



Behandlungspfad Gelenkschwellungen

Wofür Behandlungspfade?

Behandlungspfade grenzen sich ab von Leitlinien und erst recht von Richtlinien. Sie nutzen, sofern vorhanden, nationale und internationale Leitlinien.

Behandlungspfade entsprechen einer regionalen Absprache von Hausärzten aus Bremen und Umgebung. Sie sind ein Angebot zur Orientierung – ihre Befolgung ist in keiner Weise verpflichtend.

Sie sind mit einem Ablaufdatum versehen und werden laufend überarbeitet.

Welche Ziele soll der Pfad haben?

- ⇒ frühzeitiges Erkennen einer relevanten rheumatischen Erkrankung. Frühzeitige Therapie mit Basistherapeutikum, um Gelenkdestruktionen zu verhindern/aufzuhalten.
- ⇒ Erhalt von Kraft und Beweglichkeit bei den Patienten
- ⇒ Unnötige Überweisungen von Patienten mit Polyarthrose oder diffusen Schmerzzuständen reduzieren

Welche Leitlinien könnten hilfreich sein?

- LL AWMF rheumat. Arthritis <http://dgrh.de/leitliniefruehera.html>
- Clinical knowledge service Beratungsanlass www.nhs.cks.org

Welche Kennzahlen/Qualitätsindikatoren eignen sich zur Evaluation der Zielerreichung?

- Anteil der Patienten mit Basistherapie,
 - die regelmäßige Laborkontrollen haben
 - die eine schriftliche Information zu ihrem Basismedikament erhalten haben (beides, sofern dieser Indikator klar den Hausärzten zugeordnet werden kann)
- Anteil der zum Rheumatologen Überwiesenen mit relevanten rheumatologischen Diagnosen (also nicht mit Fibromyalgie oder Heberden-Arthrose)
- Anteil Patienten mit Dauercortison-Therapie, bei denen eine Diskussion über eine Osteoporoseprophylaxe nachweislich dokumentiert wurde

Konkrete, praktische Zielsetzungen für das eigene Team:

- Die Ärzte legen fest, welche Patienten unter Basistherapie wie häufig welche Laborkontrollen brauchen und welcher Rheumatologe über deren Ergebnis in Kenntnis gesetzt werden soll.
- Die Ärzte markieren in der Software, mit welchen Medikamenten es relevante Interaktionen gibt
- Die MFAs erstellen eine Liste von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen



Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen
Woltmershauser Straße 215 A, 28197 Bremen Tel 0421 52079790, Fax 0421
52079791

Email: geschaefsstelle@hausarztverband-bremen.de Bremen, 10.08.2013

- Die MFAs rufen die Patienten an, wenn wieder eine Laborkontrolle dran ist – oder sprechen die Patienten darauf an, wenn die ein Rezept abholen.
- Patienten mit Rheumaschub bekommen innerhalb von 48 Stunden einen Termin

Gibt es eine Screeninguntersuchung?

⇒ Nein.

Wie und wie zuverlässig wird die Erkrankung oder die Ursache eines Behandlungsanlasses diagnostiziert?

ACR/EULAR Kriterien: bei 6 und mehr Punkten (von 0-6) eindeutig Rheuma.

http://dgrh.de/fileadmin/media/Praxis_Klinik/Leitlinien/2011/2_diagnose.pdf

Anamnestische Fragen: Morgensteifigkeit, Symptombdauer, Familienanamnese

- Gelenkbeteiligung (je nach Art und Zahl der betroffenen Gelenke max 5 Punkte)
- serologische Parameter (Rheumafaktor [O-III-Labor!] und ACPA je nach Titerhöhe max. 3 Punkte),
- Akutphasereaktion (1 Punkt für erhöhtes CRP bzw. BSG)
- Dauer der Arthritis (1 Punkt für Beschwerden 6 Wochen oder länger)

Wonach sollen die Patienten gefragt werden?

- Nach den EULAR-Kriterien nach Morgensteifigkeit,
- Symptombdauer,
- Familienanamnese
- Medikamenten- Verträglichkeit (unter MTX Zungenbrennen, Husten)
- Ihr Wissen über MTX- /Prednisolon-/NSAR- Therapie <http://dgrh.de/1024.html>
- Standardisierte Funktionsfragebögen:
 - Health Assessment Questionnaire – HAQ (Fragebogen zum Gesundheitszustand – Fragen Schwierigkeiten beim Anziehen, Waschen, Greifen etc.)
 - Hannover Funktionsfragebogen (Fragen nach Brot streichen, Heben von 10 kg, Strümpfe-Anziehen etc.)Beide Bögen frei erhältlich unter <http://dgrh.de/leitliniefruehera.html>

Welche körperlichen Untersuchungen sind sinnvoll?

- Gelenkstatus,
- Schleimhäute,
- Gesamtstatus

Welche technischen Untersuchungen sollen bei den Patienten durchgeführt werden?

- Labor nach Empfehlungen je nach Basistherapeutikum
<http://dgrh.de/therapieueberwachen.html>



Gibt es einen Untersuchungsbefund, der eine Therapie nach sich zieht?

- Typischer Gelenkstatus in Kombination mit Entzündungs-Labor => Anbehandlung mit NSAR/Paracetamol
- Bei eindeutiger Rheuma-Konstellation Fax mit wichtigen anamnestischen und diagnostischen Daten an Rheumatologen oder – bei genügend eigenen Kenntnissen und Erfahrungen - selbst mit MTX 25 mg/Woche + Folsäure behandeln.

Welche Empfehlungen zur nicht medikamentösen Therapie sollten gegeben werden?

- Physiotherapie
- Bewegung

Welche Empfehlungen sollen zur medikamentösen Therapie gegeben werden?

- Schubbehandlung mit 20 mg Prednisolon nur, wenn Diagnose gesichert ist
- Bei eindeutiger Konstellation Beginn mit MTX 25 mg

Gibt es sinnvolle Zielwerte/Behandlungsziele?

- Beschwerdefreiheit
- Senkung der Häufigkeit von Schüben
- Keine Gelenkdestruktion

Welches sind die Medikamente der 1. Wahl?

- Im Schub Prednisolon 20 mg
- Als Basistherapeutikum MTX

Welches ist das Medikament der 2. Wahl?

- Bei MTX-Versagen Kombination mit niedrig dosiertem Prednisolon¹ – oder Triple-Therapie mit MTX, Sulfasalazin und Hydroxychloroquin².

Welches sind Medikamente der Reserve?

- Biologika

Besonderheiten einzelner Medikamente?

- Siehe <http://dgrh.de/therapieueberwachen.html>



Welche Kontroll-Untersuchungen sind unter Therapie erforderlich?

- <http://dgrh.de/therapieueberwachen.html>

Wie häufig sollen Kontroll-Messungen erfolgen?

- Siehe <http://dgrh.de/therapieueberwachen.html>

Wann spricht man von einer Remission?

⇒ wenn mehr als 2 Kriterien über 2 Monate lang erfüllt sind:

1. morgendliche Gelenksteife < 15 Minuten
2. kein Auftreten von Ermüdung
3. keine Gelenkschmerzen
4. keine druckschmerzhaften Gelenke, kein Gelenkschmerz bei Bewegung
5. keine Gelenkschwellungen
6. BSG < 30 bei Frauen, < 20 bei Männern

Wann kann MTX beendet werden?

- Wenn Patient 5 Jahre in Remission und
- darüber aufgeklärt, dass das Risiko eines Rezidives im Vergleich zu Placebo von 22 auf 38% ansteigt.

Schnittstelle zu Spezialisten

- Wenn Erfordernis von Bildgebung bei V.a. Destruktionen
- Wenn nicht genügend Erfahrungen zum Umgang mit MTX bestehen und eine Behandlung mit PCM oder NSAR nicht genügt.
- Wenn unter Behandlung mit MTX und vorübergehend Prednisolon bei typischer Konstellation durch den Hausarzt keine eindeutige Besserung eintritt => Rheumatologe

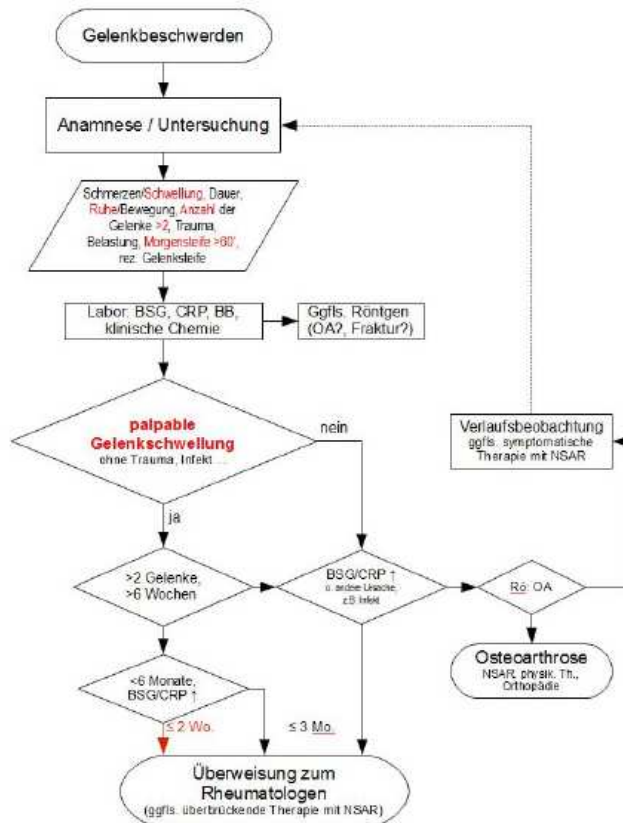
Wann sollte eine Einweisung erfolgen?

- Bei septischem Bild
- Wenn ein Patient nicht mehr gehen/sich selbst nicht mehr versorgen kann
- Bei schweren MTX-Kombinationen (Pneumonitis)



Der Algorithmus entstammt der LL frühe rheumatoide Arthritis

Wir weichen hinsichtlich der Schnittstelle zum Rheumatologen insofern davon ab, als wir auch Hausärzten eine Behandlung mit MTX und Prednisolon konzedieren – entsprechende Kenntnis und Erfahrung vorausgesetzt.





Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen
Woltmershauser Straße 215 A, 28197 Bremen Tel 0421 52079790, Fax 0421
52079791

Email: geschaeftsstelle@hausarztverband-bremen.de Bremen, 10.08.2013



Erarbeitet beim Etelsen-Seminar 2011, neu zusammengefasst von Günther Egidi am 20.3.2012, diskutiert und überarbeitet beim Etelsen-Seminar 2012, beschlossen beim Etelsen-Seminar am 7.6.2013 von Karl Barcikowski, Ruben Bernau, Jürgen Biesewig-Siebenmorgen, Günther Egidi, Matthias Ertel, Mark Falkenstein, Claudia Kampmann, Ralf Kampmann, Bernhard Lache, Gabriel Rogalli, Holger Schelp, Guido Schmiemann, Jörg Schnakenberg, Wolfgang Trescher, Stefan Zutz

¹ Boers M, van Tuyl L, van den Broek M, Kostense PJ, Allaart CF. Ann Rheum Dis. 2013;72:406-9

² O'Dell J, Mikuls T, Taylor T et al. Therapies for Active Rheumatoid Arthritis after Methotrexate Failure NEJM 2013 DOI: 10.1056/NEJMoa1303006