

Internist 2017 · 58:580–584
DOI 10.1007/s00108-017-0247-7
Online publiziert: 9. Mai 2017
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

Redaktion

U.R. Fölsch, Kiel
M. Hallek, Köln
G. Hasenfuß, Göttingen
E. Märker-Hermann, Wiesbaden
C.C. Sieber, Nürnberg



CrossMark

E. Märker-Hermann¹ · A. J. Voormann²

¹Klinik für Innere Medizin IV (Rheumatologie, klinische Immunologie, Nephrologie), HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden GmbH, Wiesbaden, Deutschland

²Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), Berlin, Deutschland

Klug-entscheiden-Empfehlungen in der Rheumatologie

Ein Jahr nach der Erstveröffentlichung

Im Juni 2016 wurden im *Deutschen Ärzteblatt* die Klug-entscheiden-Empfehlungen (KEE) der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) veröffentlicht (■ Tab. 1; [7]). Ein knappes Jahr später kann nunmehr eine erste Zwischenbilanz gezogen werden. Es stellt sich vor allem die Frage, ob die KEE von Rheumatologen, Internisten, Ärzten anderer Fachgesellschaften, Entscheidern im Gesundheitswesen und betroffenen Patienten wahrgenommen bzw. diskutiert worden sind. Eine indirekte Antwort darauf gibt die Präsenz des Themas „KEE in der Rheumatologie“ in der Laienpresse, in Fach- und Selbsthilfemedien sowie auf Fortbildungsveranstaltungen.

Zudem gibt es neuere Entwicklungen und Konkretisierungen in Bezug auf einzelne rheumatologische KEE: Im Folgenden sollen aus den publizierten KEE in der Rheumatologie exemplarisch zwei Positiv- und eine Negativempfehlung näher vorgestellt werden, die sich nach der Veröffentlichung im Kontext aktualisierter bzw. neuer Leitlinien widerspiegeln und sich weiterentwickelt haben oder aber Eingang in ärztliche Handlungsempfehlungen bzw. Standard Operating Procedures (SOP) gefunden haben.

Teile dieses Beitrags wurden bereits veröffentlicht in Fiehn C, Herzer P, Holle J et al. (2016) Klug entscheiden ... in der Rheumatologie. Dtsch Arztebl 113(24)

E. Märker-Hermann und A.J. Voormann für die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)

Rheumatologische KEE in Fortbildungsveranstaltungen, Kongressen und Medien

Im Verlauf des Jahres 2016 nahmen verschiedene Fortbildungsveranstaltungen und Kongresse dezidiert das Thema „Klug entscheiden in der Rheumatologie“ auf, so beispielsweise die 191. Tagung der Rheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Innere Medizin in Düsseldorf (25.–26.11.2016) und die 49. Fortbildungstagung Aktuelle Rheumatologie der Rheumaeinheit der Medizinischen Klinik und Poliklinik IV an der Universität München am 03.12.2016. Das Internisten Update 2016 widmete sich im Referat Rheumatologie ausführlich den KEE.

» Publikums- und Fachmedien haben ausführlich über die KEE in der Rheumatologie berichtet

Die Medien griffen eine Pressemeldung der DGRh und eine Pressekonferenz der DGIM mit diesem Themenschwerpunkt auf, um darüber zu berichten. Fachmedien wie die *Ärzte Zeitung*, die Zeitschrift *arthritis + rheuma* [16], *Medscape* und die *Aktuelle Rheumatologie* [27] veröffentlichten sowohl online als auch in Printartikeln zusammenfassende Berichte und weiterführende Beiträge zu den KEE und erreichten darüber Fachärzte für Rheumatologie, Innere Medizin und Orthopädie. Besonders erwähnenswert ist auch die Information betroffener Rheumapatienten über die Selbsthilfe-

organisation der Deutschen Rheuma-Liga: Deren Mitgliederzeitschrift *mobil*, die 6-mal im Jahr mit einer Auflage von rund 226.000 Exemplaren erscheint, publizierte in Ausgabe 8/2016 den Beitrag „Die Initiative Klug entscheiden“ mit für Laien verständlichen Erläuterungen. Darüber hinaus berichteten Publikumsmedien wie FAZ.net („Zuviel des Guten macht auch krank“) ausführlich über die KEE in der Rheumatologie. Dadurch gelangten sie nicht nur zu Ärzten, medizinischem Personal und Patienten, sondern erreichten auch eine breite Leserschaft.

Aufgrund ihrer Kürze und Beschränkung auf wenige klare Botschaften eignen sich die KEE besonders gut für die mediale Berichterstattung und erreichen deshalb über die Medien als Mittler die Öffentlichkeit unmittelbarer als etwa Empfehlungen in Leitlinien.

Klug-entscheiden-Empfehlungen und neue Leitlinien

Kolchizinschutz nach Gichtanfall – eine Empfehlung in der neuen S2e-Leitlinie der DGRh

Die rheumatologische Positivempfehlung P1 lautet: *Nach Gichtanfall soll eine harnsäuresenkende Therapie nicht ohne niedrig dosierten Kolchizinschutz begonnen werden* [7]. In der neuen AWMF-Leitlinie „Gichtarthritis – fachärztliche Versorgung“ (Klassifikation S2e) unter Federführung der DGRh, Stand 30.04.2016 [14], wird eine Empfehlung zur akuten antiinflammatorischen The-

Tab. 1 Kurzfassung der Klug-entscheiden-Empfehlungen in der Rheumatologie. (Nach [7])

Thema	Empfehlung	Literatur
<i>Empfehlungen zur Vermeidung von Unterversorgung (Positivempfehlungen)</i>		
P1 Gichtanfall	Nach Gichtanfall soll eine harnsäure-senkende Therapie nicht ohne niedrig dosierten Kolchizinschutz begonnen werden.	[37, 38]
P2 Gelenkpunktion/ Punktatuntersuchung	Jede unklare akute Gelenkschwellung soll unverzüglich durch Gelenkpunktion/Punktatuntersuchung abgeklärt werden.	[15, 24]
P3 Glukokortikoidtherapie bei Verdacht auf eine Riesenzellarteriitis	Bei konkretem klinischem Verdacht auf eine Riesenzellarteriitis („Arteriitis temporalis“) soll unverzüglich mit einer Glukokortikoidtherapie begonnen werden; die anstehende Diagnostik soll den Therapiebeginn nicht verzögern.	[21]
P4 Impfen unter immunsuppressiver Therapie	Bei allen Patienten unter immunsuppressiver Therapie soll regelmäßig der Impfstatus geprüft werden; Impfungen sollen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) aufgefrischt werden.	[5, 9, 34, 35, 36]
P5 Kardiovaskuläres Risikoprofil	Das kardiovaskuläre Risikoprofil von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen soll bestimmt und gegebenenfalls reduziert werden.	[2, 20, 26, 28]
<i>Empfehlungen zur Vermeidung von Überversorgung (Negativempfehlungen)</i>		
N1 Nichtspezifische Kreuzschmerzen	Bei nichtspezifischem Kreuzschmerz unter 6 Wochen ohne „red flags“ soll eine Bildgebung nicht erfolgen.	[22]
N2 Borrelienserologie	Ohne typische Anamnese und Klinik soll eine Borrelienserologie nicht bestimmt werden.	[1, 6, 30, 31]
N3 Längerfristige Glukokortikoidtherapie	Eine längerfristige Glukokortikoidtherapie in einer Dosis von mehr als 5 mg/Tag Prednisonäquivalent soll nicht durchgeführt werden.	[4, 8, 18]
N4 Rheuma trotz normaler Laborwerte	Eine entzündlich-rheumatische Erkrankung soll als Diagnose nicht verworfen werden, nur weil die Laborwerte (Entzündungsmarker, Serologie) normal sind.	[3, 11, 17, 25]
N5 Keine Behandlung von Laborparametern	Eine Behandlung von Laborparametern (zum Beispiel Rheumafaktor positiv, antinukleäre Antikörper positiv) ohne passende Klinik soll nicht erfolgen.	[10, 19, 29]

rapie des Gichtanfalls und zur Einleitung einer harnsäuresenkenden Behandlung unter Kolchizinschutz ausgesprochen, die genau diesen Aspekt aufgreift. Der akute Gichtanfall soll mit Kolchizin, Glukokortikoiden oder nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) therapiert werden, wobei die Wahl des entzündungshemmenden Medikaments von bestehenden Komorbiditäten und vorbestehenden Kontraindikationen abhängig ist.

Wichtig ist die Erkenntnis, dass Kolchizin in der Akuttherapie des Gichtanfalls nicht wie früher üblich in hohen Dosen eingesetzt werden sollte, sondern in einer niedrigen Dosierung, die vergleichbar effektiv, aber mit deutlich weniger unerwünschten Wirkungen assoziiert ist [33]. In Deutschland wird bei Tabletten à 0,5 mg in der Praxis eine Dosierung von 1- bis 3-mal täglich 1 Tablette empfohlen, je nach Vorliegen einer Niereninsuffizi-

enz und Schweregrad der Gichtarthritis. Zudem soll bei gesicherter Gicht eine harnsäuresenkende Therapie eingeleitet werden – primär mit Allopurinol oder Febuxostat.

» Kolchizin sollte in der Akuttherapie des Gichtanfalls und in der Anfallsprophylaxe in niedriger Dosis eingesetzt werden

Die Kernaussage der rheumatologischen Klug-entscheiden-Positivempfehlung lautet, dass nach einem Gichtanfall eine harnsäuresenkende Therapie nicht ohne niedrig dosierten Kolchizinschutz begonnen werden soll. Die Schutztherapie mit Kolchizin (2-mal 0,5 mg pro Tag) hat zum Ziel, neue Gichtattacken als Folge der initialen Harnsäuremobilisation unter Harnsäuresenkern zu verhindern. Sie sollte über einen Zeitraum von etwa 6 Monaten erfolgen, da erst nach dieser Zeit der Harnsäurepool ausreichend entleert ist. Dies entspricht auch der Empfehlung bzw. dem Statement in der S2e-Leitlinie (Empfehlungsgrad A, Evidenz 1b; [14]). Bei Kontraindikationen gegen Kolchizin oder Unverträglichkeit kann die Anfallsprophylaxe mit niedrig dosierten NSAR oder Glukokortikoiden erfolgen.

Bislang galt die Empfehlung, mit der harnsäuresenkenden Therapie erst nach vollständigem Abklingen des akuten Gichtanfalls zu beginnen. Im Gegensatz zur gängigen Praxis konnte eine kontrollierte Studie zeigen, dass der Beginn einer harnsäuresenkenden Therapie auch während eines akuten Anfalls möglich ist [32], wobei in der genannten Studie zusätzlich zur antiinflammatorischen Behandlung mit Indometacin 3-mal 50 mg und Kolchizin 2-mal 0,6 mg pro Tag eine Therapie mit dem Urikostatikum Allopurinol begonnen wurde. Die Positivempfehlung P1 der rheumatologischen KEE lenkte bereits zu einem frühen Zeitpunkt den Blick auf eine entscheidende Erkenntnis, die jetzt in der Leitlinie breite Verankerung findet und zur besseren Versorgung der Patienten beitragen kann.

NVL „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ – Negativempfehlung zu Bildgebung

Die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ wurde aktualisiert und ist 2017 in der zweiten Auflage erschienen [23]. Sie hebt unmittelbar auf die Negativempfehlung N1 zur Rheumatologie ab: *Bei nichtspezifischem Kreuzschmerz unter 6 Wochen ohne „red flags“ soll eine Bildgebung nicht erfolgen.*

Kreuzschmerzen sind definiert als Schmerzen unterhalb des Rippenbogens und oberhalb der Gesäßfalten, mit oder ohne Ausstrahlung. Begleitend können weitere Beschwerden vorhanden sein. Gemäß dem biopsychosozialen Krankheitsmodell sind bei nichtspezifischen Kreuzschmerzen neben somatischen (z. B. Prädisposition, Funktionsfähigkeit) auch psychische (z. B. Problemlösekompetenz, Selbstwirksamkeitserwartung) und soziale Faktoren (z. B. soziale Netze, Versorgungsstatus, Arbeitsplatz) bei Krankheitsentstehung und -fortdauer sowie entsprechend auch in Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen.

Ergeben die Anamnese und körperliche Untersuchung bei der Erstvorstellung eines Patienten mit Kreuzschmerzen keine Hinweise auf gefährliche Verläufe oder andere ernst zu nehmende Krankheitsbilder („red flags“), sollen vorerst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden (Empfehlung 3-1 der NVL „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ [23]). Unter „red flags“ versteht man Warnhinweise auf eine spezifische vertebrale Ursache mit oft dringendem Handlungsbedarf, so zum Beispiel anamnestische oder klinische Hinweise auf

- eine Fraktur bzw. Osteoporose (bei Bagatelltraumen);
- einen Tumor;
- eine Infektion:
 - allgemeine Symptome wie kürzlich aufgetretenes Fieber oder Schüttelfrost, Appetitlosigkeit und rasche Ermüdbarkeit,
 - eine kürzlich durchgemachte bakterielle Infektion,
 - intravenöser Drogenabusus,
 - Immunsuppression,

- konsumierende Grunderkrankungen,
- eine Infiltrationsbehandlung an der Wirbelsäule in jüngerer Zeit oder
- starker nächtlicher Schmerz;
- eine Radikulopathie bzw. Neuropathie.

Neu im Vergleich zur ersten Auflage der NVL Kreuzschmerz [22] ist die Tatsache, dass in die Liste der „red flags“ zusätzlich die Hinweise auf eine rheumatische Spondyloarthritis aufgenommen wurden (*Infobox 1*; [13, 23]).

Zu den nicht empfohlenen weiteren diagnostischen Maßnahmen bei nichtspezifischem Kreuzschmerz mit einer Dauer von weniger als 6 Wochen gehört in erster Linie die Bildgebung (NVL-Empfehlung/Statement 3–6: „Bei akuten und rezidivierenden Kreuzschmerzen soll ohne relevanten Hinweis auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmende Pathologien in Anamnese und körperlicher Untersuchung keine bildgebende Diagnostik durchgeführt werden“). Mit der Magnetresonanztomographie (MRT) oder konventionellen Röntgenuntersuchung lassen sich zwar bei der großen Mehrzahl der Erwachsenen mittleren und höheren Alters degenerative Veränderungen an den Bandscheiben, den Wirbelkörpern oder den kleinen Wirbelgelenken feststellen. Diese Veränderungen verursachen aber nicht automatisch Beschwerden. Nach einem Jahr bestand kein Unterschied in der Funktionsfähigkeit zwischen Patienten mit früher (weniger als 6 Wochen nach Diagnosestellung) und späterer Bildgebung mit MRT oder Röntgenuntersuchung [12]. Erst bei anhaltenden aktivitätseinschränkenden oder progredienten Kreuzschmerzen (nach 4–6 Wochen) trotz leitliniengerechter Therapie soll die Indikation für eine bildgebende Diagnostik überprüft werden.

Riesenzellarteriitis – Glukokortikoidtherapie bei Verdacht

Positivempfehlung P3: Bei konkretem klinischem Verdacht auf eine Riesenzellarteriitis („Arteriitis temporalis“) soll unver-

Internist 2017 · 58:580–584
DOI 10.1007/s00108-017-0247-7
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

E. Märker-Hermann · A. J. Voormann

Klug-entscheiden-Empfehlungen in der Rheumatologie. Ein Jahr nach der Erstveröffentlichung

Zusammenfassung

Knapp ein Jahr nach Veröffentlichung der Klug-entscheiden-Empfehlungen (KEE) in der Rheumatologie zeigt sich, dass Fach- und Laienpresse, Medien der Selbsthilfegruppen, Onlinemedien und Fortbildungskongresse das Thema aufgegriffen haben. Somit konnte ein breites Zielpublikum erreicht werden. Zwischenzeitlich wurden auch Leitlinien neu publiziert oder aktualisiert, die rheumatologische KEE aufgreifen. KEE sind geeignet, Eingang in klinische Standard Operating Procedures oder Handlungsempfehlungen zu finden.

Schlüsselwörter

Medien · Leitlinien · Kolchizin · Kreuzschmerz · Riesenzellarteriitis

Choosing wisely recommendations in rheumatology. One year after their first publication

Abstract

Almost 1 year after publication of the Choosing wisely recommendations (“Klug-entscheiden-Empfehlungen,” KEE) for rheumatology, it is evident that they have found their way into specialist and lay publications, the media used by self-help groups, online media, and continuing education congresses. As such, a broad target audience has been reached. In the meantime, newly established or updated guidelines have been published which incorporate the KEE for rheumatology. The KEE provide a gateway into clinical Standard Operating Procedures or recommendations.

Keywords

Communications media · Guidelines as topic · Colchicine · Low back pain · Giant cell arteritis

Infobox 1 Klinische Hinweise auf eine (rheumatische) Spondyloarthritis. (Nach [13, 23])

- Länger anhaltende Kreuzschmerzen (>12 Wochen) und Beginn vor dem 45. Lebensjahr
- Schleichender Beginn der Schmerzen
- Morgensteifigkeit (≥30 min)
- Verbesserung der Kreuzschmerzen durch Bewegung, nicht in Ruhe
- Schmerzbedingtes frühmorgendliches/nächtliches Erwachen
- Alternierender Gesäßschmerz
- Zunehmende Steifheit der Wirbelsäule
- Begleitende periphere Arthritis, Enthesitis, Uveitis
- Bekannte Psoriasis, entzündliche Darmerkrankung

zügig mit einer Glukokortikoidtherapie begonnen werden.

Die Riesenzellarteriitis (RZA) ist die häufigste Vaskulitis in Westeuropa, die Inzidenz liegt in Deutschland bei 3,5 pro 100.000 Einwohner pro Jahr. Sie betrifft Menschen nach dem 50. Lebensjahr, typischerweise sogar erst in höherem Alter. Typische Manifestationen sind Schläfenkopfschmerz, Visusstörungen (Doppelbilder, Amaurose oder seltener ein Verschluss der A. centralis retinae) und Symptome einer in 40–46 % der Fälle assoziierten Polymyalgia rheumatica (proximaler Muskelschmerz des Schulter- und Beckengürtels, morgendlich betonte Steifigkeit, eingeschränkte Fähigkeit, die Arme anzuheben oder Treppen zu steigen). Unspezifische Symptome wie Fieber, Gewichtsabnahme und Nachtschweiß können assoziiert sein. Das C-reaktive Protein und die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit sind praktisch immer stark erhöht.

Die gefürchtetste Komplikation der RZA ist ein Visusverlust, der zumeist durch eine Manifestation der Vaskulitis an der A. ciliaris posterior mit konsekutiver anteriorer ischämischer Optikusneuropathie bedingt ist. Bei begründetem Verdacht auf eine RZA ist eine sofortige Glukokortikoidtherapie in einer Dosierung von etwa 1 mg/kgKG obligat. Diese darf durch anstehende diagnostische Maßnahmen nicht verzögert werden [7]. Die definitive Diagnose wird heute auf Grundlage eines Gefäßultraschalls bzw.

einer MRT oder Temporalisbiopsie gestellt [21].

Die RZA mit der Gefahr einer akuten Erblindung stellt somit einen rheumatologischen Notfall dar. Die hier zitierte KEE ist ein gutes Beispiel für eine Umsetzung in den klinischen Alltag. Sie kann mit weiteren konkreten Ausführungen wie einem diagnostischen und therapeutischen Algorithmus zu SOP oder ärztlichen Handlungsempfehlungen ausformuliert werden. Im HELIOS-Klinikkonzern wurde im November 2016 eine solche Handlungsempfehlung auf Basis der rheumatologischen KEE zur RZA verabschiedet – diese betrifft deutschlandweit 112 Kliniken. Ihre Zielgruppe sind alle Klinikärzte, insbesondere in der Notaufnahme oder auf der Krankenhausstation (Innere Medizin, Neurologie, Augenheilkunde). Solche SOP bieten die Chance, eine KEE mit verbindlichem Charakter zur Qualitätsverbesserung vor Ort einzusetzen.

Diskussion

In der DGRh hat sich im Laufe des Entstehungs- und Konsensusprozesses der KEE gezeigt, dass die große Mehrheit der Rheumatologen diese Initiative zur Verbesserung der Indikationsqualität mit Interesse verfolgt und unterstützt. Zahlreiche nationale und lokale Kongresse und Fortbildungsveranstaltungen haben „Klug entscheiden in der Rheumatologie“ in ihr Programm aufgenommen. Betroffene Patienten wurden von der Rheuma-Liga informiert. Die DGRh erarbeitet aktuell zusammen mit der Konsensuskommission der DGIM je eine weitere Positiv- und Negativempfehlung, die im Laufe des Jahres 2017 veröffentlicht werden.

Dennoch muss die kritische Frage gestellt werden, ob nicht prospektiv Instrumente der Versorgungsforschung eingesetzt werden sollten, um die Umsetzung der KEE in Kliniken und Praxen zu überprüfen. Es wäre wünschenswert zu evaluieren, ob die verschiedenen KEE tatsächlich zu einer besseren Versorgung der betroffenen Patienten führen. Schließlich kann sich jeder Rheumatologe in der eigenen Praxis fragen, ob KEE in der Arzt-Patienten-Interaktion dazu beitra-

gen können, dem Patienten die Sinnhaftigkeit oder Sinnlosigkeit von medizinischen Maßnahmen verständlich zu machen und zu einer gemeinsamen klugen Entscheidung zu kommen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. E. Märker-Hermann

Klinik für Innere Medizin IV (Rheumatologie, klinische Immunologie, Nephrologie), HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden GmbH Ludwig-Erhard-Str. 100, 65199 Wiesbaden, Deutschland
elisabeth.maerker-hermann@helios-kliniken.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. E. Märker-Hermann und A.J. Voormann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Auwarter PG, Bakken JS, Dattwyler RS et al (2011) Antiscience and ethical concerns associated with advocacy of Lyme disease. *Lancet Infect Dis* 11:713–719
2. Benvenuti F et al (2015) Cardiovascular risk factors, burden of disease and preventive strategies in patients with systemic lupus erythematosus: a literature review. *Expert Opin Drug Saf* 14:1373–1385
3. de Vries MK, van Eijk IC, van der Horst-Bruinsma IE et al (2009) Erythrocyte sedimentation rate, C-reactive protein level, and serum amyloid A protein for patient selection and monitoring of anti-tumor necrosis factor treatment in ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 61:1484–1490
4. Dixon WG, Abrahamowicz M, Beauchamp ME et al (2012) Immediate and delayed impact of oral glucocorticoid therapy on risk of serious infection in older patients with rheumatoid arthritis: a nested case-control analysis. *Ann Rheum Dis* 71:1128–1133
5. Dougados M, Soubrier M, Antunez A et al (2014) Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (COMORA). *Ann Rheum Dis* 73:62–68
6. Feder HM, Johnson BJB, O'Connell S et al (2007) A critical appraisal of „Chronic Lyme Disease“. *N Engl J Med* 357:1422–1430
7. Fiehn C, Herzer P, Holle J et al (2016) Klug entscheiden in der Rheumatologie. *Dtsch Arztebl* 113(24):A-1154
8. Gabriel SE, Sunku J, Salvarani C, O'Fallon WM, Hunder GG (1997) Adverse outcomes of antiinflammatory therapy among patients with polymyalgia rheumatica. *Arthritis Rheum* 40:1873–1878
9. Goldacker S, Gause AM, Warnatz K, Kommission Pharmakotherapie der DGRh (2013) Impfung bei erwachsenen Patienten mit chronisch entzündli-

chen rheumatischen Erkrankungen. Z Rheumatol 72:690–704

10. Hayashi N et al (2008) Prevalence of disease specific antinuclear antibodies in general population: estimates from annual physical examinations of residents of a small town over a 5-year period. Mod Rheumatol 18:153–160
11. Hensor EMA, Emery P, Bingham SJ, Conaghan PG, YEAR Consortium (2010) Discrepancies in categorizing rheumatoid arthritis patients by DAS-28(ESR) and DAS-28(CRP): can they be reduced? Rheumatology 49:1521–1529
12. Jarvik JG, Gold LS, Comstock BA et al (2015) Association of early imaging for back pain with clinical outcomes in older adults. JAMA 313(11):1143–1153
13. Kiltz U, Braun J. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) (2013) S3-Leitlinie Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-0031_S3_Axiale_Spondyloarthritis_Morbus_Bechterew_2013-11.pdf. Zugegriffen: 18. Aug. 2016
14. Kiltz U, Alten R, Fleck M et al (2016) Gichtarthritis (fachärztlich) Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh). Langfassung zur S2e-Leitlinie. AWMF-Leitlinien Register Nummer: 060/005, Entwicklungsstufe: S2e, Stand 30.04.2016. http://dgrh.de/fileadmin/media/Praxis_Klinik/Leitlinien/Gicht_LL.pdf. Zugegriffen: 2. Febr. 2017
15. Landewe RBM, Günther KP, Lukas C et al (2010) EULAR/EFORT recommendations for the diagnosis and initial management of patients with acute or recent onset swelling of the knee. Ann Rheum Dis 69:12–19
16. Lakomek H-J, Lakomek M, Specker C (2016) Klug entscheiden in der Rheumatologie, Indikationsqualität im Fokus. Arthritis + Rheum 36(6):402–406
17. Lindqvist UR, Alenius GM, Husmark T, Theander E, Holmström G, Larsson PT, Psoriatic Arthritis Group of the Society for Rheumatology (2008) The Swedish early psoriatic arthritis register – 2-year followup: a comparison with early rheumatoid arthritis. J Rheumatol 35:668–673
18. Listing J, Gerhold K, Zink A (2013) The risk of infections associated with rheumatoid arthritis, with its comorbidity and treatment. Rheumatology (Oxford) 52:53–61
19. Maillfert JF et al (1997) Prevalence of ANCA in a hospitalized elderly French population. Clin Exp Rheumatol 15:603–607
20. Morgan MD et al (2009) Increased incidence of cardiovascular events in patients with antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitides: a matched-pair cohort study. Arthritis Rheum 60:3493–3500
21. Mukhtyar C, Guillevin L, Cid MC, European Vasculitis Study Group et al (2009) EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. Ann Rheum Dis 68:318–323
22. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerz, Kurzfassung, Version 1.2
23. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) (2017) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, Langfassung. 2. Auflage, Version 1, AWMF-Register-Nr.: nvl-007
24. Neogi T, Jansen TLThA, Dalbeth N et al (2015) 2015 Gout Classification Criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. Arthritis Rheumatol 67:2557–2568
25. Nishimura K, Sugiyama D, Kogata Y et al (2007) Meta-analysis: diagnostic accuracy of anti-cyclic citrullinated peptide antibody and rheumatoid factor for rheumatoid arthritis. Ann Intern Med 146:797–808
26. Pieringer H et al (2012) Rheumatoid arthritis is an independent risk factor for an increased augmentation index regardless of the coexistence of traditional cardiovascular risk factors. Semin Arthritis Rheum 42:17–22
27. Pressemeldung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (2016) Klug entscheiden: DGRh-Empfehlungen. Akt Rheumatol 41:274
28. Semb AG et al (2014) Cardiovascular disease assessment in rheumatoid arthritis: a guide to translating knowledge of cardiovascular risk into clinical practice. Ann Rheum Dis 73:1284–1288
29. Shi W et al (1990) Prevalence of lupus anticoagulant and anticardiolipin antibodies in a healthy population. Aust N Z J Med 20:231–234
30. Sigal LH (2011) Musculoskeletal features of Lyme disease: understanding the pathogenesis of clinical findings helps make appropriate therapeutic choices. J Clin Rheumatol 17:256–265
31. Stanek G, Fingerle V, Hunfeld KP et al (2011) Lyme borreliosis: clinical case definitions for diagnosis and management in Europe (European Union Concerted Action on LB). Clin Microbiol Infect 17:69–79
32. Taylor TH, Mecchella JN, Larson RJ et al (2012) Initiation of allopurinol at first medical contact for acute attacks of gout: a randomized clinical trial. Am J Med 125(11):1126–1134
33. Terkeltaub RA et al (2010) High versus low dosing of oral colchicine for early acute gout flare: Twenty-four-hour outcome of the first multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, dose-comparison colchicine study. Arthritis Rheum 62(4):1060–1068
34. van Assen S et al (2011) EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. Ann Rheum Dis 70:414–422
35. Robert Koch-Institut (2016) Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene. www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html;jsessionid=02B30769BEA061CA378D98E106C8F187_2_cid390. Zugegriffen: 27.04.2017
36. Robert Koch-Institut (2016) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission. www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Aktuelles/Impfkalender.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 27.04.2017
37. Zhang W, Doherty M, Pascual E et al (2006) EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutics (ESCSIT). Ann Rheum Dis 65:1301–1311
38. Zhang W, Doherty M, Bardin T et al (2011) European League Against Rheumatism recommendations for calcium pyrophosphate deposition. Part I: terminology and diagnosis. Ann Rheum Dis 70:563–570

Wieder mehr Infektionen mit dem Hantavirus

Bundesweit haben die Erkrankungen mit dem Hantavirus im Vergleich zum Vorjahr zugenommen. Das geht aus Zahlen des Robert Koch-Instituts (RKI) hervor. Demnach sind bis Mitte März 136 Fälle gemeldet worden – deutlich mehr als im vergangenen Jahr mit 38 Fällen. Allerdings schwankten die Zahlen von Jahr zu Jahr erheblich, sagte eine Sprecherin des RKI. 2016 sei ein Jahr mit sehr geringen Fallzahlen gewesen. Nur 282 Menschen seien damals erkrankt, 2012 seien es beispielsweise 2.825 gewesen.

Spitzenreiter Baden-Württemberg

In einigen Teilen Deutschlands ist das Hantavirus derzeit besonders aktiv. So wurden dem Landesgesundheitsamt in Baden-Württemberg seit Jahresbeginn bereits 108 Fälle gemeldet. 2016 habe es dort insgesamt nur 84 Erkrankungen gegeben. Für Baden-Württemberg rechnen Experten derzeit mit mehr als 2.440 Erkrankungen im Jahr 2017.

Nagetiere übertagen das Hantavirus

Grund für die hohen Zahlen sei der gute Ertrag der Buchen in den Wäldern im vergangenen Jahr. Dadurch habe es viele Bucheckern gegeben, die vor allem der Rötelmaus als Nahrung dienten. Die Rötelmäuse und andere Nagetiere übertragen das Hantavirus. Um sich zu schützen, sollten Menschen nach Expertenangaben vor allem in Gebieten mit viel Buchenwald den Kontakt mit Ausscheidungen von Nagern vermeiden – etwa bei Holzarbeiten in Wald und Garten und bei der Reinigung von Kellern, Schuppen, Scheunen und Ställen. Hantaviren sind nach Angaben des RKI weltweit verbreitet. Übertragen wird es durch Speichel, Kot oder Urin von infizierten Nagetieren wie der Rötelmaus. Atmet der Mensch die Erreger ein – etwa wenn kontaminierter Staub aufgewirbelt wird – kann er sich infizieren. Die Symptome ähneln denen einer Grippe mit Fieber, Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen. Blutdruckabfall und Nierenfunktionsstörungen bis hin zum -versagen können folgen.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt
www.aerzteblatt.de