



KLUG ENTSCHIEDEN

... in der Rheumatologie

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie hat Empfehlungen erarbeitet, die Ärztinnen und Ärzte dabei unterstützen sollen, häufige Aspekte der Über-, Fehl- und Unterversorgung zu erkennen und zu vermeiden.

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) ist sehr gerne der Aufforderung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) gefolgt, sich an der Initiative „Klug entscheiden“ (*Kasten*) zu beteiligen. Die DGRh hat je fünf Positiv- beziehungsweise Negativ-Empfehlungen zu häufigen Bereichen der Unter-, Fehl- und Überversorgung in der Rheumatologie formuliert. Die Auswahl sollte nach folgenden Kriterien erfolgen:

- Positiv-Empfehlungen adressieren diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die zu selten angewendet werden, obwohl ihr Nutzen evidenzbasiert nachgewiesen ist;
- Negativ-Empfehlungen adressieren diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die häufig durchgeführt werden, obwohl sie evidenzbasiert als nicht nutzbringend erkannt sind.

Mit der Erarbeitung der Empfehlungen beauftragte die DGRh ihre Kommission Pharmakotherapie. Diese setzte sich zunächst mit der internationalen „Choosing wisely“-Kampagne auseinander und sichtete die dazu bereits verfügbaren Empfehlungen aus der US-amerikanischen und kanadischen Rheumatologie. Beide nordamerikanischen Kampagnen beinhalten jedoch ausschließlich Negativ-Empfehlungen und sind zudem nicht 1:1 auf deutsche Verhältnisse übertragbar.

Zum weiteren Prozedere wurde beschlossen, zunächst Vorstand und Beirat der DGRh um Nennung von Themen für Positiv- und Negativ-Empfehlungen zu bitten. Die dazu gestartete Abfrage ergab rasch ein relativ übereinstimmendes Meinungsbild und einen hohen Kon-



Foto: Fotolia/postsignt

sens der Experten für die zu adressierenden Bereiche. Die aus dieser Umfrage abgeleiteten Themen wurden dann innerhalb der Kommission als Arbeitspakete verteilt. Die Abstimmung erfolgte zunächst in Kommission und Vorstand der DGRh und in einem zweiten Schritt innerhalb der DGIM. Im Rahmen einer ersten Konferenz in der DGIM-Repräsentanz in Berlin, bei der unter anderem Vertreter der zwölf Schwerpunktgesellschaften zugegen waren, wurden grundsätzliche Entscheidungen zu den „Klug entscheiden“-Empfehlungen getroffen. In einer weiteren Sitzung wurden dann die konkreten Empfehlungen diskutiert und mit Überarbeitungsvorschlägen auch bereits verabschiedet. Das Ergebnis dieses Konsentierungsprozesses für die DGRh präsentieren wir im Folgenden.



Positiv-Empfehlungen

1. Nach Gichtanfall soll eine harnsäuresenkende Therapie nicht ohne niedrig-dosierten Colchicin-Schutz begonnen werden.

Die Schutztherapie mit Colchicin (2 × 0,5 mg) soll neue Gichtattacken als Folge initialer Harnsäuremobilisation unter Harnsäure-Senkern verhindern. Sie sollte circa sechs Monate lang erfolgen. Bei Kontraindikationen gegen Colchicin oder Unverträglichkeit kann die Anfallsprophylaxe mit niedrig-dosierten nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) oder Glucocorticoiden erfolgen (1, 2).

2. Jede unklare akute Gelenkschwellung soll unverzüglich durch Gelenkpunktion/Punktatuntersuchung abgeklärt werden.

Lässt sich eine akute Gelenkschwellung nicht durch eine bekannte Grunderkrankung oder ein Trauma erklären, so soll durch eine Untersuchung des Gelenkpunktats (Leukozytenzahl, mikrobiologische Kultur) eine bakterielle Arthritis ausgeschlossen werden, da sie rasch zu irreversiblen Schäden führt. Eine mikroskopische Untersuchung auf

Uratkristalle kann zudem eine akute Gicht sichern. Besondere Hinweise auf Gelenkinfektion oder einen akuten Gichtanfall sind ausgeprägte Schmerzen, Rötung und Überwärmung (3, 4).

3. Bei konkretem klinischen Verdacht auf eine Riesenzellerarthritis („A. temporalis“) soll unverzüglich mit einer Glukokortikoid-Therapie begonnen werden; die anstehende Diagnostik soll den Therapiebeginn nicht verzögern.

Die Riesenzellerarthritis (RZA) ist die häufigste Vaskulitis im höheren Alter. Typische Symptome sind neben den Kopf- auch Kauschmerzen, eine berührungsempfindliche Kopfhaut, Myalgien, Gewichtsverlust sowie erhöhte systemische Entzündungswerte (Blutsenkungsgeschwindigkeit [BSG] und/oder C-reaktives Protein [CRP]). Die RZA führt im schlimmsten Fall zu einer (meist irreversiblen) Erblindung und ist deshalb ein Notfall. Eine Therapie mit Glukokortikoiden (circa 1 mg/kg/KG) sollte nicht durch die anstehende Diagnostik verzögert werden. Die definitive Diagnose wird heute mittels Gefäßultraschall beziehungsweise Magnetresonanztomografie (MRT) oder Temporalis-Biopsie gestellt (5).

4. Bei allen Patienten unter immunsuppressiver Therapie soll regelmäßig der Impfstatus ge-

prüft und Impfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) aufgefrischt werden.

Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen unter Immunsuppression haben eine erhöhte Anfälligkeit für Infektionen. Impfungen können das Risiko reduzieren. Untersuchungen zum Impfstatus bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis in 17 Ländern weltweit haben allerdings gezeigt, dass nur ein Viertel der Patienten jährlich gegen Influenza geimpft wurden und nur 10,3 % gegen Influenza und Pneumokokken. Bereits bei Diagnosestellung sollte der Impfstatus überprüft werden und gemäß den aktuellen Empfehlungen (EULAR, DGRh, STIKO) aufgefrischt werden. Lebendimpfstoffe sind unter bestimmten Medikamenten kontraindiziert. Impfungen erhöhen nicht das Risiko für Krankheitsschübe (6–9).

5. Das kardiovaskuläre Risikoprofil von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen soll bestimmt und gegebenenfalls reduziert werden.

Das kardiovaskuläre Risiko ist bei verschiedenen rheumatischen Erkrankungen, insbesondere der Rheumatoiden Arthritis und dem Systemischen Lupus erythematodes erhöht. Patienten sollten auf ihr kardiovaskuläres Risiko untersucht werden; ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko ist durch „Lifestyle-“ und gegebenenfalls medikamentöse Intervention zu reduzieren (10–13).

KLUG ENTSCHEIDEN

„Klug entscheiden“ ist eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), die sich gegen Über- und Unterversorgung wendet. Zwölf Fachgesellschaften nehmen an der Initiative unter dem Dach der DGIM teil und haben praktische Empfehlungen erstellt.

„Klug entscheiden“ soll eine konkrete Hilfe bei der Indikationsstellung zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sein. Darüber hinaus soll die Initiative aber auch grundsätzlich dafür sensibilisieren, klug zu entscheiden und nicht alles medizinisch Machbare zu tun.

Das Deutsche Ärzteblatt veröffentlicht eine Serie zum Thema mit Artikeln aus allen teilnehmenden Fachgesellschaften. Alle bisher erschienenen Beiträge sowie ein Übersichtsartikel über die DGIM-Initiative sind unter www.aerzteblatt.de/klugentscheiden abrufbar.



Negativ-Empfehlungen

1. Bei nichtspezifischem Kreuzschmerz unter sechs Wochen ohne „Red Flags“ soll eine Bildgebung nicht erfolgen.

Unter „Red Flags“ versteht man Warnhinweise auf eine spezifische vertebrale Ursache mit oft dringendem Handlungsbedarf, so zum Beispiel anamnestiche oder klinische Hinweise auf eine Fraktur, einen Tumor, eine Infektion oder eine Radikulopathie/Neuropathie (14).

2. Ohne typische Anamnese und Klinik soll eine Borrelien-Serologie nicht bestimmt werden.

Die Lyme-Borreliose manifestiert sich am Bewegungsapparat als eine oft rekurrende Mon- oder Oligoarthritis großer Gelenke mit bevorzugtem Befall der Kniegelenke. Ein vorangegangenes Erythema migrans ist ein wichtiger anamnestischer Hinweis, fehlt aber häufig. Die Durchführung einer Borrelien-Serologie ohne entsprechende Symptomatik bedingt aufgrund der Seroprävalenz in der Bevölkerung („Durchseuchungstiter“) eine hohe Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnosen. Chronische muskuloskeletale Schmerzsyndrome wie zum Beispiel ein Fibromyalgie-Syndrom sind keine Diagnosekriterien für eine Lyme-Borreliose (15–18).

3. Eine längerfristige Glukokortikoidtherapie in einer Dosis von mehr als 5 mg/d Prednisonäquivalent soll nicht durchgeführt werden.

Glukokortikoide (GC) sind eine wertvolle Komponente der medikamentösen Therapie vieler rheumatischer Erkrankungen. Ihr Einsatz ist jedoch von einer Vielzahl von unerwünschten Wirkungen begleitet, welche wesentlich von der Dosis abhängen. So ist bei der rheumatoiden Arthritis (RA) das Risiko für eine schwere Infektion bei einer Tagesdosis von > 14 mg/d Prednison im Vergleich zu < 7,5 mg/d fast verfünffacht. Insbesondere bei Risikofaktoren für Infektionen sind jedoch auch schon niedrigere Dosen bedenklich. Wenn sich bei einer rheumatischen Erkrankung die Prednisonosis also nicht in einem Zeitraum von circa sechs Monaten auf unter 7,5 mg reduzieren lässt, so sollte entweder die Diagnose überdacht oder die GC-sparende Therapie mit Disease Modifying Rheumatic Drugs (DMARD) und/oder Biologika so angepasst werden, dass die GC so weit wie möglich reduziert oder ausgeschlichen werden können (19, 20, 21).

4. Eine entzündlich-rheumatische Erkrankung soll als Diagnose nicht verworfen werden, nur weil

die Laborwerte (Entzündungsmarker, Serologie) normal sind.

Entzündlich rheumatische Erkrankungen wie die rheumatoide Arthritis (RA), die Spondyloarthritiden, die Kollagenosen oder auch die Vaskulitiden gehen häufig, aber keinesfalls immer, mit erhöhten CRP- oder BSG-Werten einher. Bei der RA ist der Wert für das CRP initial bei circa 17 % der Patienten, bei der ankylosierenden Spondylitis bei circa 38 % und bei der Psoriasisarthritis sogar bei circa 50 % im Normbereich. Selbst bei der RA sind die spezifischen serologischen Tests Rheumafaktor (RF) und Anti-CCP-Antikörper initial bei circa 31 % beziehungsweise 33 % der Patienten negativ. Andere rheumatische Erkrankungen wie Psoriasisarthritis oder Polymyalgia rheumatica haben gar keinen spezifischen Labormarker. Eine entzündlich rheumatische Erkrankung kann also auch bei normalen Laborwerten vorliegen (22–25).

5. Eine Behandlung von Laborparametern (zum Beispiel RF positiv, ANA positiv) ohne passende Klinik soll nicht erfolgen.

Autoantikörper können in niedriger Prävalenz auch bei Gesunden detektierbar sein. Die höchste Prävalenz besteht für niedrig-titrig Antinukleäre Antikörper (ANA). So finden sich ANA mit einem Titer von 1:160 in bis zu 10 % der gesunden Bevölkerung. Auch andere Autoantikörper (ANCA, RF, ACLA) können bei Patienten ohne Anhalt für eine rheumatologische Grunderkrankung in einer niedrigen Prävalenz (von 0,73 % bis 38 % je nach Autoantikörper) detektiert werden, und scheinen mit dem Alter vermehrt nachweisbar zu sein (26–28).

 **Diskussion**

Die „Klug entscheiden“-Empfehlungen der DGRh lenken die Aufmerksamkeit auf Aspekte der Diagnostik und Therapie im Fach Rheumatologie, die aufgrund klarer wissenschaftlicher Evidenz durchge-

führt (Positivempfehlungen) beziehungsweise unterlassen (Negativempfehlungen) werden sollen. Die DGRh hat dafür Themen gewählt, bei denen das Zuviel oder Zuwenig an ärztlichem Handeln im Versorgungsalltag besonders häufig erlebt wird und negative Konsequenzen für die Patienten oder die Solidargemeinschaft zur Folge hat.

Die Empfehlungen sollen häufige Aspekte der Über-, Fehl- und Unterversorgung zu erkennen und zu vermeiden. Wir weisen jedoch darauf hin, dass der Arzt in begründeten, individuellen Situationen von der „Klug entscheiden“-Empfehlung abweichen kann oder sogar muss. Im Gespräch mit dem Patienten soll sich der Arzt auf die Empfehlung der Fachgesellschaft berufen können. Deshalb plant die DGRh, in Kooperation mit den anderen Schwerpunktgesellschaften der DGIM, eine Patientenversion der Empfehlungen.

Ziel der Empfehlungen ist eine Verbesserung der Patientenversorgung bei gleichzeitig angemessenem Ressourceneinsatz. Dazu wird im ersten Schritt ein Bewusstsein geschaffen für häufige Bereiche der Über-, Fehl- und Unterversorgung, das sich im Laufe der Zeit in einer Änderung der Versorgungspraxis niederschlagen soll. Deshalb ist die „Klug entscheiden“-Initiative der DGIM erst der Auftakt für die Etablierung einer intelligenten und zukunftsfähigen Versorgungspraxis, in der die verfügbaren Mittel so optimal wie möglich eingesetzt werden. Wünschenswert wäre eine begleitende Versorgungsforschung, die die Versorgungspraxis vor und nach Veröffentlichung der Empfehlungen in den Blick nimmt. ■

- Prof. Dr. med. Christoph Fiehn,*
- Prof. Dr. med. Peter Herzer,*
- Priv. Doz. Dr. med. Julia Holle,*
- Priv.-Doz. Dr. med. Christof Iking-Konert,*
- Prof. Dr. med. Andreas Krause,*
- Prof. Dr. med. Klaus Krüger,*
- Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann,*
- Dr. med. Julia Rautenstrauch,*
- Prof. Dr. med. Matthias Schneider*

 **Literatur im Internet:**
www.aerzteblatt.de/lit2416
 oder über QR-Code.



KLUG ENTSCHIEDEN

... in der Rheumatologie

LITERATUR

1. Zhang W, Doherty M, Pascual E, et al.: 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* 2006; 65: 1301–11.
2. Zhang W, Doherty M, Bardin T, et al.: European League Against Rheumatism recommendations for calcium pyrophosphate deposition. Part I: terminology and diagnosis. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 563–70.
3. Landewe RBM, Günther KP, Lukas C, et al.: EULAR/EFORT recommendations for the diagnosis and initial management of patients with acute or recent onset swelling of the knee. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 12–9.
4. Neogi T, Jansen T L Th A, Dalbeth N, et al.: 2015 Gout Classification Criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. *Arthritis Rheumatol* 2015; 67: 2557–68.
5. Mukhtyar C, Guillevin L, Cid MC, et al.: European Vasculitis Study Group. EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 318–23.
6. Dougados M, Soubrier M, Antunez A, et al.: Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (COMORA). *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 62–8.
7. van Assen Set al EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 414–22.
8. Goldacker S, Gause AM, Warnatz K: Kommission Pharmakotherapie der DGRh. Impfung bei erwachsenen Patienten mit chronisch entzündlichen rheumatischen Erkrankungen *Z Rheumatol* 2013; 72: 690–704. http://dgrh.de/fileadmin/media/Praxis_Klinik/Therapie-Empfehlungen/impfempfehlungen_dgrh_pharmako_kommission_2013_lang.pdf
9. www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html;jsessionid=02B30769BEA061CA378D98E106C8F187.2_cid390; www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Aktuelles/Impfkalender.pdf?__blob=publicationFile
10. Pieringer H, et al.: Rheumatoid arthritis is an independent risk factor for an increased augmentation index regardless of the coexistence of traditional cardiovascular risk factors. *Semin Arthritis Rheum* 2012; 42: 17–22.
11. Benvenuti F, et al.: Cardiovascular risk factors, burden of disease and preventive strategies in patients with systemic lupus erythematosus: a literature review. *Expert Opin Drug Saf* 2015; 14: 1373–85.
12. Morgan MD, et al.: Increased incidence of cardiovascular events in patients with antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitides: a matched-pair cohort study. *Arthritis Rheum* 2009; 60: 3493–500.
13. Semb AG, et al.: Cardiovascular disease assessment in rheumatoid arthritis: a guide to translating knowledge of cardiovascular risk into clinical practice. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 1284–8.
14. Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerz, Kurzfassung, Version 1.2.
15. Auwarter PG, Bakken JS, Dattwyler RS, et al.: Antiscience and ethical concerns associated with advocacy of Lyme disease. *Lancet Infect Dis* 2011; 11: 713–9.
16. Stanek G, Fingerle V, Hunfeld KP, et al.: Lyme borreliosis: clinical case definitions for diagnosis and management in Europe (European Union Concerted Action on LB). *Clin Microbiol Infect* 2011; 17: 69–79.
17. Sigal LH: Musculoskeletal features of Lyme disease: understanding the pathogenesis of clinical findings helps make appropriate therapeutic choices. *J Clin Rheumatol* 2011; 17: 256–65.
18. Feder HM, Johnson BJB, O’Connell S, et al.: A critical appraisal of „Chronic Lyme Disease“. *N Engl J Med* 2007; 357: 1422–30.
19. Listing J, Gerhold K, Zink A: The risk of infections associated with rheumatoid arthritis, with its comorbidity and treatment. *Rheumatology (Oxford)* 2013; 52: 53–61.
20. Gabriel SE, Sunku J, Salvarani C, O’Fallon WM, Hunder GG: Adverse outcomes of antiinflammatory therapy among patients with polymyalgia rheumatica. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1873–8.
21. Dixon WG, Abrahamowicz M, Beauchamp ME, et al.: 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* 2012; 71: 1128–33.
22. Hensor EMA, Emery P, Bingham SJ, Co-naghan PG and the YEAR Consortium: Discrepancies in categorizing rheumatoid arthritis patients by DAS-28(ESR) and DAS-28(CRP): can they be reduced? *Rheumatology* 2010, 49: 1521–9.
23. de Vries MK, van Eijk IC, van der Horst-Bruinsma IE, Peters MJ, Nurmohamed MT, Dijkmans BA, Hazenberg BP, Wolbink GJ: 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* 2009, 61: 1484–90.
24. Lindqvist UR, Alenius GM, Husmark T, Theander E, Holmström G, Larsson PT; Psoriatic Arthritis Group of the Society for Rheumatology: The Swedish early psoriatic arthritis register – 2-year followup: a comparison with early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2008; 35: 668–73.
25. Nishimura K, Sugiyama D, Kogata Y, Tsuji G, Nakazawa T, Kawano S, Saigo K, Morinobu A, Koshiba M, Kuntz KM, Kamae I, Kumagai S. Meta-analysis: diagnostic accuracy of anti-cyclic citrullinated peptide antibody and rheumatoid factor for rheumatoid arthritis. *Ann Intern Med* 2007; 146: 797–808.
26. Hayashi N, et al.: 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* 2008; 18: 153–60.
27. Mailliefert JF, et al.: Prevalence of ANCA in a hospitalized elderly French population. *Clin Exp Rheumatol* 1997; 15: 603–7.
28. Shi W, et al.: Prevalence of lupus anticoagulant and anticardiolipin antibodies in a healthy population. *Aust N Z J Med* 1990; 20: 231–4.