Ausgabe 03/20

rheumaktuell

DER RFA-NEWSLETTER

Weitere Themen

Autoantikörper
Was das ist und wozu sie gut sind

Kollegen-Kolumne
Medikamente früher und heute

Corona-Pandemie
Beeinflusst sie die Rheumatherapie?

Kurz erklärt
Was MRT und CT unterscheidet

▶ Aktuell

Ärzte könnten mehr delegieren

Nach Auswertung einer Studie ermuntern Wissenschaftler Rheumatologen, ihren Fachassistenten mehr Verantwortung zu übertragen. Wie das funktionieren kann und wo RFAs mit anpacken dürften

Eine Studie[1] beweist, dass in Deutschland funktionieren kann, was in Dänemark längst üblich ist: dass RFAs die Ärzte weiter entlasten. Wissenschaftler von der Medizinischen Hochschule Hannover, heißt es in einer Pressemitteilung der Europäischen Rheumaliga (EULAR), unterteilten 236 Patienten in zwei Gruppen. Die eine betreuten ausschließlich Rheumatologen, um die andere kümmerten sich vornehmlich RFAs, während der Arztkontakt kurz blieb. Die Forscher stellten fest: Weitere Aufgaben zu delegieren ist kein Nachteil. Eine RFA-Sprechstunde ist eine sichere Ergänzung, entlastet die Ärzte und schafft Zeit für neue Patienten. Eine von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie beauftragte Kommission aus Rheumatologen und Versorgungsforschern erstellte – juristisch beraten und mithilfe eines Ampelsystems – eine Liste der delegierbaren Leistungen (s. Kasten). ■

Delegation per Ampel[2]

Nicht delegierbar

Diagnosestellung, Gelenkpunktion, Lippen- und Hautbiopsie, Therapieneueinstellung, Therapieanpassungen, intraartikuläre Injektionen, Erstinjektion i.v.

Den Arzt unterstützend/ teilweise delegierbar

Anamnese, körperliche Untersuchung, Aufklärung über Diagnostik und Therapie, Ultraschall Gelenke, Kapillarmikroskopie, Folgeinjektion i.v., Infusionen von Medikation (Biologika und Nicht-Biologika), Prämedikation zu Infusionen, Patientenschulung

Delegierbar

strukturierter Anamnesebogen, Assessments, standardisierter Gelenk- und Wirbelsäulenstatus, Dokumentation/ Dateneingabe, Röntgen, DXA, Vorbereitung von und Assistenz bei invasiven diagnostischen Maßnahmen, Blutabnahme, Erstsichtung Laborbefunde, Spirometrie, Injektionen s.c./i.m., Prophylaxe/Impfungen, Verlaufsbetreuung bei stabiler Erkrankung (RFA-Visiten), Zwischenanamnese, Einhaltung Verlaufsuntersuchungen, Erfassung Komorbiditäten, Telefonsprechstunde, Patienteninformation, Hygienemanagement, Datenmanagement

© iStock.com/tassel78

▶ Kollegen-Kolumne

Von der Dampflok zur E-Lok

„Patienten, die schon viele Medikamente ausprobiert haben, sind oft niedergeschlagen. Sie zu ermutigen, ist nicht so einfach. Doch in der Rheumatologie wird viel geforscht und ständig kommen neue Mittel auf den Markt – es bleibt immer ein Silberstreif am Horizont.

Als ich 1991 anfing, gab es drei oder vier Medikamente und Methotrexat war das Ende der Fahnenstange. Der Schwerpunkt unserer Arbeit war die Pflege, weil es kaum Arzneien gab. Ich habe quasi das Mittelalter der Rheumatherapie miterlebt. Oder kennt außer mir noch jemand die Goldtherapie, die Anfang der 90er-Jahre als Basistherapie zum Einsatz kam? Um die Jahrtausendwende kam es zur Revolution: Biologika kamen auf den Markt und mit ihnen verkürzte sich die Liegedauer der Patienten von vier Wochen auf wenige Tage. Ich muss zugeben, dass wir damals verunsichert waren und ich zuerst nicht richtig verstand, wie diese Mittel wirken. Und dann diese Namen! Rituxiwas? Warum musste das so komisch heißen? Je mehr Wirkstoffe es gab, desto sicherer wurden wir aber mit dem Handling.

Heute wird fast niemandem mehr Gold gespritzt und Patienten, die früher wegen jeder Injektion zum Arzt gehen mussten, nutzen Fertigspritzen oder Pens. Menschen mit Rheumatoider Arthritis sollten die Hoffnung nie aufgeben: Es gibt ein breites Spektrum an Medikamenten und wir tun alles, um für jeden die passende Therapie zu finden. Aus der Dampflok, die eine Rheumabehandlung früher war, ist eine E-Lok geworden. Und die ist noch längst nicht am Ziel.“ ■

Carla Berger, RFA*

*Name von der Redaktion geändert.

▶ Autoantikörper

Wegweiser der Diagnostik

Die Antikörperdiagnostik ist aus der Rheumatologie nicht mehr wegzudenken. Wann sie begann und warum sie so wichtig ist

In den 70er-Jahren erfuhr die Labordiagnostik, die bis dahin nur den Rheumafaktor kannte, eine entscheidende Verbesserung: Wissenschaftler nutzten erstmals sogenannte Autoantikörper, um Prozesse im Körper zu messen und so Rückschlüsse auf verschiedene Erkrankungen zu ziehen. Heute wäre eine seriöse Rheumadiagnostik ohne Autoantikörper undenkbar. Mithilfe der „**A**ntikörper gegen **c**itrullinierte **P**eptid-**A**ntigene“ (ACPA oder CCP-Antikörper)[3] lässt sich beispielsweise schon im Frühstadium Rheumatoide Arthritis diagnostizieren – und zwar viel zuverlässiger als mit dem Rheumafaktor allein. ACPA befinden sich in der Gelenkflüssigkeit von 60 bis 85 Prozent der Betroffenen. Bei einem positiven ACPA-Bluttest liegt die Erkrankung mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 Prozent vor[4] – je höher der Wert, desto eindeutiger ist die Diagnose. Dem Arzt hilft der ACPA-Test, den Schweregrad der Erkrankung einzuschätzen und die Therapie zu planen. ■

Weitere wichtige Autoantikörper

ANA: Anti**n**ukleare **A**ntikörper bildet das Immunsystem – aus unbekannter Ursache – gegen Bestandteile des Kerns von Körperzellen (Nukleus = Kern). Der ANA-Wert ist erhöht bei Rheumatoider Arthritis, Kollagenosen, Vaskulitiden und Autoimmunhepatitis.

ANCA: Anti-**n**eutrophile **c**ytoplasmatische **A**ntikörper richten sich gegen Neutrophile, die zu den weißen Blutkörperchen zählen, und aktivieren diese unabhängig von einer Infektion. Je nach Erkrankung sind verschiedene ANCA-Titer (a, c oder p) erhöht.

© iStock.com/smartboy10

▶ Interview

Die Rheumatherapie in Zeiten von Corona

Prof. Dr. Hendrik Schulze-Koops ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. Im Interview erklärt der Rheumatologe, welche Auswirkungen die Corona-Pandemie für Patienten hat und ob sie ihre Therapie verändern müssen

Prof. Dr. Hendrik Schulze-Koops

rheumaktuell: Gehören Rheumapatienten zur COVID-19-Risikogruppe?

Hendrik Schulze-Koops: Die bisherigen Daten zeigen das nicht. Wir gehen aktuell davon aus, dass bei guter medikamentöser Einstellung weder ein erhöhtes Risiko für eine Infektion mit SARS-CoV-2 noch für einen schweren Verlauf von COVID-19 besteht. Deshalb warnen wir dringend davor, eine gut laufende Therapie wegen der Pandemie abzubrechen.

rheumaktuell: Haben viele aus Angst vor Corona ihre Medikamente abgesetzt?

Hendrik Schulze-Koops: Ja. Es gab auch einige verunsicherte Hausärzte und Rheumatologen, die ihren Patienten dazu geraten haben. Das ist genau falsch, zumal das Virus ja nicht an einem bestimmten Datum wieder verschwindet, sondern uns vielleicht noch ein paar Jahre begleiten wird. Eine Therapieunterbrechung sollte bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wenn überhaupt nur für kurze Zeit erfolgen, sonst kommt es zu einem Wiederaufflammen der Erkrankung.

rheumaktuell: Gibt es Hinweise darauf, dass COVID-19 unter Rheumamedikamenten schwerer verläuft?

Hendrik Schulze-Koops: Nein, das sehen wir so nicht. Eine wichtige Ausnahme bilden Glukokortikoide. Eine Dauertherapie mit einer Tagesdosis von mehr als 10 Milligramm erhöht das Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19.

rheumaktuell: Manche Rheumamedikamente werden als COVID-19-Therapie diskutiert. Zu Recht?

Hendrik Schulze-Koops: In den Händen von fürsorglich arbeitenden Kollegen und zum richtigen Zeitpunkt scheinen Mittel wie Dexamethason die Erkrankung günstig zu beeinflussen. Wissenschaftler setzen zudem Hoffnungen in TNFα-, IL1-, IL-6- und JAK-Inhibitoren. Das macht Sinn, weil die Zerstörung des Lungengewebes bei COVID-19 durch die gleichen Mechanismen unterhalten wird wie bei einer Autoimmunerkrankung.

rheumaktuell: Zwischendurch kursierte die Annahme, Rheumamedikamente schützten vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 …

Hendrik Schulze-Koops: Das halte ich für groben Quatsch. Es gibt keinerlei Hinweise darauf, deshalb sollten Rheumapatienten die gleichen Schutzmaßnahmen treffen wie alle anderen: Abstand wahren, Hände waschen, Mund-Nasen-Schutz tragen.

rheumaktuell: Schon seit Ende März gibt es Online-Register für Rheumapatienten mit COVID-19. Was erhoffen Sie sich davon?

Hendrik Schulze-Koops: Die DGRh und die Universität Gießen haben dieses Register sehr früh aufgesetzt – kein Land in Europa war schneller. Wir sammeln die Daten aller Rheumapatienten mit COVID-19 und dokumentieren ihren Krankheitsverlauf, ihre Symptome, die Krankenhausaufenthalte und die Medikation. So wollen wir herausfinden, wie COVID-19 bei rheumatischen Erkrankungen verläuft und ob wir unsere Handlungsempfehlungen anpassen müssen. Es gibt auch ein Patientenregister, wo uns alle Rheumapatienten auch ohne SARS-CoV-2-Infektion mitteilen können, wie es ihnen in dieser Krise geht.

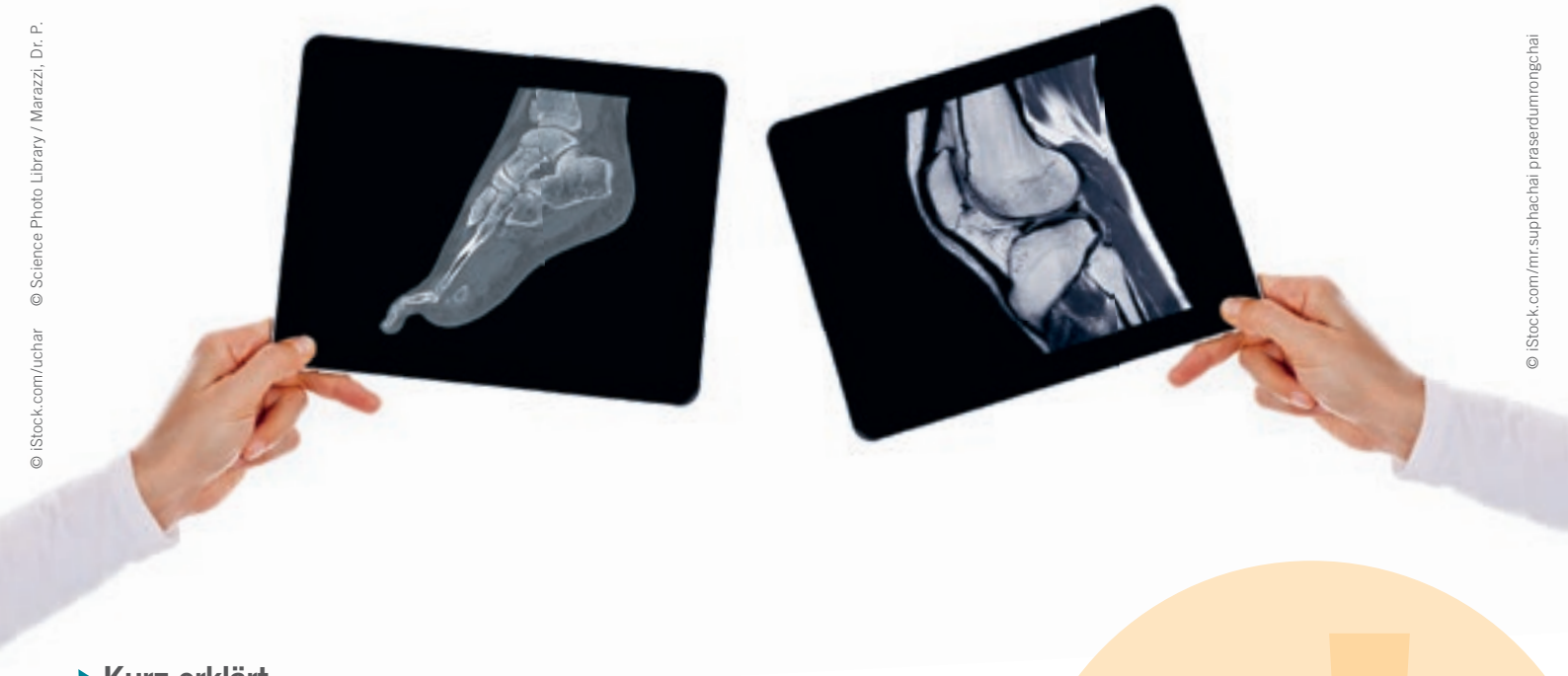
rheumaktuell: Wie können RFAs helfen, die Register zu füllen?

Hendrik Schulze-Koops: Es wäre toll, wenn sie ihre Rheumatologen animieren könnten, jeden Patienten mit COVID-19-Erkrankung einzutragen. Ihre Patienten sollten sie außerdem auf das Patientenregister hinweisen, nach dem Motto: „Nehmt daran teil und helft uns, eure Ängste zu verstehen.“ Die RFAs sind Gold wert, wenn sie den Patienten vermitteln: „Wir haben Sie nicht vergessen, nur weil der Arzt Ihre Therapie nicht verändert. Im Gegenteil: Ihre Krankheit wird perfekt behandelt.“ ■

Link-Tipps

Register für Patienten und Ärzte:
https://www.covid19-rheuma.de

Patienteninformationen zu COVID-19:
https://dgrh.de/Start/Wissenschaft/Forschung/COVID-19/Empfehlungen-für-Patienten.html



© iStock.com/uchar © Science Photo Library / Marazzi, Dr. P.

© iStock.com/mr.suphachai praserdumrongchai

▶ Kurz erklärt

Was unterscheidet CT und MRT?

Bildgebende Verfahren sind in der Rheuma-Diagnostik unerlässlich. Doch wann kommt welche Methode zum Einsatz und warum?

Dank bildgebender Verfahren können Ärzte ins Körperinnere schauen. Bei Verdacht auf Rheumatoide Arthritis sind zunächst Röntgenbilder aufschlussreich. Möchte der Arzt neben Knochen und Gelenken die Weichteile – Muskeln, Sehnen, Knorpelgewebe, Blutgefäße – betrachten und die entzündliche Veränderung besser beurteilen, veranlasst er zusätzlich eine Magnetresonanztomografie (MRT).[5] Die Untersuchung heißt auch „Kernspintomografie“ und dauert 15 bis 40 Minuten.[6] Der Patient liegt dabei in einer Röhre und trägt wegen des Lärms einen Gehörschutz. Der wohl größte Vorteil einer MRT: Es entsteht keine Röntgenstrahlung. Ein starkes Magnetfeld produziert die Schichtbilder.

Eine Computertomografie (CT) erstellt ähnliche Bilder und dauert nur wenige Minuten, kommt aber in der Diagnostik von Rheumatoider Arthritis kaum zum Einsatz. Zwar ist die Auflösung höher als bei einer MRT, jedoch auch die Strahlenbelastung – die Methode ging aus der Röntgentechnik hervor. Bei Rheumatoider Arthritis an der Halswirbelsäule[7] oder um Fehlstellungen an den Händen genauer zu begutachten, ist sie dennoch das Mittel der Wahl. Auch bei einer CT liegen die Patienten in einer Röhre – um die aber kein Magnet, sondern eine Röntgenröhre rotiert.[8] Die Kosten für eine CT sind niedriger als für eine MRT. Bei beiden Untersuchungen injizieren Ärzte manchmal ein Kontrastmittel. ■

Schon gewusst?

Uns gibt’s auch online!

Unter **rheumaktuell.de** finden Sie ab jetzt alle Ausgaben unseres Newsletters zum Lesen und Downloaden.

Noch Fragen?

Schreiben Sie uns:
mail@rheumaktuell.de

Herausgeber:
Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA
Arnulfstraße 29 | 80636 München
Telefon: 089 12142-0 | www.bms.com/de

9007 | IMSDE20SD01404-01

Bristol Myers Squibb™

Quellen
1. EULAR 2020: Ungenügende Versorgung von Menschen mit rheumatischen Erkrankungen in Deutschland: Europäische Rheumaliga empfiehlt Einsatz von Assistenzpersonal – neue Studie belegt Effektivität (Pressemitteilung vom 03.06.2020).
2. Krause A. et al.: Delegation ärztlicher Leistungen in der Rheumatologie. Zeitschrift für Rheumatologie, 2020; 79: 123–131.
3. Egerer K. et al.: Serologische Diagnostik der rheumatoiden Arthritis. Deutsches Ärzteblatt Int, 2009; 106(10): 159–163.
4. Berufsverband Deutscher Internisten e. V.: Rheumatoide Arthritis: Untersuchungen und Diagnose, https://www.internisten-im-netz.de/krankheiten/rheumatoide-arthritis/untersuchungen-diagnose/ (letzter Zugriff: Juni 2020).
5. Schneider M. et al.: Interdisziplinäre Leitlinie – Management der frühen rheumatoiden Arthritis. Zeitschrift für Rheumatologie, 2020; Band 79, Supplement 1.
6. Berufsverband Deutscher Internisten e. V.: Kernspintomografie (MRT), https://www.internisten-im-netz.de/untersuchungen/kernspintomografie-mrt.html (letzter Zugriff: Juni 2020)
7. Hermann KG. und Bollow M.: Rheumatoide Arthritis: CT- und MRT-Diagnostik. Rofo, 2008; 180 – RK_219_3.
8. Berufsverband Deutscher Internisten e. V.: Computertomografie, https://www.internisten-im-netz.de/untersuchungen/computertomografie.html (letzter Zugriff: Juni 2020).