Vargas, M., et al., First signs and symptoms of spondyloarthritis--data from an inception cohort with a disease course of two years or less (REGISPONER-Early). Rheumatology (Oxford), 2009. 48 (4): p. 404-9

c) Spondylitis ankylosans



➤ Entzündlichen Rückenschmerz erkennen



Entzündlicher Rückenschmerz [1, 2, 3]:

- Junge Patienten (< 45 LJ)
- Schleichender Beginn
- Aufwachen in der 2. Nachthälfte
- Besserung durch Bewegung nicht durch Ruhe
- Morgensteifigkeit (> 30 Min)
- **CAVE nur 75 Prozent der Patienten erfüllen dies**

Quellen: [1] Calin, A., et al., Clinical history as a screening test for ankylosing spondylitis. JAMA, 1977. 237 (24): p. 2613-4. / [2] Rudwaleit, M., et al., Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis: a reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. Arthritis Rheum, 2006. 54 (2): p. 569-78. / [3] Sieper, J., et al., New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of Spondylo Arthritis international Society (ASAS). Ann Rheum Dis, 2009. 68 (6): p. 784-8.

- Röntgen der Wirbelsäule mit MRT der ISG
(bei Rückenschmerz nach 6 Wochen)
- Labor mit CRP, BSG, HLA B27
 - Cave: HLA Bestimmung ist genetische Untersuchung, nur einmal im Leben mgl., Patient muss informiert werden

Einsteifung als zentraler Faktor [1; 2]:

- Entzündlich -> kann man was machen (Antiinflammation)
 - CRP, BSG, MRT, Szintigraphie
- Struktureller Schaden → kann man nichts machen
 - Röntgen
 - Veränderung der Haltung und Statik

Quellen: [1] Landewe, R., et al., Physical function in ankylosing spondylitis is independently determined by both disease activity and radiographic damage of the spine. Ann Rheum Dis, 2009. 68 (6): p. 863-7 / [2] Machado, P., et al., Both structural damage and inflammation of the spine contribute to impairment of spinal mobility in patients with ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis, 2010. 69 (8): p. 1465-70

Differentialdiagnosen:

- Bandscheibenprobleme
- Muskuläre Probleme
- Spondylose
- DISH (Morbus Forestier)
- Osteoporose
- Hyperostosis triangularis
 - das sakroiliakale knöcherne Streßphänomen

➤ **Hyperurikämie**

- HRS > 390 $\mu\text{mol/L}$ (6,5 mg/dL)
- 20 Prozent der Erwachsenen

➤ **Arthritis urica**

- Prävalenz 1,4 Prozent
- Männer : Frauen 4:1 bis 9:1
- Frauen erst nach der Menopause
 - Östrogene sind urikosurisch
- 90 % erleiden Anfälle in folgenden 5 Jahren

Primär:

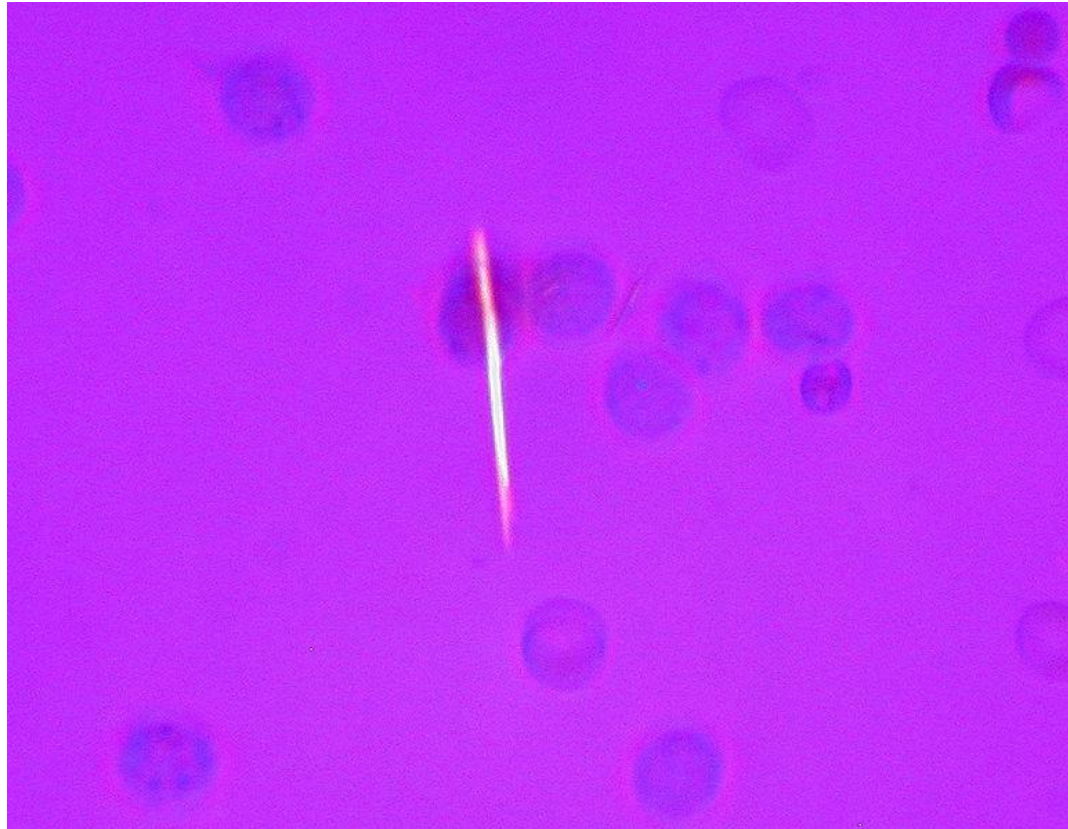
Enzymdefekte,
tubuläre Sekretion (-)

Sekundär:

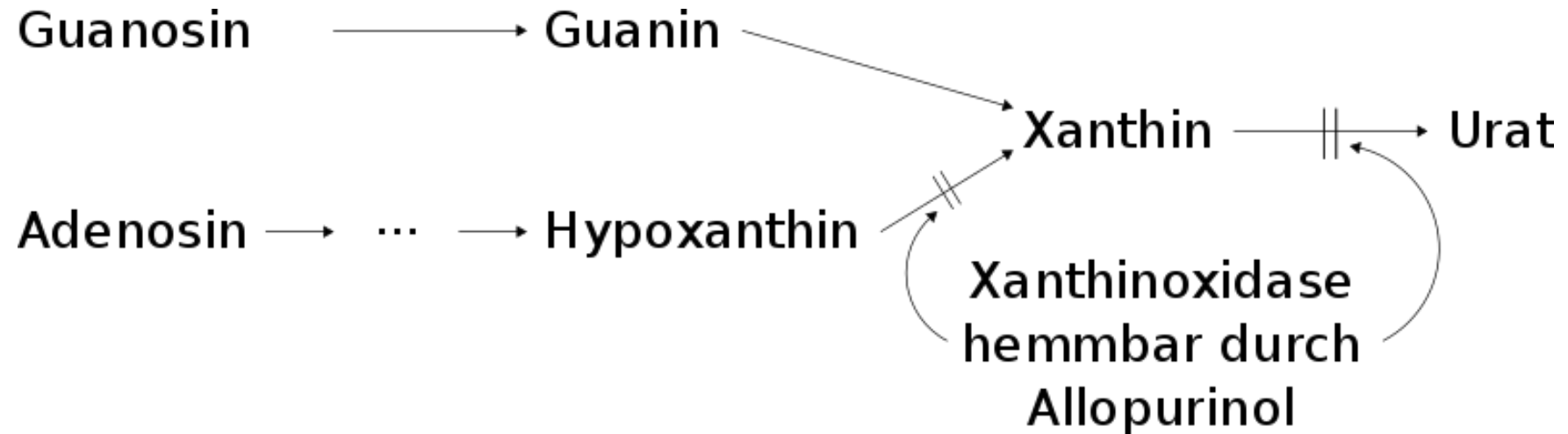
Tumore,
Psoriasis,
Niereninsuffizienz
Dehydratation
Alkohol (Lactatazidose)
Ketoazidose
Diuretika, ASS,
Glykogenose Typ I
Gl.-6-Ph.-Dehydrogenase-Mangel

d) Gicht

- BMI > 30, dann doppeltes Risiko
- Problem purinreiche **tierische** Lebensmittel oder Eingriff in Abbau-/Ausscheidungsweg
 - Alkohol oder zuckerhaltige Limonaden (Fructose)
- Gicht ist gut therapierbar und meist reine Motivationssache
- Harnsäure senken < 360 $\mu\text{mol/l}$ (6 mg/dl)
- Prädilektionsstellen
 - Akren als kalte Region oder das saure (entzündete) Gelenk



Quelle: monosodium urate crystals in joint fluid, Ed Uthman from Houston, TX, USA



- plötzlicher Serumharnsäure-Anstieg
 - Alkohol- und/oder Nahrungsexzess
- rasche Absenkung der Serumharnsäure
 - Lösung der Harnsäure aus Randzonen der abgelagerten Kristalle -> Konzentrationsgefälle

➤ Im Anfall

- Schmerzlinderung/Entzündungshemmung
 - NSAR, Etericoxib (120 mg), Ruhe und (Kühlung??)
 - Colchicin (z.B. 3 x 0,5 mg)
- 1. Anfall meist selbstlimitierend (1 Woche)

➤ Im Intervall

- Harnsäuresenkung unter 360 $\mu\text{mol/L}$
 - Änderung der Lebensgewohnheiten (TheraKey®)
- medikamentöse Senkung der Serumharnsäure
 - bei 2. Anfall im Jahr, Destruktionen, Tophi, Uratnephropathie, Uratsteinen

- Beginn circa 2-3 Wochen nach akutem Anfall
 - Urikostatisch (Xanthinoxidasehemmer)
 - Allopurinol (Einführung 1964) 100 bis 800 mg/d
 - auch bei Niereninsuffizienz möglich (GFR<30 mL/min alle 2 Tage 100 mg)
 - bei 2 Prozent Hautreaktionen (Juckreiz und Rötung)
 - Febuxostat 80-120 mg/d
 - Urikosurisch
 - Benzbromaron (20-100 mg/d)
 - Probenecid (1-3 mg/d)
- ggf. zur Anfallsprophylaxe Colchicin 0,5 mg/d (6-24 Wochen)

- Verzicht auf Innereien, Meeresfrüchte, fruktosehaltige Getränke (Softdrinks)
- Einschränkung des Alkoholkonsums
 - Bier meiden, mindestens 3 alkoholfreie Tage/Woche,
- Kost reich an Milch und fettreduzierten Milchprodukten
- mehr als 2 Liter Flüssigkeit/Tag
- Gewichtsreduktion (~ 1 kg/Monat)

- Purinarmer Kost senkt Serumharnsäure um
~ 10-15 Prozent (480 $\mu\text{mol/L}$ -> 400 $\mu\text{mol/L}$)

d) Gicht

Purine in Lebensmitteln (als Harnsäureäquivalent in mg/100 g)



Purinreiche Lebensmittel	Puringehalt	Purinarme Lebensmittel	Puringehalt
Fleischextrakt	3.600	Frischkäse	0
Kalbsbries	1.260	Speisequark, Joghurt	0
Sprotten	802	Wein, Sekt	0
Hefe	684	Kaffee, Tee	0
Rinderleber	555	Limonade	0
Kalbsleber	460	Butter, Margarine, Pflanzenöle	0
Muscheln	300	Fruchtsäfte	5
Forelle	295	Hühnerei	5
Sardelle, Rotbarsch	240	Gurke	7
Kalbsniere	220	Birne	10
Hering	210	<u>Tomate</u>	10
<u>Sojabohnen, getrocknet</u>	190	Weich-, Schnitt-, Hartkäse	15
Thunfisch	180	<u>Bier</u>	15
Lammkotelett	180	Cashewnüsse	15
Mohnsamens	170	Apfel	15
Lachs	170	Kartoffel, Zwiebel, Paprika, Möhre	15
Sau-, Kidneybohnen, getrocknet	165	Eisberg-, Endivien-, Kopfsalat	15

Quelle: <https://www.lifeline.de/media/156363-2470/Purine-in-Lebensmitteln-Download.pdf>

<u>Buchweizen, geschält</u>	150	Zitrusfrüchte, Kiwi, Ananas	20
<u>Zuckererbsen</u>	150	Steinobst, Beerenobst	20
Leberwurst	150	Avocado	20
Schweinefleisch, mager	150	Rote Beete, Chinakohl, Aubergine	20
Sonnenblumenkerne	145	Weißbrot	20
Krabben, Garnelen, Makrele	145	Sahnekuchen	20
Fleischbrühe	140	Brötchen	20
Kalbfleisch, mager	140	Walnüsse	25
Entenfleisch mit Haut	140	Weintrauben	25
Seelachs	140	Zucchini, Spargel, Kohlrabi	25
Weizenkleie	140	Maisgrieß (Polenta)	30
Rindfleisch, mager	135	Haselnüsse	35
Kichererbsen, weiße Bohnen, getr.	110 bis 130	Rot-/Weißkohl, Wirsing	35
Grünkern, Vollkorn	125	Feldsalat, Rucola	35
Linsen, getrocknet	125	<u>Mandeln</u>	40
Lammfleisch, Putenfleisch	120	Bohnen, frisch	40
Leberkäse	120	Obstkuchen, Kekse, Gebäck	40
Brathähnchen, Hähnchenbrust m. Haut	115	Weizenmehl, Type 405	40
Salami	110	Pinienkerne	45
Pangasius, Kabeljau, Zander	100 bis 110	Blumenkohl	50
Rosinen	105	Banane	55
Leinsamen	105	Spinat	55

Quelle: <https://www.lifeline.de/media/156363-2470/Purine-in-Lebensmitteln-Download.pdf>

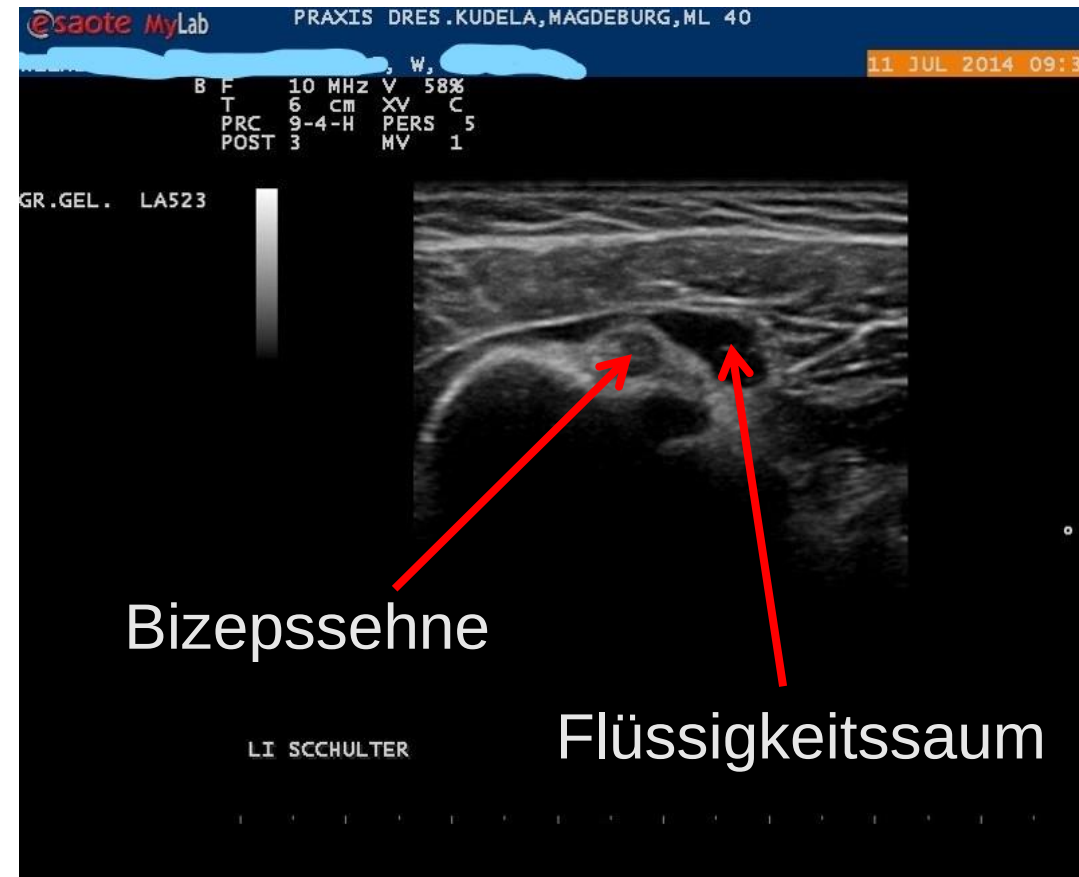
Polymyalgia rheumatica (PMR)

- weibliches Geschlecht bevorzugt
- Alter 5. bis 7. Lebensdekade
- Schmerz und Funktionseinschränkung im Schulter und Beckengürtel
- Hohe BSG und CRP („Sturzsenkung“)
- fast immer Bizepssehnentendinitis (in der Regel beidseitig)
- Kombination mit Arteriitis temporalis (Horten)
Cave Erblindung
- unter suffizienter Therapie (Prednisolon) nach 2 Jahren
Ausheilung möglich
- Wichtig: Ausschluss Paraneoplastisches Syndrom



Quellen: Die Madonna des Kanonikus Georg van der Paele - Jan van Eyck

Jahr: 1436



Quelle: Dr. Kudela private Aufnahme

Inhalt

Wichtige Erkrankungen

Medikamentöse Basistherapie

Begleitende medikamentöse Therapie

Labor

Begleitende Nicht-medikamentöse Therapie

Klassische (cs) DMARDs (conventional synthetic)

- Methotrexat
- Leflunomid
- Antimalariamittel
 - Hydroxichloroquin, Chloroquin
- Sulfasalazin
- Parenterales Gold
- Azathioprin
- Cyclosporin
- Cyclophosphamid (z.B. Pulstherapie)

Methotrexat: 5-25 mg/Woche (oral/(i.m.)/s.c.)

(Dihydrofolat-Reduktase, Folsäure Antagonist)

Folsäure-Komedikation (Leber/Haare ...)

Probleme: Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
hepato- und (nephrotoxisch)
Blutbildveränderungen
Mukositis, Haarausfall
Pneumonitis (Cave!)
Cotrimoxazol (relative KI)
nur bei Nierengesunden einsetzen

Leflunomid: 10-20 mg/d (oral)
(Dihydrorotat-Dehydrogenase, De-novo-Pyrimidin-Synthese inhibiert)

Probleme: hepatotoxisch

Hypertonie

Blutbildveränderungen

Hautveränderungen

Dysenterie

bei Niereninsuffizienz möglich!

neue (ts)DMARDs (targetet synthetic)

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| ➤ Tofacitinib (Xeljanz®) | JAK1/3/2-Inhibitor |
| ➤ Baricitinib (Olumiant®) | JAK1/2-Inhibitor |
| ➤ Upadacitinib (Rinvoq®) | JAK1-Inhibitor |
| ➤ Filgotinib (Jyseleca®) | JAK1-Inhibitor |
| ➤ Apremilast (Otezla®) | PDE4-Inhibitor |

extrem potente Immunsuppression

- Aufpassen bei Infekten/Wunden
- Vermehrte Infektneigung v.a. im 1. Halbjahr*,**
- **Fallstrick** RoActemra® (Tolizumab), Kevzara® (Sarilumab)
keine Mediatoren (CRP, BSG)
- Impfstatus vor Therapiebeginn komplettieren

Biologika bei rheumatischen Erkrankungen

- Infliximab (Remicade®) Anti TNF- α
- Adalimumab (Humira®) Anti TNF- α
- Eternacept (Enbrel®) Anti TNF- α
- Golimumab (Simponi®) Anti TNF- α
- Certolizumab (Cimcia®) Anti TNF- α
- Tocilizumab (RoActemra®) Anti IL-6
- Sarilumab (Kevzara®) Anti IL-6
- Rituximab (MabThera®) Anti CD 20
- Abatacept (Orencia®) Anti CTLA 4
- Anakinra (Kineret®) Anti IL-1
- Canakinumab (Ilaris®) Anti IL-1
- Guselkumab (Tremfya®) IL-23p19
- Risankizumab (Skyrizi®) IL-23
- Ixekizumab (Taltz®) Anti IL-17A
- Secukinumab (Cosentyx®) Anti IL-17A
- Ustekinumab (Stelara®) Anti IL-12/23

- Reaktivierung einer TBC
- Reaktivierung einer Hepatitis
- Gefahr Herpes Zoster
 - dann kein Zostex ®
- Hauttumoren (nicht melanozytärer Hautkrebs)
- Karzinome in der Anamnese
- Wundheilungsstörungen
- Impfungen
 - Lebendimpfungen generell kontraindiziert

- aufpassen sehr potente Immunsuppression
- Impfen im allgemeinen möglich, aber keine Lebendvaccine
- Probleme:
 - Wundheilungsstörungen
 - Kinderwunsch
 - Infektneigung
 - Wunsch der Patientin / des Patienten
 - (Fern-) Reisen
 - Zoster (JAK-Inhibitoren)

Wichtige Erkrankungen

Medikamentöse Basistherapie

Begleitende medikamentöse Therapie

Labor

Begleitende Nicht-medikamentöse Therapie



Quellen: Dt Ärztebl 1998; 95: A-348–354

Schmerztherapie - soweit nichts Neues

- Gemäß WHO Stufenschema
- NSAR/Coxibe zusätzlich antiphlogistischer Effekt
- NSAR/Coxibe **Cave** Herz-Kreislauf [1]
 - Hypertonie
 - Herzinsuffizienz
 - KHK, zerebrovaskuläre Erkrankungen, pAVK
- NSAR **Cave** oberer GI-Trakt (u.a. 10 Regel)
 - 68 Prozent der Konsumenten Schleimhautläsionen
 - 45 Prozent Mikroblutungen
 - 24 Prozent Erosionen
 - mindestens 15 Prozent Geschwüre [1]
- NSAR/Coxibe **Cave** unterer GI-Trakt

➤ SpA: kardiovaskulären Daten

- bei Patienten mit AS besteht eine erhöhte Mortalität für diejenigen Patienten, die wenig oder keine NSAR eingenommen hatten [1;2]

➤ Beachte:

- Nierenfunktion
- Leberfunktion
- Obere GI Blutung

Quellen: [1] Heeneman S, Daemen MJ (2007) Cardiovascular risks in spondyloarthritides. Curr Opin Rheumatol 19(4):358–362 / [2] Bakland G, Gran JT, Nossent JC (2011) Increased mortality in ankylosing spondylitis is related to disease activity. Ann Rheum Dis 70(11):1921–1925

- symptomlindernde und entzündungshemmende Wirkung
- rascher Effekt, daher Gabe gute Möglichkeit die Zeit bis zum Wirkeintritt der DMARDs zu überbrücken
- nach Absetzen Gefahr eines Rebounds
- an Nebenwirkungen denken
 - Osteoporose, Glaukom, Hautprobleme, RR, BZ, ...

- bei Kombi Kortikoid/NSAR immer dazu
- Wieder Absetzen!!
- Cave_[1]:
 - Gesteigertes Osteoporoserisiko
 - Vitamin B-12 Mangel
 - Niereninsuffizienz?
 - Demenz?

Ursächlicher Zusammenhang?

- Kardiovaskulär (chronische Entzündung??)
 - Hypertonie (36%)
 - Herzerkrankungen (12%)
- Degenerative Veränderungen
 - Gelenke (23%)
 - Wirbelsäule (18%)
- Pulmonal (10%)

Zusammenhang mit der Medikation (NSAR/Cortison)?

- Osteoporose (18%)
- Diabetes (11%)
- Gastritis- oder Ulcusanamnese (9%)
- Nierenerkrankungen (7)

Quelle: Kerndokumentation der Deutschen Kooperativen
Rheumazentren

➤ Medikation

➤ Aktivitätskontrolle

(Prednisolon, tDMARDs, Biologica)

➤ Schmerzkontrolle

(NSAR, Opiate, ...)

➤ Physio- und Ergotherapie

➤ Operationen und Prozeduren

(z.B. Korrekturen, Synovektomie, TEP, Synovektomie, Radiosynoviorthese)

Inhalt

Wichtige Erkrankungen

Medikamentöse Basistherapie

Begleitende medikamentöse Therapie

Labor

Begleitende Nicht-medikamentöse Therapie

Was ist wichtig vor Überweisung?

kl. BB, GOT/GPT, Krea, Elyte, CCP, RF, CrP, BSG

Was ist nur wichtig bei zwingendem Verdacht und eindeutiger Klinik?

Borrelienserologie, Yersinienenserologie, Chlamydienserologie,
HLA-B27, ANAs, Luesserologie

erhöhte ANAs ohne Klinik → keine Relevanz

Überwachung

- Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie 32023 [1]
- Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit BSG super
- Kreatinin, Kalium, super
- Alkalische Phosphatase; GPT; Gamma-GT; super
- kleines Blutbild; super
- RF; Anti-CCP-AK; nicht sinnvoll
- ANA, nicht sinnvoll
- anti-ds-DNS, sinnvoll

Was fehlt?: **CRP**

Wichtig:

passende Diagnose verschlüsseln und Basistherapie muss erfolgen
M05.80, M06.00, M07.00, ...

Quelle: [1]
https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/Aktuelle_Abrechnungsinformationen/ueberarbeitet_Kennziffern.pdf

Wichtige Erkrankungen

Medikamentöse Basistherapie

Begleitende medikamentöse Therapie

Labor

Begleitende Nicht-medikamentöse Therapie

Physiotherapie:

KG!!!!

MT!

Ergotherapie:

motorisch funktionelle Behandlung

- **Besonderer Verordnungsbedarf**
- In einer gesonderten Diagnoseliste vereinbaren die KBV und der GKV-Spitzenverband, bei welchen Erkrankungen Patienten oftmals mehr Heilmittel benötigen und daher einen „besonderen Verordnungsbedarf“ haben. Die Kosten für diese Verordnungen werden bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen aus dem Verordnungsvolumen des Vertragsarztes herausgerechnet. [1]
- ENTZÜNDLICHE POLYARTHROPATHIEN, SYSTEMKRANKHEITEN DES BINDEGEWEBES UND SPONDYLOPATHIEN
- https://www.kbv.de/media/sp/Heilmittel_Diagnoseliste_Webversion.pdf [1]
- „Regelfall“ gibt es nicht mehr, aber empfohlene Verordnungsmenge
- Empfohlene Verordnungsmenge sollte 12 Wochen nicht überschreiten da der Arzt das Therapieansprechen überprüfen soll,
- Gültigkeit der Verordnung von 14 auf 28 Tage.
- **Verordnungen im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfs unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.**

Quelle: [1] <https://www.kbv.de/html/heilmittel.php#content49045> -
DIAGNOSELISTE LANGFRISTIGER HEILMITTELBEDARF/
BESONDERER VERORDNUNGSBEDARF STAND 1. JANUAR 2023

Nicht-medikamentöse-Therapie

- Hilfsmittel
 - Rollstuhl
 - Arthritisrollator
 - Quengelschienen (über Ergotherapie angefertigt)
 - Bandagen

- Operative Maßnahmen
 - Knie/Hüft/Schulter-TEP
 - Finger-TEP??
 - Vorfuß OP

- Podologie
 - Sehr schwierig zu begründen, PNP muss eigentlich immer dabei sein.

Lebens- und Genussmittel die Rheuma hervorrufen

- Keine Hinweise auf Lebensmittel die Rheuma entstehen lassen
- Nikotin als Genussmittel begünstigt
- Citrulinierung von Peptiden
- Kein Hinweis auf Schaden durch den übermäßigen Genuss „roten“ Fleisches (Schwein, Rind, Wild)
- **ABER** „rotes“ Fleisch hoher Anteil an Omega-6-Fettsäuren und Arachidonsäure

Ende der Veranstaltung.

Dr. med. Holger Kudela
KOMPAS



<https://www.istockphoto.com/>