



Klinik und Poliklinik für Rheumatologie /
Klinische Immunologie

Jahresbericht 2014



Klinik für Rheumatologie / Klinische Immunologie
Kooperationsklinik der Universität Regensburg

Kaiser-Karl V.-Allee 3 · 93077 Bad Abbach
Tel.: 0 94 05/18-22 49 Fax: 0 94 05/18-29 00
akut.badabbach@asklepios.com
www.asklepios.com/badabbach

 **ASKLEPIOS**
Klinikum Bad Abbach

 **UR**
Universität Regensburg

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort
1.	Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Rheumatologie
	Chefarzt Leitender Oberarzt, Oberärzte Assistenten Sekretärinnen Pflegedienst Labor
2.	Gliederung und Leistungsstatistik
	A. Stationen B. Zentrale Patientenaufnahme C. Funktionsabteilung D. Ambulanzen E. Tagesklinik / Infusionsstation F. Labor G. Hauptdiagnosen H. Diagnosis Related Groups (DRGs) I. Die 10 häufigsten Prozeduren J. Entfernungstatistik der eingewiesenen Patienten K. Internistische Konsiliardienste L. Dienste der Klinik und Poliklinik für Rheumatologie M. Kontinuierliche Evaluation der Patientenzufriedenheit
3.	Pressespiegel
4.	Weiterbildung
5.	Studentenausbildung, Besprechungen, Konferenzen
6.	Fortbildungsveranstaltungen
7.	Publikationen
	A. Originalarbeiten und Übersichtsartikel B. Kongressbeiträge C. Vorträge D. Forschungsförderung und Studien E. Gutachtertätigkeit
8.	Gütesiegel
9.	Fachartikel: Verdacht auf „Rheuma“

LIEBE LESERINNEN, LIEBE LESER,

Sie halten den Jahresbericht der Klinik und Poliklinik für Rheumatologie/Klinische Immunologie des Asklepios Klinikums Bad Abbach in den Händen, der die wichtigsten Kennzahlen, Ereignisse und Entwicklungen der Klinik für das Jahr 2014 zusammenfasst. Dieses Jahr war für die Klinik in jeder Beziehung ein sehr erfolgreiches Jahr, was sich in den Zahlen zur Patientenversorgung, den Präsentationen und Publikationen wissenschaftlicher Ergebnisse sowie den sehr guten Evaluationen im Studentenunterricht widerspiegelt.

Die Anzahl von behandelten ambulanten und stationären Patienten wurde im Vergleich zum Vorjahr erneut gesteigert. Trotz der gestiegenen Patientenzahlen und der damit verbundenen Leistungsverdichtung besteht weiterhin eine sehr große Patientenzufriedenheit, die sich auch in den positiven Evaluationsbeurteilungen und einem Gütesiegel durch den Verband der rheumatologischen Akutkliniken in Deutschland ausdrückt. Sehr positive Bewertungen wurden auch von den Studierenden für unsere Lehrveranstaltungen ausgesprochen, die im Rahmen des Medizinstudiums in der Rheumatologie angeboten werden. Besonders erfreulich ist die weiter gestiegene Zahl von PJ-Studentinnen und PJ-Studenten, die sich für eine Ausbildung in unserer Klinik im Rahmen des Praktischen Jahres entschieden haben.

Als akademische Kooperationsklinik besteht ein großes Interesse an grundlagenorientierter und klinischer Forschung. Hier konnten im letzten Jahr neue Ergebnisse auf nationalen und internationalen Fachkongressen präsentiert und in zahlreichen Publikationen vorgestellt werden.

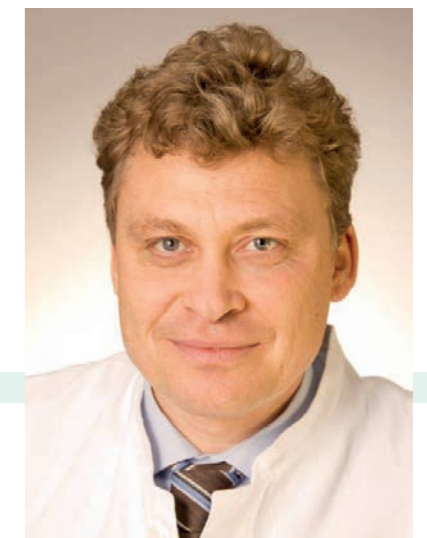
Diese außergewöhnlichen Leistungen lassen sich nur in einem besonders motivierten Team erzielen. Mein ausdrücklicher Dank gilt deshalb allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für das besondere Engagement!

Für die anstehenden Herausforderungen ist die Klinik bestens vorbereitet, was einen positiven Ausblick auf das Jahr 2015 erlaubt.

Mit besten Grüßen aus Bad Abbach,
Ihr



Prof. Dr. med. Martin Fleck



1. MITARBEITER DER KLINIK UND POLIKLINIK FÜR RHEUMATOLOGIE / KLINISCHE IMMUNOLOGIE IM JAHR 2014

Chefarzt

Prof. Dr. med. Martin Fleck Internist / Rheumatologe / Klinische Immunologie DGFI

Leitender Oberarzt

Dr. med. Wolfgang Hartung Internist / Rheumatologe / Chirotherapie / Sportmedizin

Personaloberarzt

PD Dr. med. Boris Ehrenstein Internist / Rheumatologe / Infektiologie

Funktionsoberärzte

Dr. med. Rotraud Wallisch	Internistin / Rheumatologin	
PD Dr. med. Georg Pongratz	Internist / Rheumatologe	ab 01.04.2014
Dr. med. Michael Kirsch	Internist / Nephrologe / Rheumatologe	ab 01.04.2014 – 30.06.2014

Assistenten

Frau Nelly Beitinger	
Dr. med. Petra Lehmann	bis 03.01.2014
Dr. med. Sandra Weigand	bis 31.03.2014
Dr. med. Michael Kirsch	bis 31.03.2014
Frau Emmanuelle Le Bras	bis 21.03.2014
Dr. med. Valentin S. Schäfer	bis 30.09.2014
Dr. med. Mohammed Al Suwaidi	
Dr. med. Bianca Bach	
Dr. med. Harald A. Fahn	
Dr. med. Florian Günther	
Dr. med. Jochen Grassinger	bis 07.04.2014
Dr. med. Daniel Heudobler	07.04.2014 – 30.09.2014
Herr Martin Wiendl	ab 01.05.2014
Dr. med. Felicia Alina Petrisor	ab 01.06.2014
Dr. med. Elke Schmid	ab 01.07.2014 – 31.08.2015
Dr. med. Vanessa Jantsch	ab 01.10.2014
Dr. med. Daniela Sporrer	ab 01.10.2014

Sekretariat Prof. Dr. Fleck

Elisabeth Reiß Chefsekretärin

Sekretärinnen

Oberarztsekretariat	Melanie Bierek	
Hochschulambulanz	Susanne Dürmayer	
Hochschulambulanz	Magdalena Judemann	
Hochschulambulanz	Bianca Pongratz	
Hochschulambulanz	Stefanie Zwack	
Hochschulambulanz	Stefanie Azzarone	
Hochschulambulanz	Stephanie Klewer	
Hochschulambulanz	Tanja Zellner	ab 01.07.2014
Schreibbüro	Anneliese Geiger	
Schreibbüro	Petra Hermann	
Schreibbüro	Karin Krebs	
Schreibbüro	Sabine Wallner	

Funktionsabteilung / Zentrale Patientenaufnahme

Alexandra Höchtl	Abteilungsleitung	
Cornelia Gödert	KS	
Tanja Zellner	KS	bis 30.06.2014
Inge Reitinger	KS	
Ute Kratzel	KS	
Rosie Manasieva-Imstetter	KS	ab 15.03.2014

1. MITARBEITER DER KLINIK UND POLIKLINIK FÜR RHEUMATOLOGIE / KLINISCHE IMMUNOLOGIE IM JAHR 2014

Pflegedienst Station 43 und 44

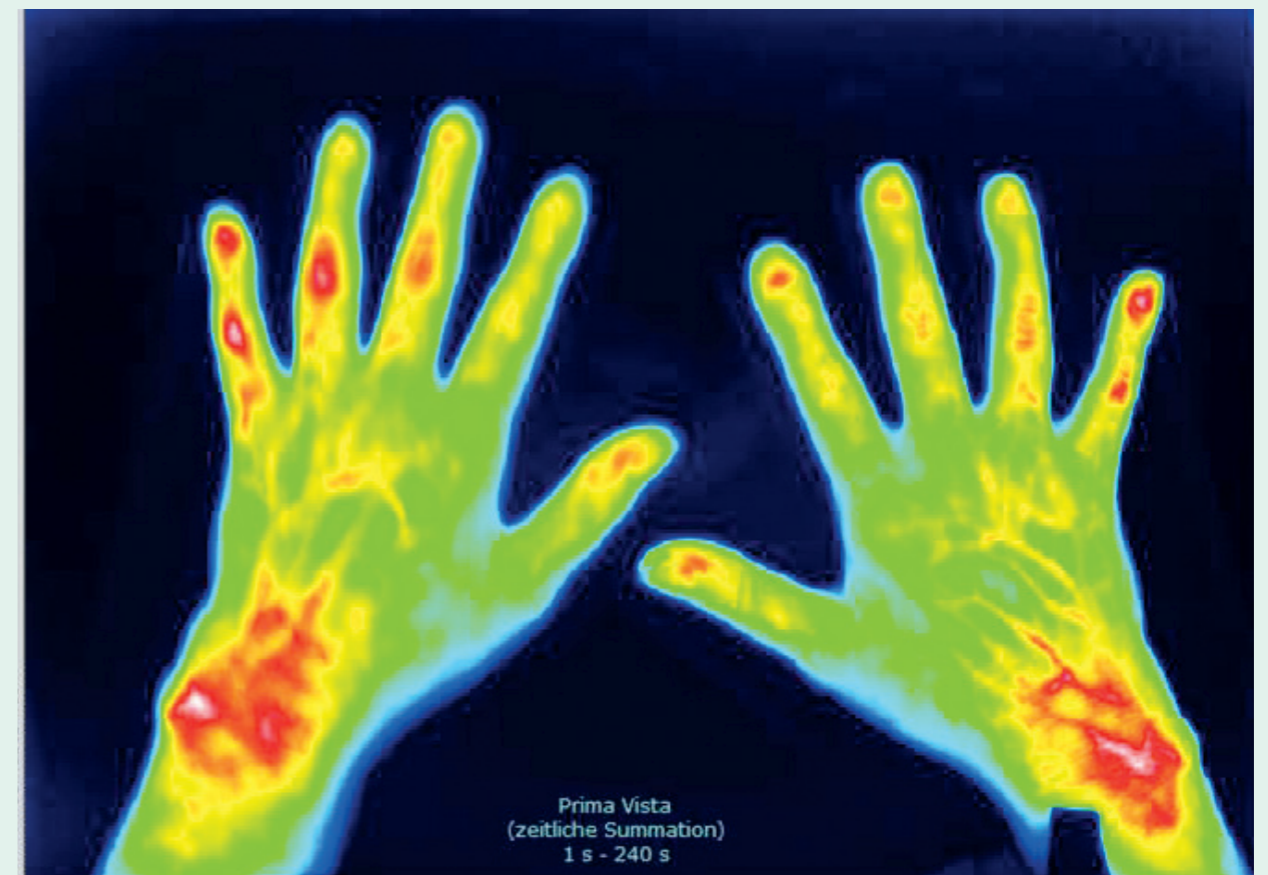
Doris Lehmann	Stationsleitung	
Anne-Rose Amann	KS	
Katharina Aslan	KS	Mutterschutz
Carola Baudner	KS	
Heidi Buchner	KPH	
Duresjana Cermjani	KPH	bis 31.08.2014
Waltrud Dauerer	KS	
Stefanie Diaz	KS	
Beate Drechsler	KS	
Swetlana Ebel		ab 01.05.2014
Kathleen Flöter	KS	
Silvia Huber	APf	
Mathias Huwe	KPf	
Petra Kauer		ab 01.10.2014
Stefanie Königsberger	KPH	ab 01.06.2014
Tatjana Kowschik	KPH	
Traudl Kreidl	KS	
Ingrid Lube	KS	bis 31.01.2014
Angela Markelstorfer	KS	
Ina Mender	KS	Elternzeit
Natalia Reich	KS	
Gerda Reitinger	KS	
Ines Schlegelmilch	KS	bis 31.01.2014
Denise Stark	KS	bis 30.04.2014
Teske Gabriele	KS	
Silvia Weichselbaumer	KS	
Maria Wimmer		ab 01.01.2014
Dagmar Zündorf	KS	
Patrick Stadlbauer	Patientenservice	bis 31.03.2014
Anna-Maria Gmeiner	Patientenservice	bis 31.03.2014
Carina Fuchs	Patientenservice	01.04. – 31.07.2014
Sophie Knispel	Patientenservice	05.05 – 31.07.2014
Jeniffer Holler	Patientenservice	01.10. – 31.12.2014
Angela Paddeu	Patientenservice	ab 01.09.2014

Pflegedienst Station 45

Sarah Kraus	KS	
Maria Kriegler	stellv. Stationsleitung	
Julia Dietz	APf	
Anna Koschevnikov	APf	ab 01.01.2014
Verena Jonat	KS	Mutterschutz
Carolin Schlupf	KS	ab 01.05.2014
Renate Scholz	KS	
Sabine Zimny	KS	
Nadine Danek	Patientenservice	
Kathrin Huber	Patientenservice	ab 01.05.2014

Pflegedienst Abkürzungen

KS = Krankenschwester
 KPf = Krankenpfleger
 KPH = Krankenpflegehelfer
 APf = Altenpflegerin



2. GLIEDERUNG UND LEISTUNGSSTATISTIK DER KLINIK

A. Stationen 43, 44, 45 und 46

Schwerpunkt: Rheumatologie und klinische Immunologie

Bettenzahl: 97
 Fallzahlen der Stationen: 2.332 Fälle
 Berechnungs-/Belegungstage: vollstationär 19.158 Tage
 mittlere Verweildauer: 8,22 Tage

Schwerpunkt: Hämatologie

Bettenzahl: 7
 Fallzahlen der Station: 139 Fälle
 Berechnungs-/Belegungstage: vollstationär 1.479 Tage
 mittlere Verweildauer: 10,6 Tage

B. Zentrale Patientenaufnahme

	stationäre Fälle	vorstationäre Fälle	Orthopädie 2
I. Quartal	584	34	26
II. Quartal	572	34	24
III. Quartal	598	29	15
IV. Quartal	578	21	25
Gesamt	2332	118	90



C. Funktionsabteilung

Untersuchungen stationärer Patienten

	I. Quartal	II. Quartal	III. Quartal	IV. Quartal	Gesamt
Gastroskopie	79	35	52	47	213
Rektoskopie und Coloskopie	55	20	42	23	140
zusätzl. Ruhe-EKG	31	17	20	28	96
Langzeit-EKG	21	9	18	10	58
Belastungs-EKG	2	1	0	0	3
Langzeit-RR	17	3	7	10	37
Lungenfunktion	680	462	559	532	2233
DXA-Messung	451	288	325	347	1411
Gelenkpunktionen	342	225	158	219	944
Knochenmarkpunktion	16	12	15	7	50
Lumbalpunktion	3	0	3	0	6
Pleurapunktion	0	1	2	0	3
TEE	0	0	0	1	1
Weichteilpunktion	15	3	2	6	26
ZVK-Anlage	2	2	3	1	8
Kapillarmikroskopie	67	34	52	46	199
Bioimpedanz	45	15	29	14	103
Rheumascan	1	0	1	0	2
Aszitespunktion	0	0	3	0	3

Sonographien stationärer Patienten

	I. Quartal	II. Quartal	III. Quartal	IV. Quartal	Gesamt
Abdomen	520	310	452	412	1694
Gelenke	3.884	3.157	4.708	4.784	16.533
Herzecho	176	111	157	99	543
Schilddrüse	17	5	19	7	48
Beinvenen	14	7	10	8	39
Dopplersono	118	64	165	122	469
Pleura	303	13	14	12	342
Weichteile	32	27	51	43	153

D. Ambulanzen**Rheumatologische Hochschulambulanz**

	Patienten	Besuche
I. Quartal	1.012	1.226
II. Quartal	905	1.191
III. Quartal	889	1.219
IV. Quartal	721	1.035
Gesamt	3.527	4.671

Untersuchungen ambulanter Patienten

	I. Quartal	II. Quartal	III. Quartal	IV. Quartal	Gesamt
Gastroskopie	0	1	1	1	3
Coloskopie	0	0	0	1	1
Gelenkpunktionen	131	103	59	79	372
Lungenfunktion	89	75	79	61	304
DXA-Messung	101	63	58	53	275
Weichteilpunktion	16	0	3	2	21
Kapillarmikroskopie	14	8	12	6	40
Ruhe-EKG	11	5	4	13	33
Rheumascan	1	0	0	1	2

Sonographien ambulanter Patienten

	I. Quartal	II. Quartal	III. Quartal	IV. Quartal	Gesamt
Abdomen	43	27	53	43	166
Gelenke	1.493	1.467	1.647	1.253	5.860
Echo	18	9	19	10	56
Schilddrüse	3	4	3	4	14
Beinvenen	2	3	3	2	10
Dopplersono	27	17	29	50	123
Pleura	25	5	9	15	54
Weichteile	30	36	42	40	148

E. Tagesklinik / Infusionszentrum

Zeitraum	Patienten
I. Quartal	362
II. Quartal	315
III. Quartal	323
IV. Quartal	302
Gesamt	1.302

F. Labor**Personal**

Margit Dollinger	MTA, Leitung
Cornelia Thomas	MTA
Rita Eckstein	Arzthelferin
Helga Eichhammer	Arzthelferin
Birgit Hofmann	MTA
Elfriede Weber	Arzthelferin
Ileana Denk	MTLA
Gisela Ergesi	MTLA
Alexandra Ried	Arzthelferin
Lilli Tolkmid	MTA Elternzeit
Eleonore Burger	Arzthelferin
Christine Eichhammer	Arzthelferin
Evelyne Konvalinka	MTLA
Beate Bertsch	MTA ab 07.05.2014

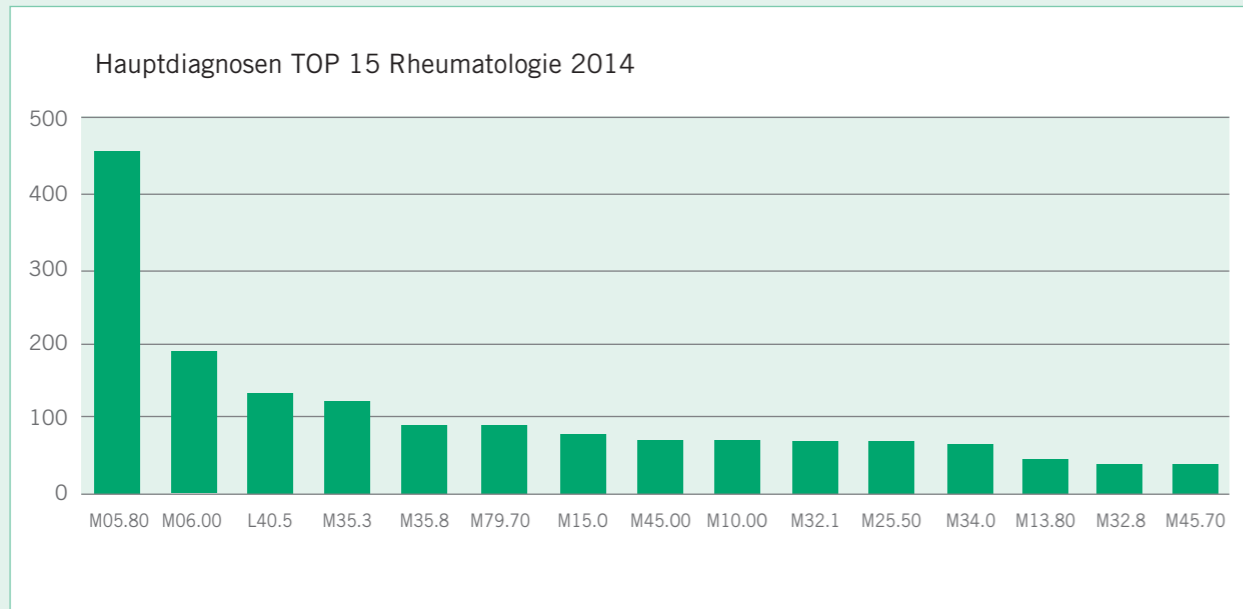
Leistungen gesamt

	Anzahl
Blutentnahmen	39.077
Klinische Chemie / Gerinnung	324.734
Blutbild	32.672
Immunologie / Synovia-Analysen	108.060



G. Hauptdiagnosen

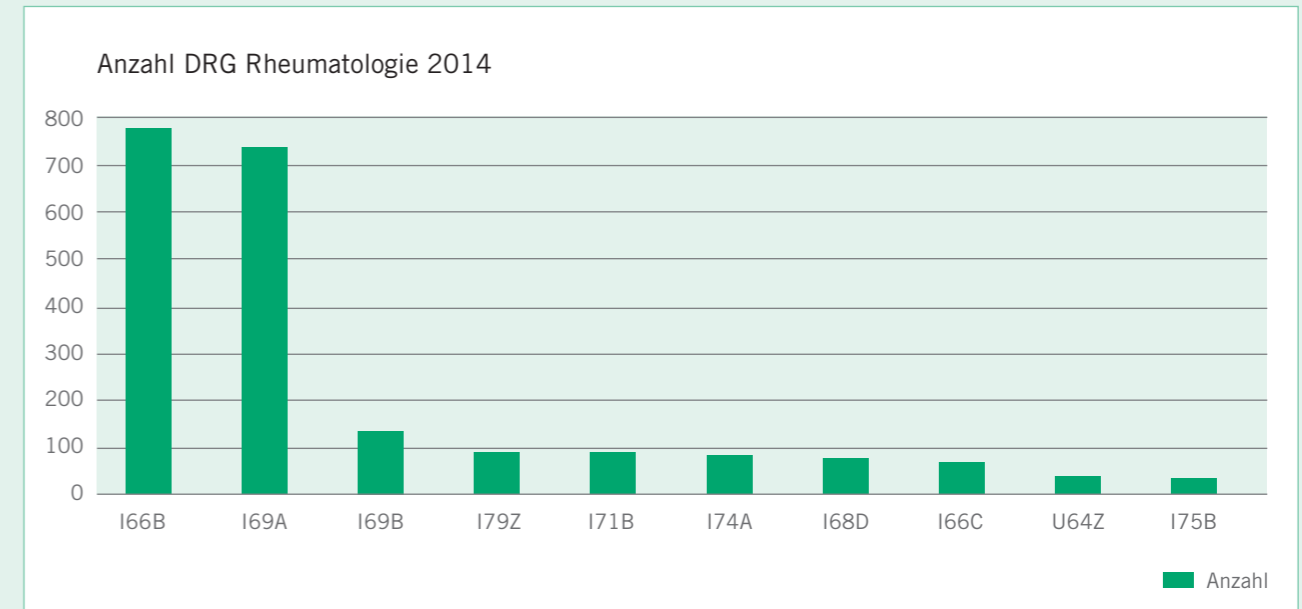
Die 15 häufigsten Hauptdiagnosen



Anzahl	ICD	Klartext
459	M05.80	Sonstige seropositive chronische Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen
188	M06.00	Seronegative chronische Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen
133	L40.5	Psoriasis-Arthropathie
127	M35.3	Polymyalgia rheumatica
92	M35.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
92	M79.70	Fibromyalgie: Mehrere Lokalisationen
75	M15.0	Primäre generalisierte (Osteo-) Arthrose
65	M45.00	Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
64	M10.00	Idiopathische Gicht: Mehrere Lokalisationen
59	M32.1	Systemischer Lupus erythematoses mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen
58	M25.50	Gelenkschmerz: Mehrere Lokalisationen
57	M34.0	Progressive systemische Sklerose
44	M13.80	Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Mehrere Lokalisationen
42	M32.8	Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematoses
42	M45.07	Spondylitis ankylosans: Lumbosakralbereich

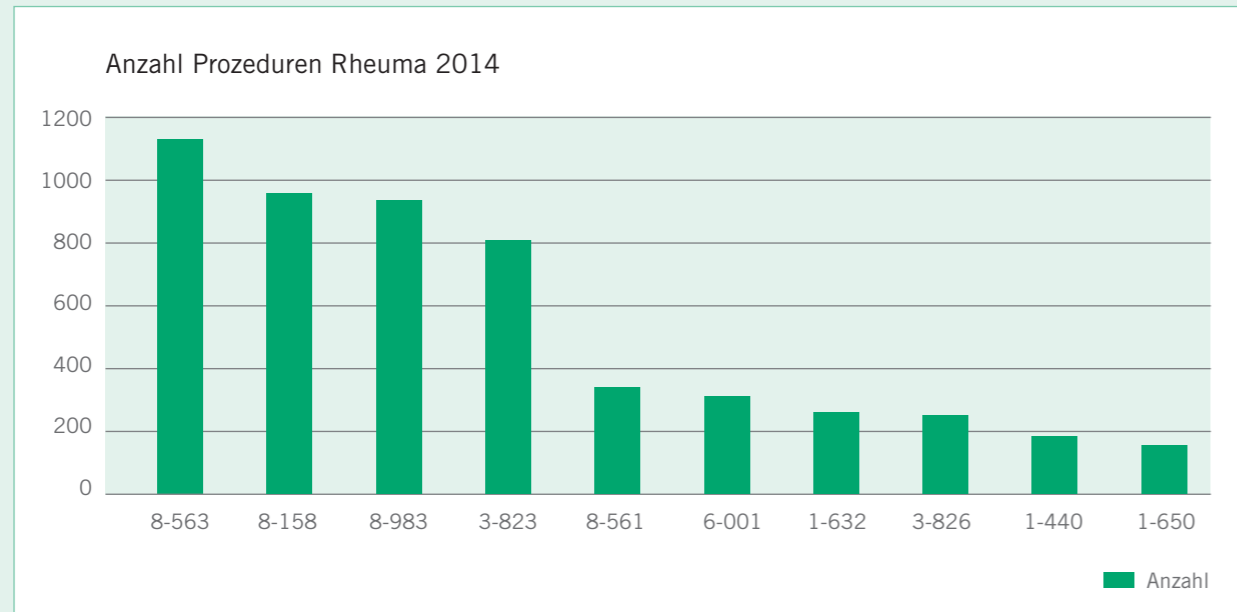
H. Diagnosis Related Groups (DRGs)

Die 10 häufigsten DRGs nach Behandlungsfällen kumuliert



Anzahl	DRG 2013	Klartext DRG 2014
772	I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals
735	I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenkrankungen bei Para- / Tetraplegie
121	I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose
92	I79Z	Fibromyalgie
91	I71B	Muskel- und Sehnenkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
89	I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien
67	I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verl. im WS-Bereich, mehr als ein Belegungstag, bei and. Femurfraktur, Alt. < 65 J., mit schw. CC, oh. auß. schw. CC, auß. b. Para- / Tetraplegie, auß. b. Diszitis od. infek. Spondylopathie, oh. kompl. Diagn.
61	I66C	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag
36	U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
21	I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC

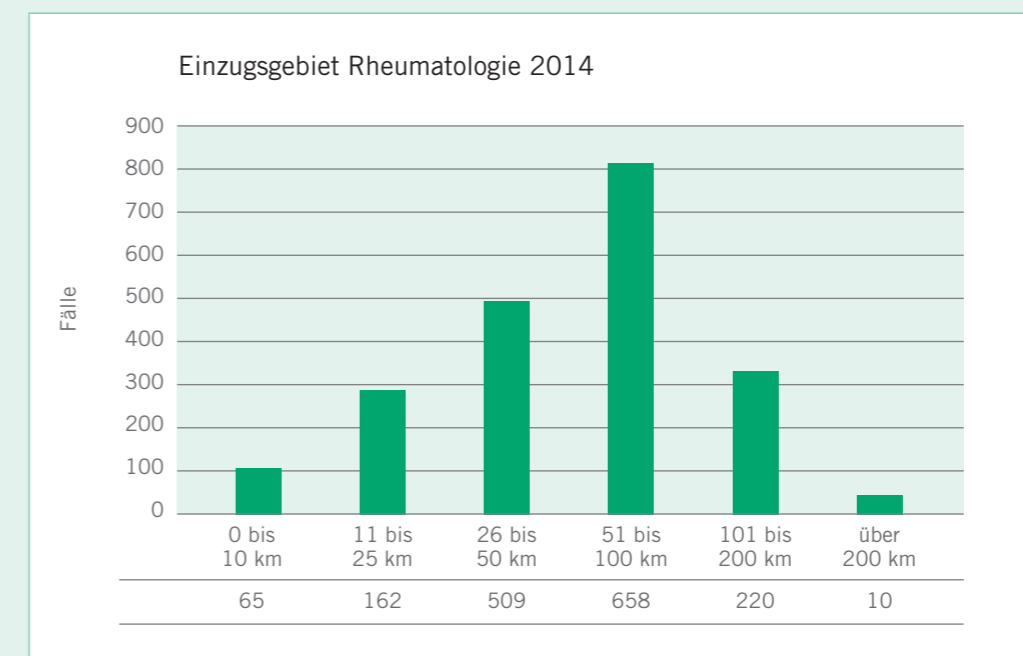
I. Die zehn häufigsten Prozeduren



Anzahl	OPS 2014	Klartext OPS 2014
1129	8-563	Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung
945	8-158	Therapeutische perkutane Punktion eines Gelenkes
920	8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
804	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
323	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie
279	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1
231	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
226	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel
190	1-440	Endoskopische Biopsie am oberen Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
156	1-650	Diagnostische Endoskopie des unteren Verdauungstrakts



J. Entfernungstatistik der stationär eingewiesenen Patienten



K. Internistische Konsiliardienste

1. Stationäre Patienten

	Orthopädische Universitätsklinik	Reha- Orthopädie	Orthopädie 2	Reha- Innere	Konsil- Ambulanz
Konsile gesamt	166	14	8	5	0
Abdomensonographie	31	0	4	1	0
Schilddrüsenonographie	0	0	0	0	1
Gelenksonographie	135	27	12	0	53
Beinvenensonographie	57	0	0	1	0
Armvenensonographie	2	0	0	0	0
Beinarterienonographie	7	0	0	0	0
Carotisdoppler	5	0	0	0	0
Halsgefäße	4	0	0	0	0
EKG	3	32	1	0	0
Herzecho	17	0	0	1	0
LZ-EKG	1	6	0	0	0
LZ-RR	3	11	0	0	0
Lungenfunktion	1	4	0	8	0
Gastroskopie	3	2	0	1	0
Coloskopie	0	0	1	0	0
Gelenkpunktion	2	1	0	0	0
Kapillarmikroskopie	0	0	0	6	0
TEE	0	0	0	0	0
DXA	0	100	3	192	295
Aszitespunktion	0	0	0	0	0

2. Ambulante Patienten

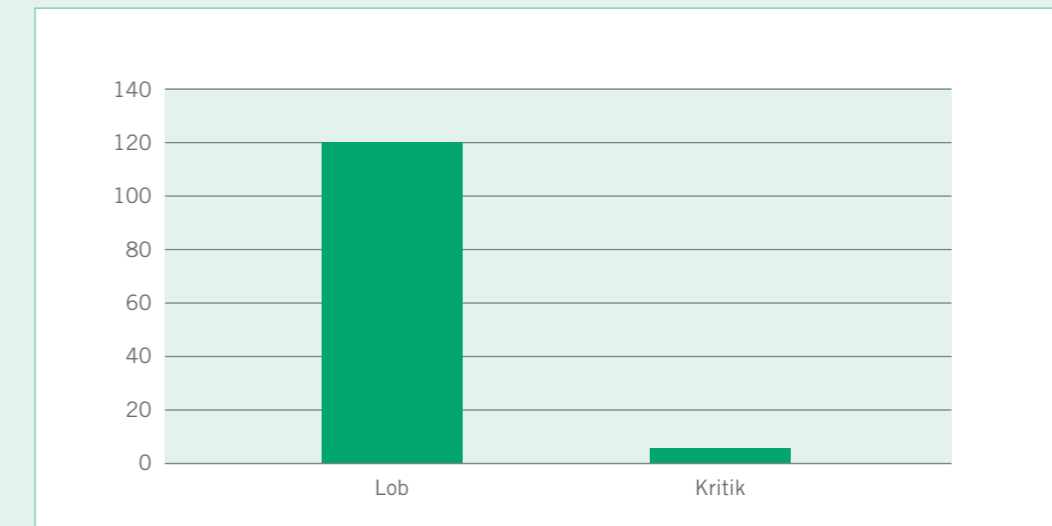
Orthopädische Universitätsklinik	
Konsile gesamt	102
Abdomensonographie	9
Beinvenensonographie	10
Beinvenenduplex	8
Beinarterienduplex	1
Echokardiographie	2
Gelenksonographien	30

L. Dienste der Klinik und Poliklinik für Rheumatologie / Klinische Immunologie

1. Bereitschaftsdienst (Assistenten der Klinik, gemeinsam mit der Klinik für Rehabilitation)
2. Hintergrunddienst (Fachärzte der Klinik)

M. Kontinuierliche Evaluation der Patientenzufriedenheit

Anzahl der Rückmeldungen: 126



3. PRESSESPIEGEL

Interview Spiegel-Online

Infektionskrankheiten: „Fieber ist sinnvoll“

Hilft erhöhte Temperatur gegen Krankheitserreger? Oder sollte man sie senken? Ein Immunologe erklärt, warum es meist besser ist, Fieber auszuhalten – und wann es nötig ist, einen Arzt aufzusuchen.

SPIEGEL ONLINE: Sollten sich Kranke freuen, wenn sie während einer Infektion Fieber bekommen?

Fleck: Fieber ist per se positiv, denn es hilft, Infektionen zu bekämpfen und sie rasch loszuwerden. Deshalb ist es auch nicht sinnvoll, bei jedem Fieber die Temperatur zu senken.

SPIEGEL ONLINE: Ist wissenschaftlich belegt, dass Menschen Infektionen schneller loswerden, wenn sie Fieber haben?

Fleck: Es ist schwierig, kontrollierte Studien mit dieser Fragestellung beim Menschen durchzuführen, weil

es viele Einflussfaktoren gibt. Aber allein die Evolutionsgeschichte zeigt, dass Fieber sinnvoll ist. Es hat sich über Millionen von Jahren gehalten, nicht nur bei Säugetieren, sondern auch bei Reptilien, Amphibien und sogar wirbellosen Tieren. Die Fieberreaktion konnte sich nur durchsetzen, weil sie einen Überlebensvorteil bringt.

SPIEGEL ONLINE: Wir erklären Sie sich die Wirkung?

Fleck: Fieber beschleunigt die Immunantwort, Infektionserreger werden rascher eliminiert. Im Tierversuch, in dem sich die Bedingungen viel besser kontrollieren lassen als beim Menschen, konnte gezeigt werden, dass

Infektionen länger dauern, wenn man das Fieber unterdrückt. Deshalb erscheint es nicht sinnvoll, bei ansonsten gesunden Menschen das Fieber zu senken, weil sie dann Infektionen eher verschleppen.

SPIEGEL ONLINE: Es gibt aber durchaus Ärzte, die Fieber grundsätzlich mit Medikamenten senken...

Fleck: Leider gibt es fast einen Automatismus: Wird bei einem Patienten erhöhte Temperatur festgestellt, geben Ärzte ihm schnell Paracetamol oder ein anderes Medikament zum Fiebersenken. Im Krankenhaus ist das manchmal sinnvoll, denn häufig haben die Patienten zusätzliche andere Krankheiten, zum Beispiel ein schwaches Herz, Nieren- oder Lungenerkrankungen. Fieber belastet den Kreislauf, denn die Herzfrequenz und das Blutvolumen, das transportiert wird, erhöhen sich. Außerdem geht viel Flüssigkeit verloren. Das ist ein Grund, die Temperatur medikamentös zu senken – allerdings sollte das auch in der Klinik von Fall zu Fall abgewogen werden.

SPIEGEL ONLINE: Wenn ich ansonsten gesund bin und dann mit 39 Grad Fieber und einer Atemwegsinfektion im Bett liege – aushalten oder Fieber senken?

Fleck: Ich würde empfehlen, die Fieberepisode auszuhalten. Wenn ein Patient aber zum Beispiel sehr unter Kopfschmerzen leidet, kann er die Temperatur auch mal medikamentös senken. Das sollte man jedoch nicht standardmäßig bei jedem grippalen Infekt tun, da hier das Fieber sowieso nur kurz anhält.

SPIEGEL ONLINE: Warum ist man so fertig, wenn man Fieber hat?

Fleck: Das liegt daran, dass der Körper die Energiereserven umverteilt und sie vor allem ins Immunsystem steckt. Die Energie, die der Muskulatur zur Verfügung steht, schwindet – und auch diejenige für das Gehirn. Deshalb nimmt auch unsere geistige Fähigkeit während des Fiebers ab, oft kann man noch nicht einmal ein Buch lesen.

SPIEGEL ONLINE: Viele Arbeitnehmer schlucken Medikamente und gehen trotzdem zur Arbeit...

Fleck: Ich sehe, dass Patienten Angst um ihren Arbeitsplatz haben und sagen, sie könnten sich Fehlzeiten nicht erlauben. Das Verhalten ist aus medizinischer Sicht aber falsch. Auch das Fieber zu senken und dann arbeiten zu gehen, ist medizinisch nicht sinnvoll. Arbeitgeber sollten froh sein, wenn ein Mitarbeiter mit Fieber nicht zur Arbeit kommt – vor allem, weil dann keine Kollegen angesteckt werden können.

SPIEGEL ONLINE: Ab welcher Temperatur handelt es sich um Fieber?

Fleck: Es gibt keine einheitliche Definition. Allerdings spricht man ab 37,7 Grad Celsius am Nachmittag, gemessen im Mund oder rektal bei eigentlich gesunden Personen, von febriler Temperatur. Die Temperatur, die sich unter der Achsel messen lässt, kann bis zu ca. 1,5 Grad Celsius niedriger ausfallen.

SPIEGEL ONLINE: Ab wann sollte man bei Fieber einen Arzt aufsuchen?

Fleck: Wenn das Fieber länger als 48 Stunden anhält und Begleitsymptome wie Kopfschmerzen, Durchfall, Schmerzen beim Wasserlassen oder eitriger Auswurf auftreten, sollte man auf jeden Fall zum Arzt gehen. Diese Symptome können auf eine bakterielle Infektion hinweisen. Dann ist es sinnvoll, Antibiotika einzunehmen. Die meisten Infektionen, bei denen Fieber auftritt, sind allerdings Virusinfektionen, gegen die es keine Medikamente gibt. Die braucht der Patient meistens auch nicht – der Körper wird mit diesen Virusinfekten in der Regel rasch allein fertig.

SPIEGEL ONLINE: Was kann sonst Fieber auslösen?

Fleck: Länger anhaltendes oder wiederkehrendes Fieber kann selten durch Krebs oder Autoimmunerkrankungen wie Kollagenosen, Gefäßentzündungen oder entzündliche Darmerkrankungen verursacht werden. Häufiges Fieber findet sich aber auch bei sogenannten Fiebersyndromen und Erkrankungen des Immunsystems.

SPIEGEL ONLINE: Es kursieren viele Hausmittel gegen Fieber – was ist von Wadenwickeln zu halten?

Fleck: Sie sind durchaus wirksam, um die Körpertemperatur etwas abzusenken. Allerdings ist ein Fiebersenken, gleichgültig ob durch Wadenwickel oder Medikamente, wenn jemand sonst gesund ist, eigentlich nicht erforderlich. Es ist eine falsche Annahme zu denken, dass man schneller gesund wird, wenn man Fieber senkt. Das Gegenteil ist der Fall – eine Infektion schleppt sich dann mit höherer Wahrscheinlichkeit länger hin. Aber, wenn ich mich sehr elend fühle und unbedingt das Fieber senken will, kann ich es durch Wadenwickel mit weniger Nebenwirkungen tun, als durch Medikamente.

SPIEGEL ONLINE: Warum eigentlich nicht Kopfwickel? Am Kopf fühlt man die Hitze doch am stärksten?

Fleck: Die feuchten Wickel entziehen dem Körper durch die Verdunstung Wärme. Deshalb ist eine größere Körperoberfläche erforderlich.

SPIEGEL ONLINE: Eine andere Volkswisheit besagt, man solle viel Schwitzen bei einer Grippe?

Fleck: Ich würde nicht empfehlen, in die Sauna zu gehen. Die Menschen sehen seit Jahrhunderten Schwitzen als gutes Zeichen an, weil es ein Signal dafür ist, dass die Körpertemperatur absinkt und der Gesundungsprozess eingesetzt hat.

SPIEGEL ONLINE: Klingt paradox. Wenn es einem heiß ist, schwitzt man doch?

Fleck: Beim Schüttelfrost entsteht durch das Muskelzittern Wärme. Die Körpertemperatur steigt, das ist ein schlechtes Zeichen. Durch das Schwitzen dagegen kühlt sich der Körper. Wenn Sie die Infektion überstanden haben, schwitzen Sie und die Temperatur geht runter.

SPIEGEL ONLINE: Das Schwitzen geht dem Temperaturanstieg voraus?

Fleck: Ja, und es unterstützt ihn durch die Verdunstungskälte.

SPIEGEL ONLINE: Also ist es sinnlos, sich unter Bergen von Decken zu legen, um mehr zu schwitzen und damit die Infektion besser bekämpfen zu können?



Zu hohe Körpertemperatur: Fieber unterdrücken kann die Krankheit verschleppen

Fleck: Künstlich zu schwitzen, macht keinen Sinn. Das Schwitzen zu unterstützen und so zu denken, man könne das Fieber senken, funktioniert nicht.

SPIEGEL ONLINE: Die meisten Menschen schwören auf heißen Tee bei Infektionen – auch Unsinn?

Fleck: Heißer Tee tut gut, weil der aufsteigende Dampf die Schleimhäute befeuchtet. Das hilft, weil diese austrocknen bei Infektionen. Außerdem verliert der Körper durch das Fieber viel Flüssigkeit. Dagegen hilft aber zu trinken, auch kalte Getränke. Aber das sind symptomatische Maßnahmen, die ändern am Fieber nichts.

SPIEGEL ONLINE: Warmes Bier wird manchmal empfohlen?

Fleck: Das hilft der Brauerei. Warmes Bier, heiße Milch

mit Honig, warmer Apfelwein – manches schmeckt gruselig, das heißt aber nicht, dass es einen Einfluss auf die Infektion hat. Auf das Fieber hat es jedenfalls keines.

SPIEGEL ONLINE: Infektionen mit Fieber wird heute teilweise eine positive Wirkung zugeschrieben – zu Recht?

Fleck: In den Industrieländern haben wir heute viele Patienten mit Autoimmunkrankheiten – in Entwicklungsländern kommen diese dagegen kaum vor. Man kann spekulieren darüber, ob der Anstieg mit unserer westlichen Lebensweise und den gestiegenen Hygienestandards zusammenhängt. Es ist bestimmt von Vorteil, wenn das Immunsystem etwas gefordert wird. Allerdings gilt die Hygiene mit Recht als eine der größten Errungenschaften der Medizin. Sie hat wohl den

größten Anteil an der höheren Lebenserwartung heute im Vergleich zu früheren Jahrhunderten.

SPIEGEL ONLINE: Fieber wird langfristig, zum Beispiel im deutschen Wikipedia-Eintrag (http://de.wikipedia.org/wiki/Fieber#Fieber_und_Krebs) zum Thema, eine vorbeugende Wirkung gegen Krebs zugesagt – stimmt das?

Fleck: Das ist nicht durch Daten belegt. Solche Studien sind methodisch kaum machbar – wer weiß schon, welche Fieberepisoden er in seiner Kindheit hatte? Man müsste quasi Neugeborene aufnehmen und in einer Studie festhalten, wie oft sie Fieber haben – um dann Jahrzehnte später zu untersuchen, ob sie eine Tumorerkrankung bekommen. Das hat niemand systematisch untersucht, deshalb kann man dazu keine wissenschaftlich fundierte Aussage treffen.

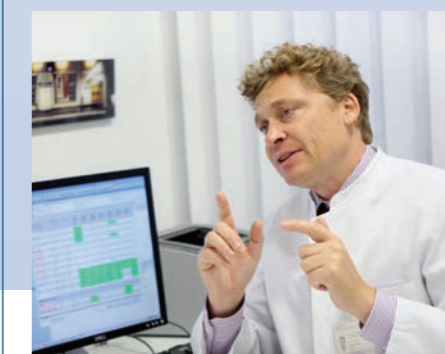
SPIEGEL ONLINE: Es gibt eine Bewegung von Impfkritikern, die behauptet, es sei besser Infektionen samt Fieber durchzumachen, als sich per Impfung dagegen zu schützen. Ist das aus Ihrer Sicht sinnvoll?

Fleck: Impfungen werden gegen schwer verlaufende Infektionserkrankungen durchgeführt und sind deshalb absolut zu empfehlen. Die gestiegene Lebenserwartung ist gerade auch auf den Erfolg dieser Impfungen zurückzuführen. Ich kann deshalb nur dazu raten, die von der ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen auch tatsächlich durchführen zu lassen.

Ein Interview von Frederik Jötten

Zur Person

Martin Fleck ist klinischer Immunologe und Professor am Uniklinikum Regensburg. Der Mediziner forscht zum Thema „Fieber unbekannter Ursache“.



3. PRESSESPIEGEL

29. Bad Abbacher Wintersymposium

Rheuma von allen Seiten beleuchtet



Die Referenten des Wintersymposiums 2014: Prof. Dr. Wolfgang Schmidt, Prof. Dr. Martin Fleck, Dr. Wolfgang Hartung, Dr. Michael Kirsch, Prof. Dr. Andreas Schäffler, Dr. Mohammed Al Suwaidi, Dr. Bianca Bach, Prof. Dr. Christoph Baerwald, Prof. Dr. Gernot Keyßer, Prof. Dr. Rainer H. Straub und PD Dr. Christof Iking-Konert (v.l.n.r.)

Über „Kontroversen in der Rheumatologie“ haben rund 100 Rheumatologen, Internisten und niedergelassene Ärzte beim 29. Wintersymposium in Bad Abbach diskutiert. Die gemeinsam vom Asklepios Klinikum Bad Abbach und dem Universitätsklinikum Regensburg organisierte Veranstaltung ist auch nach fast 30 Jahren bei den Experten äußerst beliebt.

Rheuma ist ein Leiden mit vielen Gesichtern, über vierhundert Krankheitsbilder verstecken sich hinter dem „Begriff“, erklärt Prof. Dr. Martin Fleck, Chefarzt der Klinik und Poliklinik für Rheumatologie / Klinische Immunologie am Asklepios Klinikum. Dazu zählen unter anderem die rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew oder Gefäß- und Bindegewebsentzündungen (Kollagenosen, Vaskulitiden). Gemein sind ihnen starke Schmerzen, die in Sehnen, Gelenken oder Muskeln auftreten, aber auch innere Organe können betroffen sein. Durch die Vielfalt des sogenannten rheumatischen Formenkreises gibt es „die eine“ Behandlung bei Rheuma nicht. „Einen genauen Befund zu erstellen, ist genauso schwierig wie wichtig, um die richtige Therapie zu finden.“ Ein Arzt sollte deshalb sowohl den Patienten als auch die aktuellen Entwicklungen in der Rheumatologie genau kennen. Mit dem Wintersymposium biete man Gelegenheit, sich über die neuesten diagnostischen Verfahren und Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und auszutauschen.

Bei der Themenauswahl achten die Organisatoren Prof. Fleck und Prof. Dr. Rainer H. Straub neben der Aktualität besonders auf Vorschläge der Teilnehmer. In diesem Jahr stand unter anderem die Bildgebung bei entzündlichem Weichteilrheuma (Polymyalgia rheumatica) auf dem Programm. Ob Ultraschalluntersuchungen zur Diagnosestellung sinnvoll sind, war hier die Frage. Außerdem wurden die Harnsäuresenkung als Primärprophylaxe bei Hyperurikämie und Biologika bei geriatrischen Patienten aus Pro- und Contra-Sicht erörtert. Die Teilnehmer konnten den hochkarätigen Referenten aus ganz Deutschland aber nicht nur zuhören, sondern sich auch selbst einbringen. Mit einem TED-System hatten sie die Möglichkeit, interaktiv ihre Meinung zu äußern, „um zu bewerten, aber auch, um eigene Erfahrungen einzubringen“, so Prof. Fleck. „Damit möchten wir dazu anregen, über jede Behandlungsentscheidung genau nachzudenken und wissenschaftlich stets auf dem neuesten Stand zu bleiben.“

Mit seinen Schwerpunkten und Diskussionen hat sich das Wintersymposium in Fachkreisen mittlerweile als Traditionsveranstaltung etabliert. Das Organisatoren-Team freut sich deshalb schon jetzt auf viele interessante Themen im Jubiläumsjahr 2015.



Interview Spiegel-Online

Pressemeldung Mittelbayerische Zeitung,



100 Rheuma-Experten berieten sich

BAD ABBACH. Beim 29. Wintersymposium ging es um Rheumatologie. 100 Rheumatologen, Internisten und Ärzte diskutierten. „Rheuma ist ein Leiden mit vielen Gesichtern, über vierhundert Krankheitsbilder verstecken sich hinter dem Begriff“, erklärt Prof. Martin Fleck, Chefarzt der Klinik und Poliklinik für Rheumatologie sowie Klinische Immunologie am Asklepios Klinikum. Dazu zählen unter anderem die rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew oder Gefäß- und Bindegewebsentzündungen. Gemeinsam seien ihnen starke Schmerzen, die in Sehnen, Gelenken oder Muskeln auftreten, aber auch Organe können betroffen sein.

Foto: Asklepios



Rheuma: Kontrovers diskutiert

Bad Abbach (rs). Über das Thema „Kontroversen in der Rheumatologie“ haben rund 100 Rheumatologen, Internisten und niedergelassene Ärzte beim 29. Wintersymposium diskutiert. Die gemeinsam vom Asklepios Klinikum Bad Abbach und dem Universitätsklinikum Regensburg organisierte Veranstaltung – im Bild die Referenten – ist auch nach fast 30 Jahren bei den Experten äußerst beliebt und das Jubiläumsjahr 2015 bereits in Planung.

Foto: Asklepios

Pressemeldung Rundschau Kelheim

Asklepios Klinik Bad Abbach wichtiger Pfeiler gegen Rheuma

Gesundheitsministerin Melanie Huml will, dass es Rheuma-Patienten in Bayern künftig besser geht. Das betonte sie gestern am Welt-Rheuma-Tag. Im Konzept der Ministerin spielt das Asklepios-Klinikum Bad Abbach eine wichtige Rolle.



Es ist eine der führenden Rheuma-Behandlungsstätten in Bayern. Das Klinikum dort wird derzeit erweitert und saniert. Der Freistaat fördert den Umbau mit über 47 Millionen Euro. Zum Klinikum Bad Abbach gehören ein Fachkrankenhaus für Rheumatologie und ein entsprechendes Reha-Zentrum. Pro Jahr werden 11.000 Patienten dort behandelt.

Pressemeldung Radio Charivari und GongFM,

4. WEITERBILDUNG

Facharzt und Zusatzbezeichnungen

Dr. Michael Kirsch, Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie
PD Dr. Georg Pongratz, Facharzt Innere Medizin und Rheumatologie

Habilitationen

PD Dr. Wolfgang Hartung, Habilitation

Promotionen

1. Doktorand (Cand. med.): Peschka J

Die Bedeutung der hormonalen und neuronalen Modulation des BAFF/BAFF-R Systems auf RA/OA Fibroblasten

Betreuer: PD Dr. Georg Pongratz, Dr. Torsten Lowin

Status: Ausarbeitung

2. Doktorand (Cand. med.): Deniffel D

BAFF Expression in synovialen Fibroblasten unter dem Einfluss von Steroidhormonen und Neurotransmittern

Betreuer: PD Dr. Georg Pongratz, Dr. Torsten Lowin

Status: Ausarbeitung

3. Doktorand (Cand. med.): Tareq-Marius A

Untersuchung der Expression von BAFF-R, BCMA und TACI auf synovialen Fibroblasten

Betreuer: PD Dr. Georg Pongratz, Dr. Torsten Lowin

Status: praktisch tätig

4. Doktorand (Cand. med.): Kuhn S

Untersuchung der Antikörperproduktion durch B-Zellen nach Stimulation mit IL-7

Betreuer: PD Dr. Georg Pongratz

Status: praktisch tätig

5. Doktorand (Cand. med.): Schwindel I

Untersuchung der Antikörperproduktion durch B-Zellen unter Einfluss des Endocannabinoidsystems

Betreuer: PD Dr. Georg Pongratz, Dr. Torsten Lowin

Status: praktisch tätig

6. Doktorand (Cand. med.): Bäumel M

Untersuchung der Modulation der BAFF Produktion in synovialen Fibroblasten durch neuroendokrine Faktoren

Betreuer: PD Dr. Georg Pongratz, Dr. Torsten Lowin

Status: praktisch tätig

7. Doktorand (Cand. med.): Wiest C

Untersuchung der Veränderung des Adrenoceptor Signalwegs in B-Zellen im Verlauf der murinen Kollagen-Typ II-induzierten Arthritis

Betreuer: PD Dr. Georg Pongratz

Status: Praktisch tätig

8. Doktorandin (Cand. med.): Schilder S

Therapie und Verlauf bei Patienten mit adultem M. Still.

Betreuer: PD Dr. Ehrenstein B, Prof. Dr. Fleck M

Status: Praktisch tätig

9. Doktorand (Cand. med.) Camerer M

Hochauflösender Ultraschall im Vergleich zum konventionellen Röntgen zur Detektion von Erosionen und Osteophyten am Mittelfuß bei Patienten mit rheumatoider Arthritis.

Betreuer: PD Dr. Hartung W

Status: Praktisch tätig

10. Doktorandin (Cand. med.) Christof D

Epidemiologie und klinische Befunde bei stationär behandelten Patienten mit Gichtarthritis.

Betreuer: PD Dr. Ehrenstein B, Prof. Dr. Fleck M

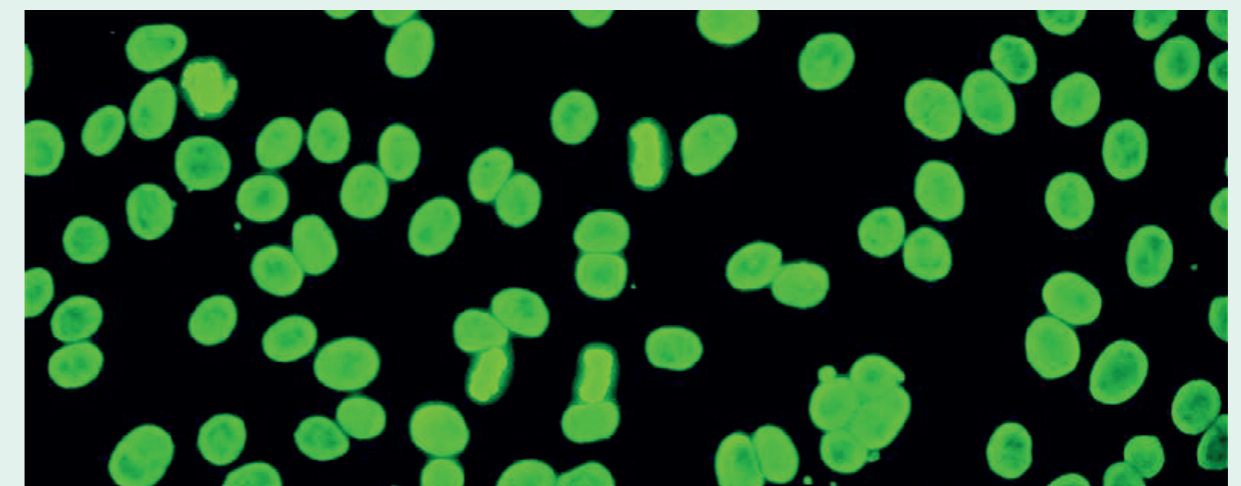
Status: Praktisch tätig

11. Doktorandin (Cand. med.): Schmidbauer M

Verlauf und Outcome von Schwangerschaften bei Patientinnen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Betreuer: Dr. Wallisch R, Prof. Dr. Fleck M

Status: praktisch tätig



5. STUDENTENAUSBILDUNG, BESPRECHUNGEN, KONFERENZEN

Lehrveranstaltungen, die von Mitarbeitern der Klinik durchgeführt wurden oder an denen sie beteiligt waren.

A. Vorlesungen und Kurse des Curriculums

Vorklinik: Berufsfelderkundung: Innere Medizin
 Vorlesungs-Nr. 54036
 Fleck M

1. Klinisches Studienjahr

Einführung in die klinische Medizin und Pathophysiologie
 Vorlesungs-Nr. 55150
 Fleck M

2. und 3. Klinisches Studienjahr

Innere Medizin: Differentialdiagnose und konservative Therapie
 (1 Std. pro Woche, 4 Semester, Vorlesung)
 Vorlesungs-Nr. 56187
 Fleck M

Rheumatologisches Praktikum im Rahmen des Blockpraktikums Innere Medizin I für Studenten im 3. Klinischen Semester (2 Wochen ganztägig)
 Vorlesungs-Nr. 55181
 Fleck M, Hartung W

Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie
 Vorlesungs-Nr. 55223
 Fleck M

Infektiologische Vorlesung/Kurs
 Vorlesungs-Nr. 55176
 Ehrenstein B



B. Ergänzende Unterrichtsveranstaltungen

Pathologie-Besprechung (Uniklinikum Regensburg)	Vorlesungs-Nr. 55431 jeden Freitag von 14.30 – 15.00 Uhr
Rheumatologisches Kolloquium (Uniklinikum Regensburg)	Vorlesungs-Nr. 55732 14-tägig, freitags 15.00 – 15.30 Uhr
Rheumatologische Visite (Uniklinikum Regensburg)	Vorlesungs-Nr. 56199 14-tägig, freitags 15.00 Uhr – 15.30 Uhr
Aktuelle Probleme in der Rheumatologie	Vorlesungs-Nr. 56228 jeden Mittwoch 16.00 – 17.00 Uhr
Röntgenbesprechung	Montag – Freitag von 8.00 – 8.15 Uhr
Patientenbesprechung	Montag – Freitag von 8.15 – 8.30 Uhr
Rheumatologie aktuell	Vorlesungs-Nr. 56183 1 Termin/Monat (1. Montag, 8.00 – 8.30 Uhr)
Regensburger Rheumatologen-Gespräch (RRG)	Fleck M, Straub RH 4 Termine pro Jahr
Infektiologisches Kolloquium	Ehrenstein B, Vorlesungs-Nr. 56197 jeden Mittwoch 17.00 – 18.00 Uhr
Rheumatologische Untersuchungstechniken	Vorlesungs-Nr. 56186 (nach Vereinbarung)
Bildgebende Diagnostik in der Rheumatologie	Vorlesungs-Nr. 56181 (nach Vereinbarung)

C. Studentinnen und Studenten im Praktischen Jahr

Herr cand. med. Thomas Artmann
 Frau cand. med. Friederike Brandt
 Herr cand. med. Sebastian Buschauer
 Herr cand. med. Magnus Diller
 Herr cand. med. Konstantin Drexler
 Herr cand. med. Pavle Khmaladze
 Herr cand. med. Rüdiger Schenk
 Herr cand. med. Ferdinand Schneider
 Frau cand. med. Kathrin Schucht
 Frau cand. med. Sabine Weber
 Frau cand. med. Rebecca Wiesmüller
 Frau cand. med. Stephanie Zimmermann

D. Famulantinnen und Famulanten

Frau cand. med. Tamara Finger
 Herr cand. med. Tobias Pindel

6. FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN

17. - 19.01.2014	Bad Abbacher Arthrosonokurse, Sonographie der Stütz- und Bewegungsorgane, Grundkurs
25.01.2014	29. Bad Abbacher Winter-Symposium, Kontroversen in der Rheumatologie
03.02.2014	Aktuelle Rheumatologie: PAH bei Sklerodermie: Prognoseverbesserung durch frühe DETECTION?
12.02.2014	Aktuelle Rheumatologie: Versorgung chirurgisch-orthopädischer Patienten im Bereitschaftsdienst / Versorgung komplex erkrankter internistischer Patienten im Bereitschaftsdienst am Beispiel der KMT-Patienten
10.03.2014	Aktuelle Rheumatologie: DRG-Update 2014
04. - 06.04.2014	Bad Abbacher Arthrosonokurse: Aufbaukurs
07.04.2014	Aktuelle Rheumatologie: Aktuelle Therapieempfehlungen des Diabetes mellitus
05.05.2014	Aktuelle Rheumatologie: Neue Antikoagulanzen
07.05.2014	Crashkurs „sonographiegesteuerte Punktion der Gelenke ISG und Hüfte“
11.05.2014	DEGUM Sono-Intensiv-Kurs 2014
02.06.2014	Aktuelle Rheumatologie: Aktuelle Forschungsprojekte in der Radiologie
07.07.2014	Aktuelle Rheumatologie: Aktuelles aus der Grundlagenforschung
04.08.2014	Aktuelle Rheumatologie: Rheumatologische Untersuchungstechniken: Schulter
01.09.2014	Aktuelle Rheumatologie: Aktuelle Publikationen in der Rheumatologie
06.10.2014	Aktuelle Rheumatologie: Hilfsmittelversorgung für Patienten mit rheumatischen Erkrankungen
03.11.2014	Aktuelle Rheumatologie: Rheumatologische Untersuchungstechniken: Rücken
28. - 29.11.2014	Bad Abbacher Arthrosonokurse: Abschlusskurs
01.12.2014	Aktuelle Rheumatologie: Aktuelle Publikationen in der Rheumatologie
10.12.2014	Regensburger Rheumatologengespräch: ACR-Nachlese



7. PUBLIKATIONEN 2014

A. Originalarbeiten und Übersichtsartikel

1. Pongratz G, Anthofer J, Melzer M, Anders S, Grässel S, Straub RH:

IL-7 receptor alpha expressing B cells act proinflammatory in collagen-induced arthritis and are inhibited by sympathetic neurotransmitters

Ann Rheum Dis 2014;73:306-312

2. Jenei-Lanzl Z, Grässel S, Pongratz G, Kees F, Miosge N, Angele P*, Straub RH* (*these authors contributed equally):

Norepinephrine inhibits mesenchymal stem cell and chondrogenic progenitor cell chondrogenesis and accelerates chondrogenic hypertrophy

Arthritis Rheumatol 2014;66:2472-2481

3. Pongratz G, Straub RH:

The sympathetic nervous response in inflammation

Arthritis Res Ther 2014, 16 (Suppl):504:1-12

4. Dornia C, Fleck M, Hartung W, Niessen C, Stroszczyński C, Hoffstetter P.

Magnetic Resonance Imaging of the Sacroiliac Joints in Patients with Suspected Spondyloarthritis – Comparison of Turbo Spin-Echo and Gradient-Echo Sequences for the Detection of Structural Alterations. Rofo. 2014 Nov 12

5. Hautmann AH, Schroeder J, Wild P, Hautmann MG, Huber E, Hoffstetter P, Fleck M, Girlich C.

Tumor-Induced Osteomalacia: Increased Level of FGF-23 in a Patient with a Phosphaturic Mesenchymal Tumor at the Tibia Expressing Periostin.

Case Rep Endocrinol. 2014;2014:729387

6. Schütz C, Fleck M, Schneck JP, Oelke M.

Killer artificial antigen presenting cells (KaAPC) for efficient in vitro depletion of human antigen-specific T cells.

J Vis Exp. 2014 Aug 11;(90):e51859

7. Weigand S, Fleck M.

Large vessel vasculitis.

Z Rheumatol. 2014 Jun;73(5):447-55; 456-457

8. Fleck M, Aries PM, Iking-Konert C.

Vasculitis: Update 2014.

Dtsch Med Wochenschr. 2014 Jun;139:1234-1236

9. Turner IH, Albrecht K, Fleck M, Gromnica-Ihle E, Kreyßer G, Köhler L, Kötter I, Krüger K, Kuipers J, Nüßlein H, Rubbert-Roth A, Wollenhaupt J, Schneider M, Manger B, Müller-Ladner U.

Evidence-based recommendations for the management of undifferentiated peripheral inflammatory arthritis (UPIA). The German perspective on the international 3e initiative.

Z Rheumatol. 2014 May;73:363-373

10. Weigand S, Ehrenstein B, Fleck M, Hartung W.

Joint involvement in patients with early polymyalgia rheumatica using high-resolution ultrasound and its contribution to the EULAR/ACR 2012 classification criteria for polymyalgia rheumatica.

J Rheumatol. 2014 Apr;41:730-734

11. Fleck M.

Are different temperatures in axillary and auricular measurement possible?

Dtsch Med Wochenschr. 2014 Feb;139:344

12. Le Bras E, Ehrenstein B, Fleck M, Hartung W.

Evaluation of ankle swelling due to Lofgren's syndrome: a pilot study using B-mode and power Doppler ultrasonography.

Arthritis Care Res (Hoboken). 2014 Feb;66:318-322

13. Pörings AS, Salzberger B, Veits L, Ehrenstein B, Hartung W, Fleck M.

Syphilitic Aortitis Mimicking Takayasu's Arteritis.

Case Reports in Clinical Medicine Vol.3 No.8, Pub.Date: August 7, 2014

14. Dejaco C, De Zordo T, Heber D, Hartung W, Lipp R, Lutfi A, Magyar M, Zauner D, Lackner A, Duftner C, Graninger WB, Hermann J.

Real-time sonoelastography of salivary glands for diagnosis and functional assessment of primary Sjögren's syndrome.

Ultrasound Med Biol 2014; 40:2759-2767

15. Hartung W.

Sonographische Diagnostik in der Rheumatologie.

Unimed Verlag Bremen (1. Auflage 2014), Kap. 4 Standard-schnittebenen.

16. Pauly D, Nagel BM, Reinders J, Killian T, Wulf M, Ackermann S, Ehrenstein B, Zipfel PF, Serka C, Weber BH.

A novel antibody against human properdin inhibits the alternative complement system and specifically detects properdin from blood samplers.

PLoS One 2014; 9:e96371

17. Ehrenstein B.

Häufige Infektionen bei Patienten mit einer rheumatisch-entzündlichen Grunderkrankung. Aktuelle Rheumatologie 2014; 39:170-174

18. Ehrenstein B.

Immunrekonstitutionssyndrom nach Absetzen von immunsuppressiver Therapie.

Zeitschrift für Rheumatologie 2014; 73:400-402

19. Ehrenstein B.

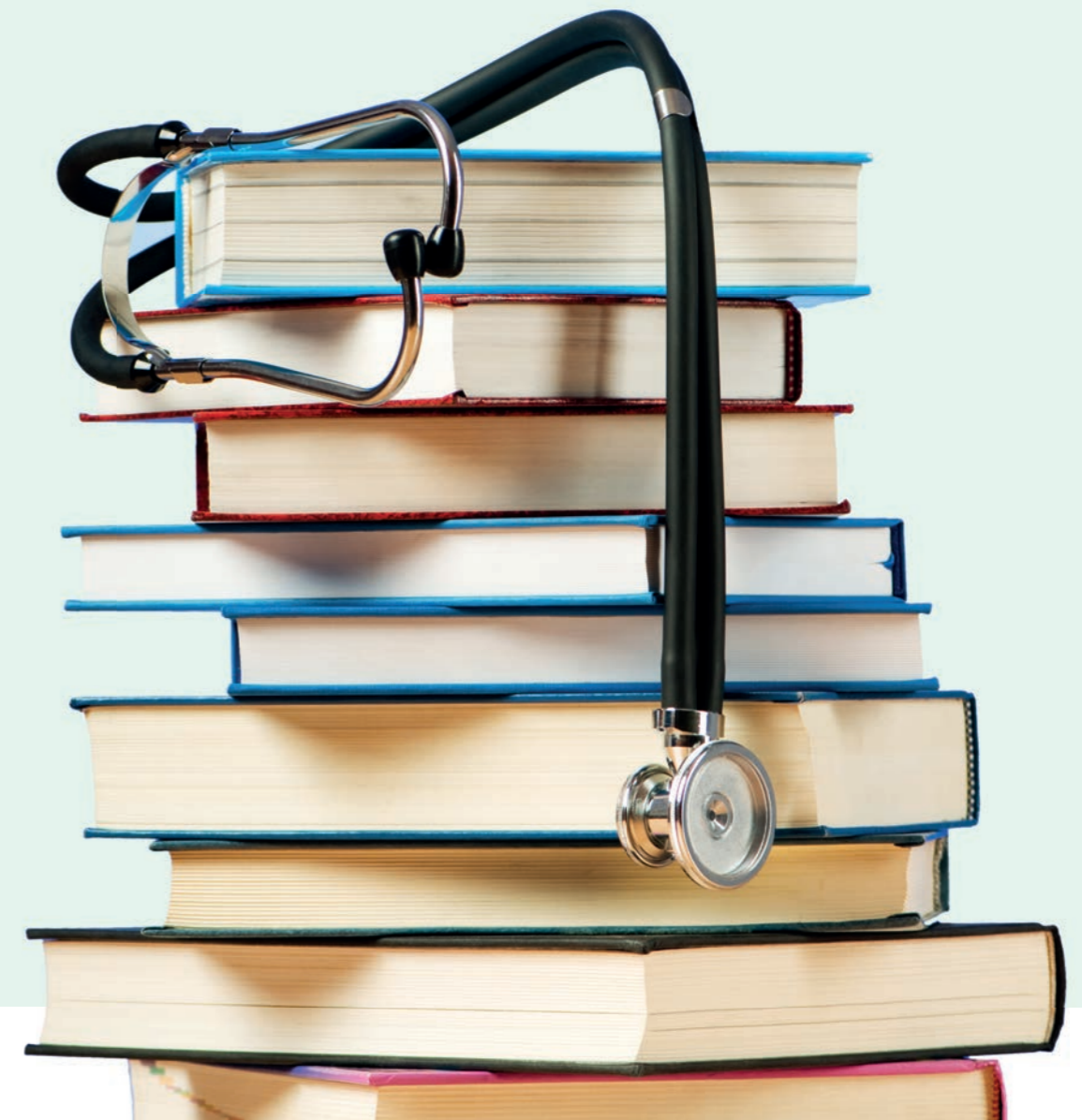
Verdacht auf "Rheuma" – Diagnostik und Erstmaßnahmen durch den Hausarzt.

Der Allgemeinarzt 2014; 36:14-21

20. Brännler T, Susweind M, Hoffmann U, Rockmann F, Ehrenstein B, Fleck M.

Patients with rheumatologic diseases admitted to the KU: Outcome and prognostic factors.

Internal Medicine 2014; Nov 28



B. Kongressbeiträge

Al Suwaidi M, Dollinger M, Fleck M, Ehrenstein B.

The reliability of a novel automated system for ANA immunofluorescence analysis in daily clinical practice. 120. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Wiesbaden, 26.-29.04.2014. Online Abstractband P98.

Le Bras E, Weigand S, Deml L, Halbritter D, Ehrenstein B, Hartung W, Fleck M.

Assessment of cytomegalovirus-specific T-cell responses upon initiation of immunosuppression in patients suffering from rheumatic diseases as novel approach for functional immune monitoring.

120. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Wiesbaden, 26.-29.04.2014. Online Abstractband P067.

Pongratz G, Wiest C, Melzer M, Straub RH (Posterpreis):

Beta-2 adrenoceptor signal is augmented in B cells in the course of arthritis and increasing IL-10

Arbeitsgruppentagung AKNEI der Dt. Ges. für Immunologie, 17.09.2014, Bonn

Jenei-Lanzl Z, Grässel S, **Pongratz G**, Kees F, Miosge N, Angele P, Straub RH:

TH+ neuronal cell therapy in murine antigen-induced arthritis

Arbeitsgruppentagung AKNEI der Dt. Ges. für Immunologie, 17.09.2014, Bonn

Al Suwaidi M, Ehrenstein B, Fleck M, Hartung W.

High resolution- and colour Doppler ultrasound of the ankle joint in patients with rheumatoid arthritis. What may we learn from sonography?

42. Kongress der Dt. Ges. für Rheumatologie; 17.-20.09.2014, Düsseldorf

Pongratz G, Kuhn S, Melzer M, Lowin T, Straub RH:

IL-7 modulates B cell immunoglobulin isotype production and increases B cell activating factor of the tumor necrosis factor family (BAFF) in synovial fibroblasts from osteoarthritis (OA) and rheumatoid arthritis (RA) patients.

78th Annual Meeting of the American College of Rheumatology, Boston, 14.-19.11.2014

Arthritis Rheumatol 2014;66(Suppl):S441-S442

Pongratz G, Wiest C, Melzer M, Straub RH:

β2 adrenoceptor signal is augmented in B cells in the course of arthritis to increase IL-10

78th Annual Meeting of the American College of Rheumatology, Boston, 14.-19.11.2014

Arthritis Rheumatol 2014;66(Suppl):S443

Pongratz G, Bäuml M, Späth T, Straub RH, Lowin T:

Sex steroids, interleukin-1, and interleukin-10 inhibit interferon-gamma (IFN-γ) induced B cell activating factor of the tumor necrosis factor family (BAFF) in human synovial fibroblasts

78th Annual Meeting of the American College of Rheumatology, Boston, 14.-19.11.2014

Arthritis Rheumatol 2014;66(Suppl):S867-S868

Al Suwaidi M, Ehrenstein B, Fleck M, Hartung W.

Asymptomatic versus symptomatic ankle joints in rheumatoid arthritis: a high resolution B-Mode and Power Doppler ultrasound study.

78th Annual Meeting of the American College of Rheumatology (ACR), 14.-19.11.2014, Boston, USA. Arthritis Rheum 2014; 66:S54

Haschka J, Rech J, Englbrecht M, Finzel S, Reiser M, Hueber AJ, Kleyer A, Tony HP, **Fleck M**, Manger K, Ochs W, Wendler J, Lorenz HM, Nüßlein H, Alten R, Demary W, Schett G:

Reducing therapy in rheumatoid arthritis patients in ongoing remission

78th Annual Meeting of the American College of Rheumatology, Boston, 14.-19.11.2014

Arthritis Rheumatol

2014;66(Suppl):S418

C. Vorträge

Hartung W

Bad Abbach, 17. – 19.01.2014

Bad Abbacher Arthrosonokurse – Grundkurs (DEGUM zertifiziert)

Fleck M

Regensburg, 22.01.2014

Klinik für Dermatologie, Uniklinikum Regensburg: IL-18 in den Indikationen CAPS, Gicht und SJIA – neue therapeutische Möglichkeiten

Hartung W

Bad Abbach, 25.01.2014

29. Bad Abbacher Winter-Symposium: Bildgebung bei Diagnosestellung einer Polymyalgia rheumatica: Contra

Bach B

Bad Abbach, 25.01.2014

29. Bad Abbacher Winter-Symposium: Fallpräsentation I

Al Suwaidi M

Bad Abbach, 25.01.2014

29. Bad Abbacher Winter-Symposium: Fallpräsentation II

Kirsch M

Bad Abbach, 25.01.2014

29. Bad Abbacher Winter-Symposium: Fallpräsentation III

Fleck M

München, 01.02.2014

Rheumatologisches Winter-Forum: ACR-Update – Teil 3: Kollagenosen und Vaskulitiden

Hartung W

Eisenberg, 01.02.2014

Sonographie in der Orthopädie: Kniesonographie Sonoanatomie, Grundkurs (DEGUM zertifiziert)

Hartung W

Regensburg, 07.02.2014

Sonographie bei rheumatoider Arthritis

Hartung W

Wiesbaden, 14.-16.02.2014

Arthrosonokurs, Grundkurs (DEGUM zertifiziert)

Fleck M

Würzburg, 15.02.2014

12. Tagung des Rheumazentrums: Rheumatisch-entzündliche Phänomene als Paraneoplasie

Wallisch R

Bad Abbach, 10.03.2014

DRG-Update 2014

Fleck M

Wuppertal, 21.03.2014

Diagnostik Update: Systemische Autoimmunerkrankungen

Hartung W

Stuttgart, 22.03.2014

Refresher Kurs Arthrosonographie: Sonographische Untersuchung von Hand- und Sprunggelenk

Hartung W

Stuttgart, 22.03.2014

Refresher Kurs Arthrosonographie: Sonographische Untersuchung bei entzündlich-rheumatischen Gelenkerkrankungen; Schwerpunkt sonographisch gesteuerte Punktion des SI-Gelenkes

Hartung W

Bad Abbach, 04. – 06.04.2014

Bad Abbacher Arthrosonokurse – Aufbaukurs (DEGUM zertifiziert)

Ehrenstein B

München, 05.04.2014

Rheumatologisch: Therapie der rheumatoiden Arthritis bei Niereninsuffizienz

Hartung W

Wiesbaden, 10.04.2014

120. DGIM Kongress 2014: Sonographie bei rheumatoider Arthritis

Fleck M

Nürnberg, 09. – 10.04.2014

Workshop zur therapierefraktären Gicht: HTT Gicht: Epidemiologie



C. Vorträge

Fleck M

Wiesbaden, 28.04.2014

120. DGIM Kongress 2014: Nebenwirkungen der antirheumatischen Therapie – Muskulatur, peripheres und zentrales Nervensystem

Hartung W

Wiesbaden, 29.04.2014

120. DGIM Kongress 2014: Sonographie bei rheumatoider Arthritis

Ehrenstein B

Wiesbaden, 29.04.2014

120. Kongress DGIM: Pflichtimpfung gegen Influenza für medizinisches Personal – Contra

Hartung W

Frankfurt a. Main, 23.05.2014

Sonorefresher: Was gibt's Neues in der Arthrosonographie update 2014

Hartung W

Frankfurt a. Main, 23.05.2014

Sonorefresher: Gelenk- und Weichteilsonographie: an der oberen Extremität mit dem Schwerpunkt „Schulter-Gelenk“

Fleck M

Limburg, 23. – 24.05.2014

Wissen.Schafft.Wissen, das wirkt: Rheumatoide Arthritis früh erkennen und adäquat behandeln

Alsuwaidi M

Paris, 12.06.2014

EULAR Kongress: A comorbid Sjögren patient – which organ has priority (I)?

Fleck M

Paris, 12.06.2014

EULAR Kongress: A comorbid Sjögren patient – which organ has priority (II)?

Fleck M

Berlin, 21.06.2014

AR:O.S.A.-Expertenworkshop: Das Makrophagen-Aktivierungssyndrom

Hartung W

Innsbruck, 27.06.2014

Musculoskeletal Sonography Course for Rheumatologists: Tendon and bursal pathologies at shoulder: tendinosis, paratenosis, tendon subluxation/luxation, intrasubstance tendon lesions, tendon impingement, tendon tears

Ehrenstein B

Bad Berka, 28.06.2014

Ärztliche Fortbildungsveranstaltung: Das Krankheitsbild der Gicht – Diagnostik und Therapie

Fleck M

Berlin, 05.07.2014

Novartis Highlights 2014: Awareness Autoinflammation

Hartung W

Augsburg, 09.07.2014

Crash Kurs Arthrosonographie: Was gibt es Neues in der Arthrosonographie 2014

Ehrenstein B

Bamberg, 12.07.2014

11. Fränkisches Rheumaforum: Therapieoptionen für Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen nach schweren Infektionen oder bei Infektanfälligkeit

Ehrenstein B

Regensburg, 16.07.2014

Fortbildung für Apotheker: Biologikatherapie in der Rheumatologie 2014: Welche Interaktion zwischen Patient, Apotheker, Hausarzt und Rheumatologe ist notwendig bzw. wäre wünschenswert?

Fleck M

Regensburg, 22.07.2014

Interdisziplinärer Vaskulitis Workshop: Etablierte vs. neue Therapiemodalitäten bei ANCA-assoziierten Vaskulitiden (Remissionsinduktion und -erhaltung)

Ehrenstein B

Regensburg, 22.07.2014

Interdisziplinärer Vaskulitis Workshop Nephrologie und Rheumatologie: Diagnostik bei V. a. Vaskulitis – Abklärung anderer Organmanifestationen inkl. neurologischer Beteiligung

C. Vorträge

Fleck M

Hof, 26.07.2014

Gesundheitstage: Psoriasisarthritis; Diagnostik und Therapie

Hartung W

Bad Abbach, 04.08.2014

Rheumatologische Untersuchungstechniken: Schulter

Hartung W

St. Gallen CH, 11.08.2014

Sonographie in der Rheumatologie update 2014

Günther F

Bad Abbach, 01.09.2014

Aktuelle Publikationen in der Rheumatologie

Schäfer V

Bad Abbach, 01.09.2014

Aktuelle Publikationen in der Rheumatologie

Hartung W

Düsseldorf, 06.09.2014

Bildgebungsworkshop: Workshop Sonographie gesteuerte Interventionen in der Rheumatologie

Hartung W

Düsseldorf, 18.09.2014

DGRh 2014: Ultraschall in der Rheumatologie „Quick and dirty“: In 5 Minuten zur Diagnose: Welche Schritte? Wann? Und wie?

Hartung W

Düsseldorf, 18.09.2014

DGRh 2014: Schulterschmerz: Sonographische Diagnose in 60 Sekunden?

Fleck M

Düsseldorf, 18.09.2014

DGRh 2014: Medikamente in und nach der Transition

Fleck M

Düsseldorf, 18.09.2014

DGRh 2014: Therapie digitaler Ulzerationen

Hartung W

Düsseldorf, 19.09.2014

DGRh 2014: Tenosynovialitis, ja oder nein? Immer Ärger mit den Retinacula

Hartung W

Düsseldorf, 19.09.2014

DGRh 2014: Erguss, Erosion ja oder nein? Pathologisch oder doch noch normal?

Ehrenstein B

München, 08.10.2014

Workshop: Tocilizumab: Sicherheit, s. c. Gabe & Therapie der frühen rheumatoiden Arthritis

Fleck M

Halle, 11.10.2014

6. Sachsen-Anhaltisches Rheumasymposium: Fieber in der Rheumatologie: Wann ist es ein Makrophagen-Aktivierungssyndrom?

Hartung W

Mannheim, 11.10.2014

„Rheumatologisch“ Intraartikuläre Injektionen bei rheumatoider Arthritis

Fleck M

Atzelsberg, 15.10.2014

IL-6 Forum: Zusammenfassung neuer Daten

Hartung W

München, 17.10.2014

Advanced Rheumatology: Arthrosonographie in der Rheumatologie

Ehrenstein B

Nürnberg, 25.10.2014

Rheumatologisch: Fallbericht Infektionen

Fleck M

Nürnberg, 25.10.2014

Rheumatologisch: Vorsitz und Moderation

Hartung W

Innsbruck, 30.10.2014

39. Dreiländertreffen DEGUM, ÖGUM, SGUM: Sehnenanatomie und Sehnenpathologie von der Hand bis zum Fuß

Hartung W, Berthold R

Innsbruck, 30.10.2014

39. Dreiländertreffen DEGUM; ÖSGUM, SGUM, MSK – Sonographie im Alltag „State of the Art“ und die „Orientierungshilfe für bildgebende Verfahren“ der SSK (Strahlenschutzkommission)

Hartung W

Bad Abbach, 03.11.2014

Rheumatologische Untersuchungstechniken: Rücken

Hartung W

Nürnberg, 18.11.2014

DGMG Tagung: Was gibt es Neues in der Diagnostik und Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen?

Hartung W

Bad Abbach, 28./29.11.2014

Bad Abbacher Arthrosonokurse – Abschlusskurs (DEGUM zertifiziert)

Ehrenstein B

Regensburg, 29.11.2014

Ostbayerischer Schmerztag: Einsatz von NSAR und Coxiben in der Rheumatologie – Was haben wir gelernt?

Fahn H

Bad Abbach, 01.12.2014

Aktuelle Publikationen in der Rheumatologie

Al Suwaidi M

Bad Abbach, 01.12.2014

Aktuelle Publikationen in der Rheumatologie

Fleck M

Frankfurt, 03.12.2014

Medical AdBoard „GPA/MPA MabThera“: Stellenwert von biosimilaren Antikörpern bei Autoimmunerkrankungen

Fleck M

Regensburg, 06.12.2014

ACR-Update: Kollagenosen & Vaskulitiden

Ehrenstein B

Regensburg, 06.12.2014

ACR-Update: Psoriasisarthritis & Spondyloarthritis

Fleck M

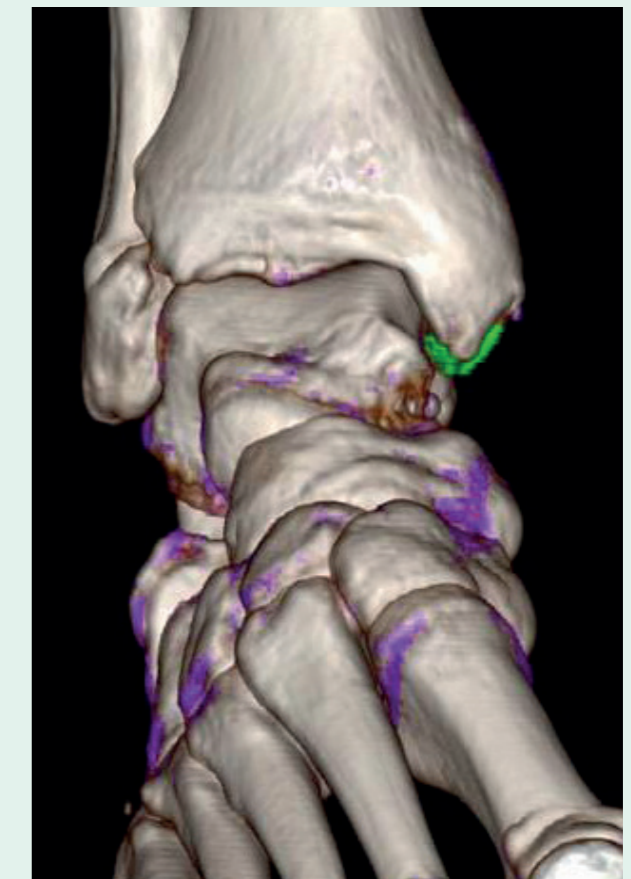
Bamberg, 13.12.2014

12. Bamberger Rheumasymposium: Entzündlicher Kreuzschmerz

Fleck M

Berlin, 18.12.2014

DGRh Leitlinienkommission: Gichtarthritis



D. Forschungsförderung und Studien



Addition of Rituximab to Leflunomide in Patients with Active Rheumatoid Arthritis

Prof. Fleck, Dr. Ehrenstein, Dr. Pongratz, Dr. Brühl, Dr. Schnoy

Randomisierte, doppelblinde Phase II Studie mit GP 2013 und Rituximab bei Patienten mit refraktärer oder intoleranter RA gegenüber Standard antirheumatischer Medikation und eine oder zwei anti TNF-Therapien

Prof. Fleck, Dr. Ehrenstein, Dr. Pongratz, Dr. Brühl

Random., double-blind, active-controlled study of canakinumab (ACZ 885) prefilled syringes or reconstituted lyophilizate vs. triamcinolon acetone for treating acute gouty arthritis flares in frequently flaring patients

Prof. Fleck, Dr. Ehrenstein, Dr. Pongratz, Dr. Brühl

A 36 week open label extension of CACZ 885H2361 on the safety and tolerability of canakinumab 150 mg s.c. pre-filled syringe in treating acute gouty arthritis flares in frequently flaring patients

Prof. Fleck, Dr. Ehrenstein, Dr. Pongratz, Dr. Brühl

Efficacy and safety of a sequential combination therapy with Rituximab and Tocilizumab in DMARDS -IR patients with RA, who had initially responded inadequately to Tocilizumab therapy

Prof. Fleck, Dr. Ehrenstein, Dr. Pongratz, Dr. Brühl

A Phase IIb, dose-ranging study to evaluate the efficacy and safety of Sifalimumab in adults with Systemic Lupus Erythematosus

Prof. Fleck, Dr. Ehrenstein, Dr. Pongratz, Dr. Brühl

Reduction of Therapy in RA Pat. in ongoing remission

Prof. M. Fleck, Dr. B. Ehrenstein, Dr. W. Hartung, Dr. R. Wallisch, Dr. S. Weigand, Dr. M. Kirsch

A random.,multi-centre, double-blind, active-controlled, parallelgroup study to assess the efficacy and safety of modified release prednisone(Lodotra) compared to immediate release prednisone in subjects suffering from PMR

Prof. M. Fleck, Dr. B. Ehrenstein, Dr. M. Kirsch

Vergleichende Bestimmung TB Antigen-spezifischer aktiver und Gedächtnis T-Helferzellen bei Patienten mit einer aktiven und latenten TB

Prof. Fleck

Pat. mit entzündlichen Rückenschmerzen (Alter < 45 Jahre) und Verdacht auf eine axiale Spondyloarthritis. Rückenschmerzen seit mind 3 J. und max. 24 Monaten

Dr. B. Ehrenstein, Prof. Fleck, Dr. Hartung

Phase III, multicenter, random., double-blind placebo-controlled study to assess the efficacy and safety of Tocilizumab in subjects with Giant Cell Arteritis

Prof. M. Fleck, Dr. B. Ehrenstein, Dr. W. Hartung, Dr. S. Weigand, Dr. M. Kirsch

Phase III, random., placebo-controlled study to evaluate the efficacy and safety of Abatacept s.c. injection in adults with Psoriatic Arthritis

Prof. M. Fleck, Dr. B. Ehrenstein, Dr. W. Hartung, Dr. S. Weigand, Dr. M. Kirsch

Prospektive random., doppelblinde und Placebo-kontrollierte kl. Studie mit Hydroxychloroquin(HCQ) bei Pat. mit erosiver Osteoarthritis der Hände

Prof. M. Fleck, Dr. B. Ehrenstein, Dr. W. Hartung, Dr. M. Kirsch

E. Gutachtertätigkeit für wissenschaftliche Zeitschriften

Prof. Dr. med. M. Fleck

Aktuelle Rheumatologie
Annals of the Rheumatic Diseases
Arthritis and Rheumatism
Clinical and Experimental Immunology
Clinical Rheumatology
Molecular Therapy
New England Journal of Medicine
Zeitschrift für Rheumatologie

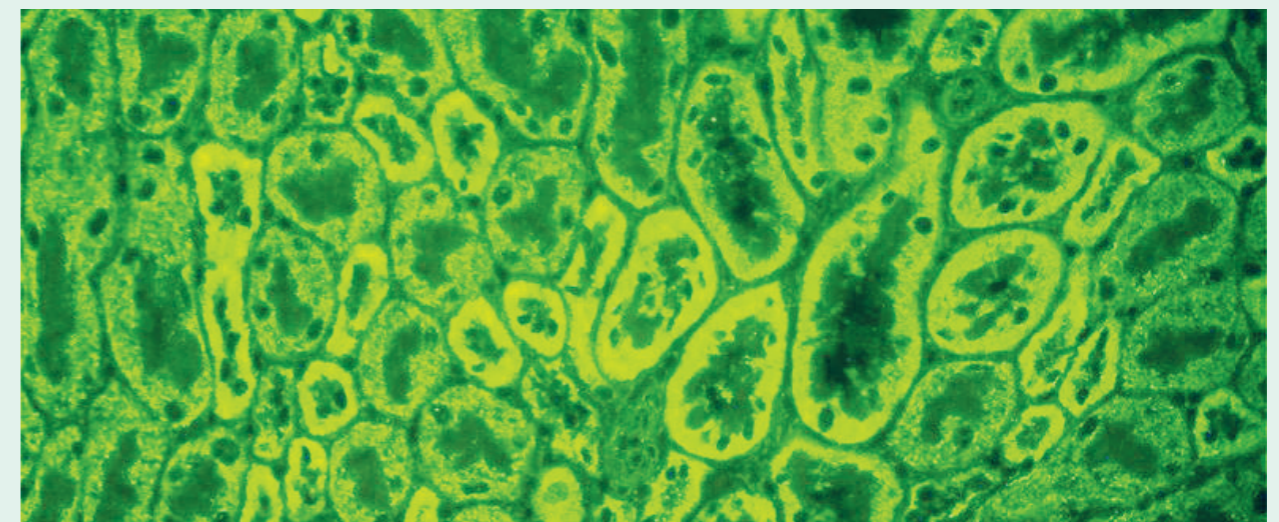
Dr. med. W. Hartung

Annals of Rheumatic Diseases
Rheumatology
Zeitschrift für Rheumatologie

PD Dr. med. B. Ehrenstein

BMC Infectious Diseases
Rheumatology
Scandinavian Journal of Infectious Diseases

8. GÜTESIEGEL



9. Fachartikel

Verdacht auf „Rheuma“

Diagnostik und Erstmaßnahmen durch den Hausarzt

Boris Ehrenstein

Die heute geforderte möglichst frühe Erkennung und Behandlung von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen stellen den Hausarzt vor eine große Herausforderung. Es gilt, die wenigen Patienten mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung aus den vielen Patienten mit degenerativ oder fehlstatisch-myalgisch bedingten Beschwerden herauszufiltern.

In diesem Artikel sollen daher häufige entzündlich-rheumatische Erkrankungen des Erwachsenen bezüglich Epidemiologie und typischer Erstsymptome vorgestellt und zudem praktische Vorschläge zu einer sinnvollen Diagnostik und einer adäquaten Akuttherapie in der Hausarztpraxis gemacht werden.

Degenerativ bedingte Gelenkerkrankungen stellen nicht nur bei Patienten im hohen Alter ein sehr häufiges Problem dar. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (Stand 2008) leiden ca. 10 % der über 20-jährigen Menschen in Deutschland an einer Arthrose der Kniegelenke und ca. 6 % an einer Arthrose der Handgelenke [2]. Frauen sind 1,5-mal häufiger als Männer betroffen, oft kommt es bereits zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr zu den ersten Symptomen, die Prävalenz nimmt aber mit zunehmendem Alter natürlich deutlich zu. Aktuell werden pro 100 000 Einwohner jährlich ca. 100 Hand-, 90 Hüft- und 240 Kniegelenksarthrosen erstmals diagnostiziert [2].

Demgegenüber besteht für die klassischen entzündlich-rheumatischen



Häufige Differentialdiagnosen einer Arthritis, stratifiziert nach der Anzahl der befallenen Gelenke

Polyarthritis (> 4 Gelenke)	Oligoarthritis (2 – 4 Gelenke)	Monarthritis (1 Gelenk)
Rheumatoide Arthritis	Psoriasisarthritis	Gichtarthritis
Psoriasisarthritis (Langjährige Gicht)	Reaktive Arthritis	Arthritis bei CED
	Gichtarthritis	Lyme-Arthritis (Borreliose)
	Lyme-Arthritis (Borreliose)	Reaktive Arthritis
	M. Whipple	Septische Arthritis
		Psoriasisarthritis
		M. Whipple
		Villonodulöse Hyperplasie

Tabelle 1

Erkrankungen eine niedrigere Prävalenz. So leiden ca. 440 000 (0,65 %) der erwachsenen Menschen in Deutschland an einer rheumatoiden Arthritis (RA) und weitere 0,1 % an einer undifferenzierten (noch nicht klassifizierbaren) Arthritis. Weitere 340 000 Patienten (0,5 %) sind an einer Spondylitis ankylosans (M. Bechterew) erkrankt, 136 000 (0,2 %) an einer Psoriasisarthritis und 272 000 (0,4 %) an einer undifferenzierten Spondyloarthritis. Weitaus häufiger ist die Gichtarthritis, für die in Deutschland von einer Prävalenz von 1,4 % derzeit ausgegangen wird [8]. Die aufgrund der häufig zusätzlich bestehenden Be-

teiligung innerer Organe in ihrer Prognose gravierenderen Krankheitsbilder der Kollagenosen und Vaskulitiden zeigen jedoch eine relativ niedrige Prävalenz mit nur 0,1 % der erwachsenen Bevölkerung [2].

Arthrose vs. Arthritis

Durch eine zielgerichtete Anamnese und körperliche Untersuchung kann der Hausarzt in der primären Evaluation bereits oft zwischen degenerativen und entzündlich bedingten Gelenksbeschwerden unterscheiden. Hier sollte nicht nur genau die Anzahl und Lokalisation der betroffenen Gelenke bzw.

bisher keine durch einen einzelnen Gendefekt bedingte klassischen Erbkrankheiten bekannt.

Dennoch kommt der Erhebung der Familienanamnese große Bedeutung zu, da die Fähigkeit des Immunsystems

durch die Druckschmerzhaftigkeit nicht getroffen werden. Die Entscheidung, ob ein Gelenk geschwollen ist oder nicht, sollte möglichst unabhängig von der Selbsteinschätzung des Patienten erfolgen. Vorsicht: Klassische Zeichen einer Fingerpolyarthrose wie die durch Osteophyten bedingten Auftreibungen der Fingerendgelenke könnten als Gelenkschwellung fehlinterpretiert werden. Größere Gelenkgüsse können in der körperlichen Untersuchung durch eine entsprechende Fluktuation erfasst werden. Ein fehlender Nachweis von Gelenkschwellungen und Gelenkgüssen ermöglicht jedoch leider nicht den Ausschluss eines entzündlich rheumatischen Krankheitsbildes.

Differentialdiagnose einer Arthritis

Bei eindeutigem Nachweis oder berechtigtem Verdacht auf eine Arthritis durch Anamnese und körperliche Untersuchung sollte deren Ätiologie bereits möglichst durch den Hausarzt weiter eingegrenzt werden. Zunächst sind Anzahl und Lokalisation der betroffenen Gelenke zu erfassen. Hierbei sind die Differentialdiagnosen einer viele Gelenke betreffenden Erkrankung im Vergleich zu einer Oligoarthritis oder zu einer Monarthritis eher begrenzt (vgl. Tabelle 1).

Bei der körperlichen Untersuchung sollte man klassische Entzündungszeichen und Druckschmerzhaftigkeit von Gelenken erfassen.

Zur weiteren Eingrenzung der Diagnose sind aber meist neben der Anamnese und körperlichen Untersuchung auch laborchemische und bildgebende Verfahren wichtig, deren Art und Ausmaß durch die zu erwartenden Differentialdiagnosen bedingt und die meist stufenweise durchgeführt werden.

zu einer autoimmunen Reaktion stark durch den genetischen Hintergrund des Individuums mitbestimmt wird. So sollte z. B. die Information, dass mehrere Geschwister an einer Psoriasis vulgaris erkrankt sind, bei einem Patienten bereits frühzeitig an eine Psoriasisarthritis denken lassen.

Bei der körperlichen Untersuchung gilt es, klassische Entzündungszeichen (Schmerz bei passiver Bewegung, Schwellung, Überwärmung und Rötung) von Gelenken zu erfassen sowie eine eventuelle Druckschmerzhaftigkeit (Abb. 1a – 1c). Hierfür sollte initial sehr vorsichtig, bei fehlender Schmerzreaktion dann aber auch relativ kräftig Druck auf das zu untersuchende Gelenk ausgeübt werden. Bei einem gesunden Gelenk wird selbst starker Druck vom Patienten im Allgemeinen ohne Schmerzreaktion gut toleriert. Eine Unterscheidung zwischen einer Arthrose und einer Arthritis kann aber allein

Gelenkregionen erfragt und dokumentiert werden, sondern auch der zeitliche Verlauf (kontinuierlich vs. in Schüben, Tageszeit) der Symptome. Eine zentrale Rolle kommt hier der typischerweise bei entzündlichen Gelenkerkrankungen vorliegenden Morgensteifigkeit zu. Diese hält bei Patienten mit einer schon länger bestehenden, aber noch unbehandelten entzündlichen Gelenkerkrankung oft mehrere Stunden an. Im Vergleich hierzu berichten Patienten mit einer Arthrose zwar auch über eine sie belastende Morgensteifigkeit, die sich jedoch fast immer rasch bessert (< 15 min). Bei den häufigeren entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind



1a: Druckschmerz im Handgelenk?

1b: Druckschmerz im Fingergrundgelenk?

1c: Druckschmerz im Fingermittelgelenk?

Abbildung 1a – 1c: Untersuchungstechniken bei V. a. rheumatoide Arthritis

Rheumatoide Arthritis

Die rheumatoide Arthritis (RA), früher als primäre chronische Polyarthritits bezeichnet, stellt bei einer symmetrischen Polyarthritits die häufigste Differentialdiagnose dar. Hierbei ist in den ersten Wochen und Monaten die Symptomatik aber sehr variabel, so dass nicht immer von Anfang an das Vollbild der handbetonten symmetrischen Polyarthritits besteht.

Pathogenetisch steht eine fehlgeleitete Immunantwort gegen Synovialzellen im Vordergrund. Im weiteren Verlauf

führt die durch den Autoimmunprozess getriggerte entzündliche Proliferation des synovialen Gewebes zu einer lokalen Zerstörung von Knorpel, Knochen und Gelenkkapsel sowie von Sehnen und Sehnencheiden. Es kommen im weiteren Verlauf dann zusätzlich zur direkten autoimmun vermittelten Zerstörung arthrotische Schädigungen durch die mechanische Fehlbelastung der Gelenke hinzu.

Bei der Erhebung der Anamnese von Patienten, die erste Symptome einer RA entwickeln, zeigen sich diese oft sehr

verwundert über den raschen Wechsel der durch Arthralgien betroffenen Gelenkregionen. Hier lässt sich oft eine Morgensteifigkeit von deutlich über 30 Minuten Dauer im Bereich der Hände erfragen. In der körperlichen Untersuchung (Abb. 1a – 1c) zeigen sich insbesondere die Handgelenke und Fingergrund- wie auch Fingermittelgelenke druckschmerzhaft oder sogar bereits leicht geschwollen.

In der Labordiagnostik sind bei einem Befall großer Gelenke meist auch eine erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) und C-reaktives Protein (CRP) auffällig, diese können jedoch bei einem isolierten arthritischen Befall kleiner Gelenke trotz hoher klinischer Aktivität auch im Normbereich liegen. Bei ca. 75 % der Patienten mit einer RA können Rheumafaktoren (RF) und/oder anti-citrullinierte Peptid-Antikörper (ACPA), zu denen auch die derzeit geläufigen anti-CCP-AK gerechnet werden, nachgewiesen werden. Hierbei ist die Spezifität und somit auch der positive Vorhersagewert von ACPA deutlich höher als von RF.

Seit 2010 bestehen für die RA neue Klassifikationskriterien, die gemeinsam von den US-amerikanischen (ACR) und europäischen (EULAR) rheumatologischen Fachgesellschaften erarbeitet wurden (Kasten 1) [1]. Diese Kriterien ermöglichen bei klassischer Klinik (symmetrische Polyarthritits mit Beteiligung von mehr als zehn Gelenken, 5 Punkte) und einer Erkrankungsdauer von mehr als sechs Wochen (1 Punkt) bereits die sichere Klassifikation der Arthritis als eine RA, ohne dass zusätzlich Laborwerte auffällig sein müssen. Bei einer nicht ganz klassischen Klinik kann die Klassifikation als RA aber bei typischen Laborparametern (erhöhte Entzündungsparameter und zusätzlich auffälliger RF und/oder ACPA) ebenfalls schon bei sehr kurzer Erkrankungsdauer gestellt werden. Somit kann anhand der neuen Klassifikationskriterien bei typischen Befunden bereits durch

den Hausarzt oft die definitive Diagnose einer RA gestellt werden. Ist die Diagnose einer RA gesichert, besteht entsprechend den aktuellen Behandlungsrichtlinien die direkte Indikation zur Einleitung einer immunsuppressiven Basistherapie [6].

Zur Therapie der RA wird meist zunächst Methotrexat gewählt wegen guter Wirksamkeit bei überschaubaren Risiken.

Hierfür wird meist die einmal wöchentliche Gabe von Methotrexat gewählt, da dieses Medikament eine gute Wirksamkeit bei überschaubaren Risiken bietet. Da hier erst nach sechs bis acht Wochen die volle Wirkung eintritt, werden überbrückend Kortikosteroide und nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) eingesetzt.

Hier sind initial tägliche Dosen von 15 bis 30 mg Prednisolonäquivalent meist für eine adäquate Erkrankungskontrolle ausreichend. Bei einem guten Ansprechen der RA kann dann die Dosis wochenweise, z. B. um 2,5 mg/die, reduziert werden. Sollte für Methotrexat eine Kontraindikation oder Unverträglichkeit bestehen, können weitere Basismedikamente wie Sulfasalazin, Hydroxychloroquin und Leflunomid zum Einsatz kommen. Der Einsatz neuerer Immunsuppressiva (Biologika) ist jedoch in der initialen Therapie der RA nur besonders schweren Fällen vorbehalten, z. B. jungen Patienten, die trotz

Klassifikation einer Arthritis (Synovitis in mindestens einem Gelenk) als RA, wenn mindestens 6 Punkte aus den Kategorien A – D erzielt werden	Punkte
A) Gelenkbeteiligung (Synovitis)	
1 großes Gelenk*	0
2 – 10 große Gelenke	1
1 – 3 kleine Gelenke** (mit/ohne Beteiligung von großen Gelenken)	2
4 – 10 kleine Gelenke (mit/ohne Beteiligung von großen Gelenken)	3
> 10 Gelenke (davon mindestens 1 kleines Gelenk)	5
B) Serologie (mindestens 1 Testergebnis erforderlich)	
negative RF und negative CCP-AK (ACPA)	0
niedrig-positive RF oder niedrig-positive CCP-AK (ACPA)	2
hoch-positive RF oder hoch-positive CCP-AK (ACPA)	3
C) Akute-Phase-Reaktion (mindestens 1 Testergebnis erforderlich)	
unauffälliges CRP und unauffällige BSG	0
erhöhtes CRP oder beschleunigte BSG	1
D) Dauer der Beschwerden	
< 6 Wochen	0
≥ 6 Wochen	1

* große Gelenke: Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- und Sprunggelenke
 ** kleine Gelenke: Handwurzel-, Fingergrund-, Fingermittel- und Zehengrundgelenke

Kasten 1

sehr kurzer Erkrankungsdauer bereits deutliche Erosionen der Gelenke aufweisen.

Psoriasisarthritis

Bei der Psoriasisarthritis (PsA) handelt es sich um ein sehr heterogenes Krankheitsbild [4]. Die PsA kann sich klinisch sowohl als Mono-, Oligo- wie auch Polyarthritits manifestieren, des Weiteren können Enthesitiden (Entzündungen im Bereich von Sehnenansätzen) sowohl im Bereich der Wirbelsäule wie auch der peripheren Gelenke auftreten

und es kommt auch zur Ausbildung von Daktylitiden (Schwellung eines gesamten Fingers oder Zehs durch eine Peritendinitis, Abb. 2). Meist geht die Manifestation einer Psoriasis vulgaris der Haut der PsA um viele Jahre voraus. Die Erkrankung wird jedoch auch immer wieder bei Patienten ohne Hautbefall oder mit nur sehr diskreten Hautläsionen, die dem Patienten oft noch gar nicht selbst aufgefallen sind, diagnostiziert. Deshalb sollte bei ätiologisch unklaren Arthritiden immer eine sorgfältige Inspektion der gesamten Haut, aber insbesondere auch der retroaurikulären Region, des Bauchnabels, der Analfalte sowie der palmaren und plantaren Haut erfolgen. Bisher konnte noch kein immunserologischer Laborparameter zur Diagnosesicherung einer PsA gefunden werden. Während floride Arthritiden im Bereich großer Gelenke zu deutlich erhöhten Entzündungsparametern (BSG und CRP) führen, können selbst bei multilokulären hochfloriden Enthesitiden diese Parameter im Normbereich liegen. Während die initiale Behandlung von PsA-Patienten mit Arthritiden der peripheren Gelenke ähnlich



Abb. 2: Daktylitis der 3. Zehe bei einem Patienten mit einer Psoriasisarthritis

wie bei einer RA erfolgt, müssen Patienten mit führender axialer Manifestation der PsA eher wie eine Spondyloarthritis behandelt werden.

Spondyloarthritis

Die Gruppe der Spondyloarthritis (SpA) enthält neben der Maximalvariante der Spondylitis ankylosans (AS, auch M. Bechterew genannt) auch Krankheitsbilder wie die reaktive Arthritis (meist oligoartikulärer selbstlimitierender Verlauf einer Arthritis mit Beginn wenige Wochen nach einem bakteriellen Infekt) oder die enteropathische SpA (SpA bei Patienten mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung).

Anders wie bei der RA stehen hier in der Pathogenese nicht Synovitiden, sondern Enthesitiden im Vordergrund, bei Erstmanifestationen häufig in Form einer Sakroiliitis. Die Patienten berichten hier über insbesondere in der zweiten Nachthälfte auftretende Schmerzen im Bereich der Iliosakralgelenke mit einer langandauernden Morgensteifigkeit. Bei V. a. eine SpA sollte man insbesondere nach dem Symptomenkomplex des „entzündlichen Rückenschmerzes“ fragen (Kasten 2). Während die bis 2009 gängigen Klassifikationskriterien für SpA auf das Krankheitsbild der AS ausgerichtet waren und sich auf im konventionellen Röntgen gewonnene Befunde stützten, kann in den nun durch die internationale Fachgesellschaft ASAS etablierten neuen Klassifikationskriterien für die axiale SpA auch rein klinisch oder bei MR-tomographisch nachgewiesenen Veränderungen die Diagnose frühzeitig gestellt werden (Kasten 3).

Der „entzündliche Rückenschmerz“ als typisches Zeichen einer Spondyloarthritis (SpA) muss vier der folgenden fünf Kriterien der ASAS-Klassifikation erfüllen [7].

- Alter < 40 Jahre beim erstmaligen Auftreten
- schleichender Beginn
- keine Besserung in Ruhe
- Verbesserung bei Bewegung
- nächtliche Schmerzen, die sich nach dem Aufstehen verbessern

In der initialen Therapie der SpA steht der Einsatz von NSAR im Vordergrund, da diese nicht nur symptomatisch, sondern auch krankheitsaufhaltend wirken. Sollten diese nicht ausreichen, muss bei schweren Verläufen aufgrund der fehlenden Wirksamkeit von klassischen Basismedikamenten (Sulfasalazin, Methotrexat oder Leflunomid) auf axiale SpA-Manifestationen dann jedoch direkt eine Therapie mit einem TNF-Inhibitor (Infliximab, Adalimumab, Etanercept, Golimumab oder Certolizumab) erwogen werden.

Eine Polymyalgia rheumatica spricht auf eine Therapie mit Prednisolon fast immer in wenigen Tagen gut an.

Polymyalgia rheumatica

Eine Polymyalgia rheumatica (PMR) manifestiert sich meistens zwischen dem 65. und 75. Lebensjahr. Charakteristisch sind hier ein relativ plötzlicher Krankheitsbeginn mit starken Schmerzen und Morgensteifigkeit im Bereich der Schulter- und/oder der Hüftmuskulatur. Zusätzlich treten oft Nachtschweiß, starke Müdigkeit und Abgeschlagenheit und depressive Verstimmungen auf. Da für die PMR bisher kein die Erkrankung beweisender Laborparameter zur Verfügung steht, ist auch bei klassischer Klinik eine sorgfältige differentialdiagnostische Abklärung notwendig, die zumindest neben einem Röntgenthorax in zwei Ebenen und einer Abdomensonographie auch eine sorgfältige klinische Evaluation bzgl. Symptomen einer Riesenzellarteriitis (M. Horton) umfassen sollte. Diese Erkrankung liegt bei ca. 15 % der PMR-Patienten zusätzlich vor und bedarf dann einer intensiveren immunsuppressiven Therapie. Für die initiale Therapie der PMR sollte Prednisolon in einer Dosierung von 15 mg/die gewählt werden [3], spricht die Symptomatik hierauf nicht in wenigen Tagen deutlich an, sollte die Diagnose der PMR kritisch hinterfragt werden.

Lyme-Arthritis

Eine Infektion mit Borrelien kann zu einer infektiösen Arthritis führen, die sich fast immer als Mono- oder Oligoarthritis großer Gelenke (insbesondere der Knie- und Ellbogengelenke) manifestiert [5]. Da die Lyme-Arthritis ohne eine adäquate antibiotische Behandlung meist einen chronisch-rezidivierenden Verlauf hat, wird hier oft zuerst an eine rheumatische Erkrankung gedacht. Der zur Borrelieninfektion führende Zeckenstich kann bei Erstmanifestation der Arthritis wenige Wochen bis viele Monate zurückliegen, bis zu 50 % der Patienten mit einer Lyme-Arthritis haben nie einen Zeckenstich bemerkt.

Da aufgrund der chronischen Infektion bei einer Lyme-Arthritis sich praktisch immer eine positive Borrelien-Serologie zeigt, ist bei für IgG- und IgM-Antikörper negativem Borrelien-ELISA-Test die Diagnose einer Lyme-Arthritis praktisch ausgeschlossen [5]. Aufgrund der langen Latenz zwischen Infektion und Manifestation weisen die Patienten jedoch meist keine IgM-AK gegen Borrelien mehr bei der Erstmanifestation der Arthritis auf. Bestehen die Symptome einer Lyme-Arthritis erst kurz, zeigt sich oft ein rasches und dauerhaftes Ansprechen auf eine für eine Borreliose adäquate antibiotische Therapie mit Doxycyclin oder Ceftriaxon.

Gichtarthritis

Bei der klassischen Symptomatik einer Podagra (plötzlich einsetzende Arthritis des Grundgelenkes der großen Zehe mit starker Rötung und Schwellung) ist es nicht schwer, an eine Gicht zu denken. Die Podagra stellt aber nur bei den ersten Gichtanfällen die häufigste Gelenkmanifestation dar, im Verlauf können praktisch alle Gelenke und selbst gelenkferne Weichteilregionen durch eine Gicht betroffen werden [8]. In der Laboruntersuchung zeigen sich während eines akuten Gichtanfalls oft hohe Entzündungsparameter, die Serumharnsäure liegt aber bei bis zu 40 % der Patienten im Normbereich. Ist zur akuten Entlastung eines Ergusses eine Punktion des betroffenen

ASAS-Klassifikationskriterien für eine axiale Spondyloarthritis (SpA) bei Patienten mit Rückenschmerzen ≥ 3 Monate und Alter bei Beginn < 45 Jahre [7].

Sakroiliitis in der Bildgebung* plus ≥ 1 SpA-Parameter**	oder	HLA-B27 plus ≥ 2 andere SpA-Parameter**
**SpA-Parameter: <ul style="list-style-type: none"> • Entzündlicher Rückenschmerz • Arthritis • Enthesitis (Ferse) • Uveitis • Daktylitis • Psoriasis • M. Crohn/Colitis ulcerosa • Gutes Ansprechen auf NSAR • Pos. Familienanamnese für SpA • HLA-B27 • Erhöhtes CRP 		<ul style="list-style-type: none"> • Aktive (akute) Entzündung in der MRT, gut vereinbar mit einer SpA-assoziierten Sakroiliitis <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definitive röntgenologische Sakroiliitis (Strukturveränderungen) gemäß den modernen New-York-Kriterien

Kasten 3

Gelenkes notwendig, sollte unbedingt eine direkte Mikroskopie der Synovia auf intrazelluläre Harnsäurekristalle zur Diagnosesicherung neben der evtl. zusätzlich differentialdiagnostisch notwendigen mikrobiologischen Diagnostik veranlasst werden.

Hausärztliche Diagnostik

Aufgrund der oft relativ langen Wartezeit bis zu einem Erstvorstellungstermin bei einem niedergelassenen internistischen Rheumatologen ist eine hausärztliche Primärdiagnostik und die Einleitung einer überbrückenden Therapie bei Patienten mit Verdacht auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung meist unumgänglich.

Da durch die Einleitung einer Therapie mit Kortikosteroiden aber nicht nur rasch die klinischen Symptome abklingen, sondern auch auffällige Laborwerte und Befunde der Bildgebung, sollte vor jeder Kortikoidtherapie eine sorgfältige Dokumentation der Beschwerden, der Befunde der körperlichen Untersuchung sowie unbedingt eine Laboruntersuchung inklusive Bestimmung der Entzündungsparameter BSG und CRP durchgeführt werden.

Bei V. a. eine Arthritis sollten im Labor zusätzlich zu den internistischen Routi-

neparametern auch die Serumharnsäure und die Rheumafaktoren bestimmt und ein Test auf ACPA (anti-CCP-AK) veranlasst werden. Bei V. a. eine Kollagenose (z. B. bei Raynaud-Syndrom) sollten antinukleäre Antikörper (ANA) und bei Symptomen einer Vaskulitis (z. B. bei einer Purpura) auch Anti-Neutrophilen-Antikörper (ANCA) bestimmt werden.

Bei einer mit einer starken Ergussbildung einhergehenden Monarthritis des Kniegelenkes sollte auch ohne Zeckenstich-Anamnese eine Borrelien-Serologie veranlasst werden. Der Patient sollte aufgefordert werden, den zeitlichen Verlauf und die Art seiner Beschwerden schriftlich zu dokumentieren, bei sichtbaren Schwellungen oder Hautveränderungen ist eine Fotodokumentation mittels Digitalkamera/Smartphone hilfreich.

Bei einer für die entsprechende Erkrankung typischen Erstmanifestation kann der Hausarzt bereits durch diese Maßnahmen oft anhand von Klassifikationskriterien die Diagnose einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung definitiv stellen und dann selbstverständlich – bei entsprechender Erfahrung – auch schon vor der rheumatologischen Erstvorstellung eine immunsuppressive Basistherapie ent-

sprechend den aktuellen Therapieempfehlungen einleiten.

Bei für den Hausarzt unklarer Symptom-/Befundkonstellation und starken Beschwerden empfiehlt sich jedoch eine direkte telefonische Kontaktaufnahme mit einem rheumatologischen Kollegen, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Aufgrund der oft notwendigen komplexen Abklärung sowie Aufklärung und Schulung des Patienten bei Erstdiagnose einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung ist hier auch primär eine stationäre Abklärung in einer rheumatologischen Fachklinik zu erwägen.

Bildgebung: Immer ein MRT notwendig?

Da viele entzündliche Veränderungen bei rheumatischen Erkrankungen sich nicht in klinisch fassbaren Schwellungen oder erhöhten Entzündungsparametern niederschlagen müssen, ist der Einsatz von bildgebenden Verfahren in der rheumatologischen Diagnostik oft nicht verzichtbar. Bei der Wahl der richtigen Methode wie auch einer optimalen Durchführung und Interpretation der erzielten Befunde bedarf es aber viel Erfahrung. So kann ein in der Gelenksonographie geübter Rheumatologe bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten mit einer RA bereits mit dem Ultraschall entzündliche Gelenkveränderungen eindeutig feststellen, so dass hier keine MRT-Untersuchungen notwendig werden.

In der rheumatologischen Erfahrung ist die Qualität von angefertigten Röntgen-, MRT- und Szintigraphie-Untersuchungen und insbesondere die Interpretation durch den Radiologen/Nuklearmediziner bei Patienten mit V. a. eine rheumatische Erkrankung sehr wechselhaft. Somit ist es für den Rheumatologen bei einer Erstvorstellung oft einfacher, die notwendige Bildgebung bei geeigneten Kooperationspartnern selbst zu veranlassen, als durch aufwendige Nachbefundung von externen Untersuchungen zu versuchen, sich ein adäquates Bild von dem Patienten machen zu können.

