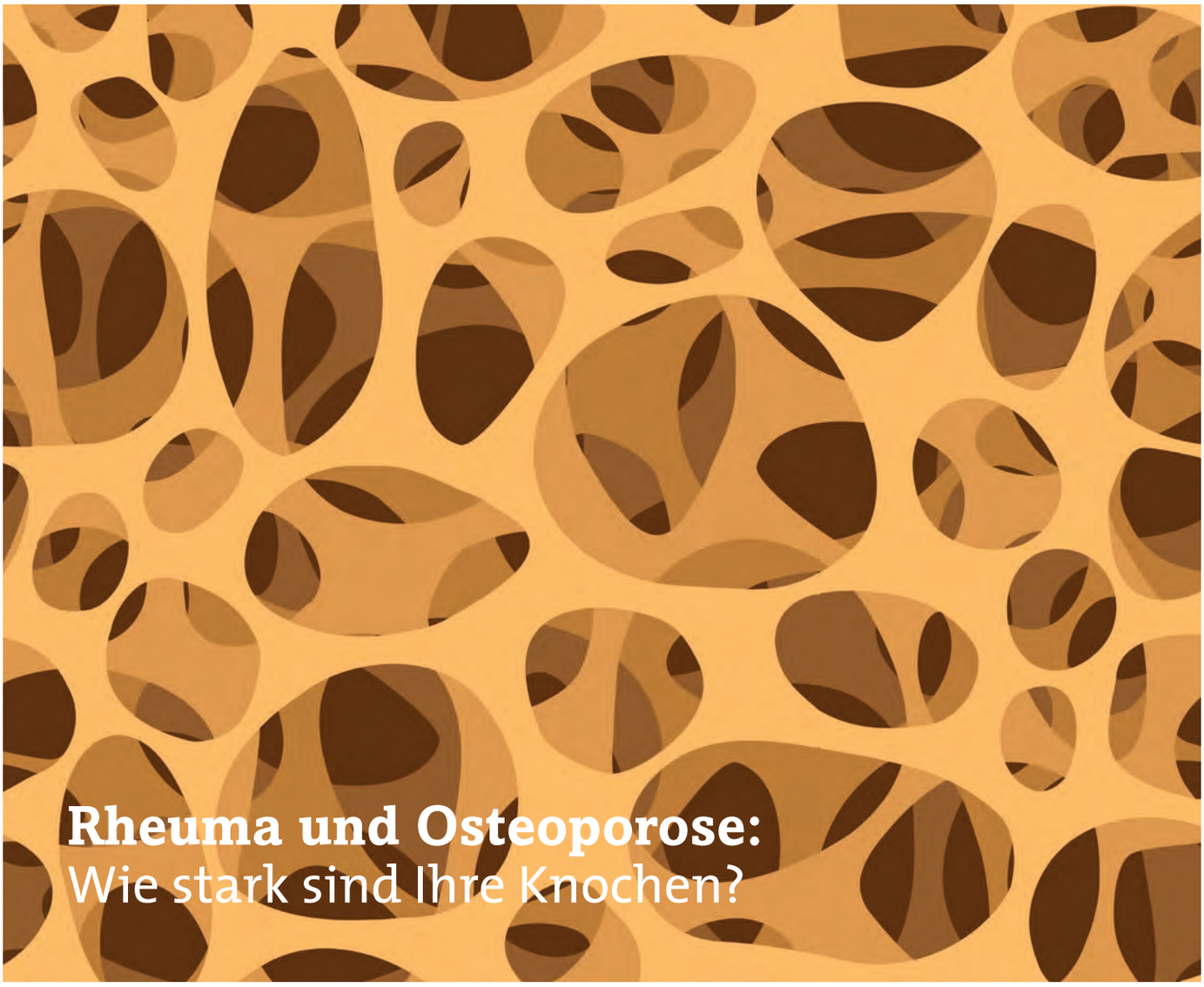
Schutzgebühr Euro 4,80 | Februar 2016 | 3. Jahrgang

9

rheumavision

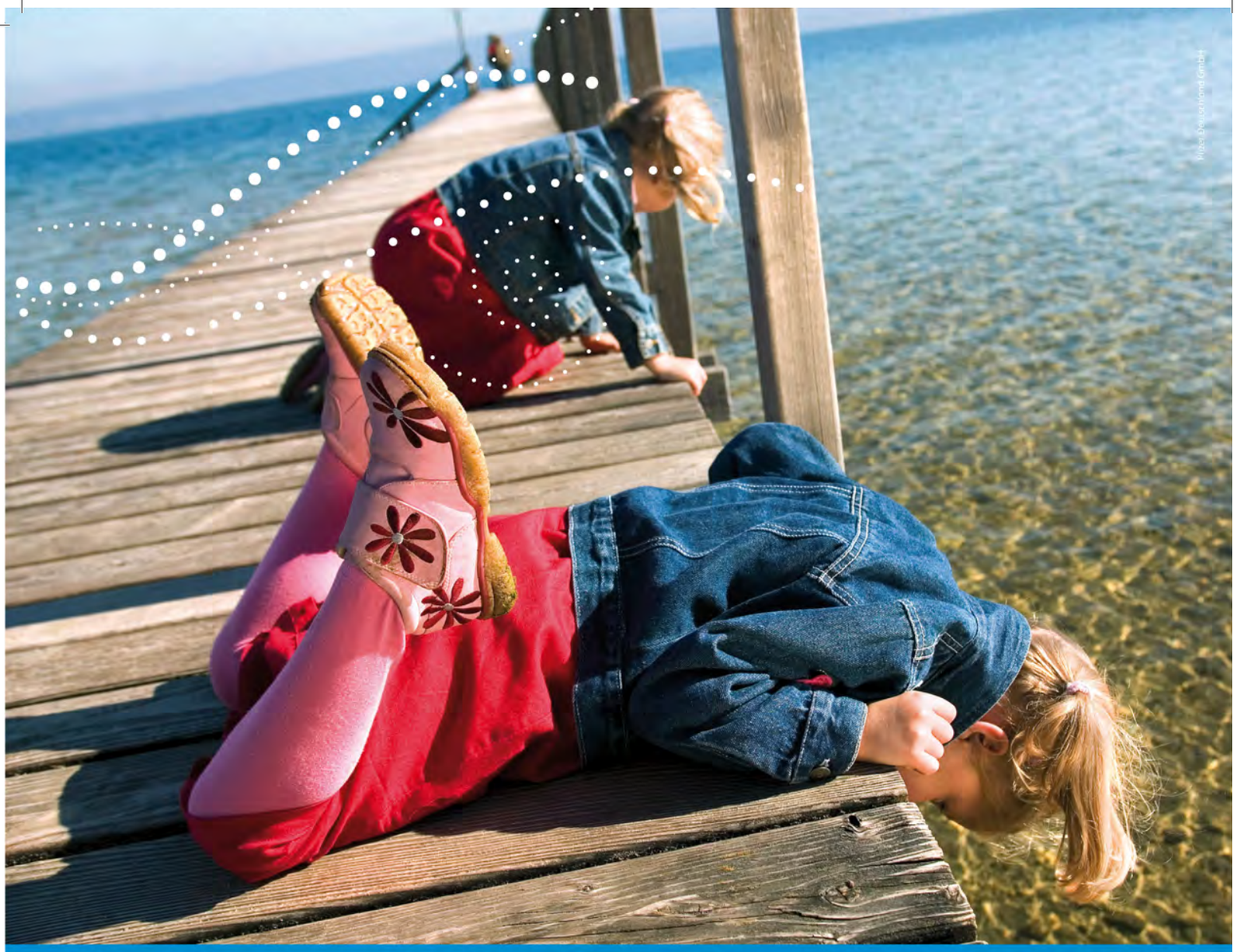
Leben mit Rheuma



Rheuma und Osteoporose:
Wie stark sind Ihre Knochen?

Lebensqualität
Beruflich und sozial integriert mit Rheuma

Gut zu wissen
Aktuelles und Wissenswertes aus der Rheumatologie



Pfizer Deutschland GmbH

Weil eine gesündere Welt unseren Einsatz braucht

Moderne Arzneimittel für alle Lebensphasen

Es sind die kleinen Momente, die uns Menschen viel bedeuten und die wir genießen wollen. Genau dafür arbeitet Pfizer weltweit: Wir erforschen und entwickeln seit mehr als 160 Jahren innovative Präparate und Therapien für Menschen und Tiere. Mit einem stetig wachsenden Angebot an modernen Arzneimitteln verbessern wir Gesundheit und Lebensqualität in allen Lebensphasen. So arbeiten wir jeden Tag an der Verwirklichung unserer Vision. Gemeinsam für eine gesündere Welt.

Pfizer

www.pfizer.de

editorial

Liebe Leserin,
lieber Leser,

das Risiko im Alter eine Osteoporose zu entwickeln, haben viele Menschen. Besonders hoch ist es, wenn bereits eine rheumatische Erkrankung vorliegt. Durch die mit dem Rheuma verbundene Entzündung selbst, die den Knochenaufbau behindern kann, durch eine Störung des Calciumstoffwechsels und nicht zuletzt durch die Einnahme verschiedener Rheumatherapeutika, vor allem Cortison.
Eine osteologische Untersuchung zu Beginn jeder Rheumatherapie ist daher von besonderer Bedeutung. Welche Diagnoseverfahren dazu geeignet sind, wie man der Entwicklung einer Osteoporose vorbeugen kann und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt, erläutern Prof. Michael Amling und Prof. Florian Barvencik in dieser Ausgabe der Rheumavision.

Patienten ermutigen, für ihre Rechte zu kämpfen möchten wir mit dem Beitrag ab Seite 16. Im Interview mit der Fachanwältin Dr. Birgit Schröder geht es um die Vereinbarkeit von Berufsleben und Erkrankung, Unterstützungsmöglichkeiten und das Recht auf bestimmte Leistungen der Renten- und Krankenversicherungen.

Eine angenehme und interessante Lektüre wünscht Ihnen

Ihr

Dr. K. Ahmadi-Simab | Redaktion RHEUMAVISION

inhalt

4 **Praxis Portrait**
Ihre Rheumatologische Praxis stellt sich vor

6 **News**

8 **Titelthema: Osteoporose**
Rheumapatienten haben erhöhtes Osteoporoserisiko. Wie Knochengesundheit heute dennoch möglich ist, erläutern Prof. Dr. Michael Amling und Prof. Dr. Florian Barvencik

16 **Lebensqualität**
Rheuma und Beruf: Rechte kennen und Chancen nutzen. Interview mit der Fachanwältin für Medizinrecht Dr. Birgit Schröder

20 **Gut zu wissen**
Tipps, Veranstaltungen, Infos, Wissenwertes rund um Ihre Therapie

22 **Apotheken Portrait**

IMPRESSUM

Verlag: Florian Schmitz Kommunikation GmbH
Herausgeber: Florian Schmitz (V.i.S.d.P.)
Redaktion: Dr. Keihan Ahmadi-Simab,
Prof. Michael Amling, Prof. Florian Barvencik,
Tanja Fuchs
Gestaltung: Peter Schumacher
Redaktionsanschrift:
Florian Schmitz Kommunikation | Tanja Fuchs
Wichmannstrasse 4 / Haus 12, 22607 Hamburg
e-mail: tanja.fuchs@fskom.de

Ihre Gesundheit ist unser Ziel:
Klinikum Stephansplatz Hamburg - Zentrum für Interdisziplinäre Medizin und Autoimmunkrankheiten

Interdisziplinär, modern, innovativ: Gesundheit und Wohlbefinden verbunden mit höchster medizinischer Kompetenz, modernster Medizintechnik und einer innovativen Organisationsform – das erwartet den Patienten im Klinikum Stephansplatz.

Medizinische Vielfalt

Das Zentrum für Innere Medizin verfügt über ein Ambulatorium, eine Tagesklinik und eine stationäre Einheit. Erfahrene und renommierte Ärzte aus über 15 verschiedenen Fachgebieten arbeiten hier interdisziplinär zusammen. Dieses breite fachärztliche Spektrum in Kombination mit umfangreichen diagnostischen Möglichkeiten, garantiert eine kompetente Betreuung und ermöglicht die unmittelbare Einleitung einer individualisierten Therapie.

Der Patient im Mittelpunkt

Die medizinische Versorgung, das seelische Wohlergehen und die individuellen Bedürfnisse der Patienten stehen im Zentrum unserer Bemühungen. Ärzte und Mitarbeiter, die sich Zeit nehmen, sind ebenso selbstverständlich, wie eine gut organisierte Terminvergabe und kurze Wartezeiten.

Rheumatologie, Klinische Immunologie

Erfahrene Rheumatologen sind in der Lage, durch eine spezifische Anamnese und genaue zielorientierte körperliche Untersuchungen, eine erste Diagnose zu erstellen, die dann durch weitere bildgebende Verfahren und Laboruntersuchungen bestätigt oder ausgeschlossen werden kann. Dies ermöglicht eine rasche Orientierung und entsprechende Beratung.

Diagnostik

- Gelenk-, Sehnen- und Weichteilultraschall
- Ultraschallgesteuerte Gelenkpunktion
- Blut-/Urinuntersuchung inkl. Bestimmung genetischer Marker
- Kapillarmikroskopie
- Röntgen-Untersuchungen
- Computertomographie (CT)
- Magnetresonanztomographie (MRT)
- Organscreening bei Autoimmunkrankheiten
- Knochendichtemessung (DXA)
- Endoskopie (Magen-, Darm-, Lungenspigelung)
- Diagnostische Organpunktion bei Autoimmukrankheiten
- Rheumascan

Therapeutischen Leistungen

- Aufstellen und Anpassen eines Therapieplans
- Infiltrationstherapie
- Ultraschallgesteuerte Gelenkpunktion zur Medikamentenapplikation
- Infusionstherapie
- Spezifische Schmerztherapie
- Physiotherapie in Kooperation
- Biologika-Therapie

Im eindrucksvollen Gebäude der alten Oberpostdirektion findet sich eine Vielfalt von akademisch ausgerichteten Zentren für Gesundheit, Life Sciences, Medizin und naturwissenschaftliche Forschung.

Fotos: Klinikum Stephansplatz Hamburg

Kassenärztliche Rheumatologie

Für die Versorgung gesetzlich versicherter Patienten wurde im November 2014 das Rheumazentrum Hamburg-Mitte in den Räumlichkeiten des Klinikums Stephansplatz gegründet. Die Leitung übernimmt Dr. Margarete Kern.

KLINIKUM STEPHANSPLATZ HAMBURG

Stephansplatz 3 I 20354 Hamburg | Fax: 040 320 88 31-30
sekretariat@ks-hamburg-de | www.klinikum-stephansplatz.de

KLINIKUM STEPHANSPLATZ HAMBURG

TERMIVERGABE: 040 320 88 31-0

Ärzte, Fachgebiete und Spezialsprechstunden

Dr. med. K. Ahmadi-Simab | Ärztlicher Direktor | Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Klinische Immunologie, Gastroenterologie

Dr. med. Angela von Elling | Oberärztin | Fachärztin für Innere Medizin, Rheumatologie und Nephrologie

Dr. med. Margarete Kern | Oberärztin | Fachärztin für Innere Medizin, Rheumatologie, Klinische Immunologie

Dr. med. Joachim Ebel | Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie

Prof. Dr. F. Ulrich Beil | Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie

Prof. Dr. med. Angelika Costard-Jäckle | Fachärztin für Innere Medizin, Kardiologie

Prof. Dr. Fritz Jänicke | Facharzt für Gynäkologie

Dr. med. Claudia Lerche | Fachärztin für Gynäkologie und zertifizierte Präventionsmedizinerin dfg

Prof. Dr. med. Helgo Magnussen | Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie , Allergologie, Schlafmedizin

Prof. Dr. med. Thomas Meinertz | Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Pharmakologie

Dr. med. Ursula Strate | Fachärztin für Chirurgie und Viszeralchirurgie, Schwerpunkt.Endoskopie

Dr. med. Michael Begemann Facharzt für Hämato-Onkologie

Prof. Dr. med. Volker Wening | Facharzt für Orthopädie, spezielle Unfallchirurgie, Sporttraumatologie und Chirurgie

Prof. Dr. med. Josef Aldenhoff | Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Matthias R. Lemke | Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtmedizin

Dr. med. Christoph Weinhardt Facharzt für Rheumaorthopädie, Orthopädie, Unfallchirurgie und Chirotherapie

Dr. med. Vinzenz Graf von Kageneck Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie

Dr. med. Barbara Eifrig | Fachärztin für Innere Medizin – Zusatzbezeichnung Hämostaseologie

Priv.-Doz. Dr. Wolf-Hartmut Meyer-Moldenhauer Facharzt für Urologie

Dr. med. Eckhard Stein Facharzt für Innere Medizin

Dr. med. Jörn Klasen | Facharzt für Innere Medizin, Anthroposophische Medizin, Naturheilverfahren, Dipl. Heilpädagoge

Dr. med. Stephanie Thiel

Fachärztin für Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgung, Akupunktur

Weitere Fachgebiete und Spezialsprechstunden:

- Interdisziplinäres Zentrum für Autoimmunkrankheiten
- Interdisziplinäre Sprechstunde für Lungenhochdruck
- Interdisziplinäre Sprechstunde für Osteoporose
- Präventivmedizin, Vorsorge und Check-up
- Radiologie
- Labormedizin
- Kooperation mit Dermatologen, Augen- und HNO-Ärzten

Pflegeversicherung: Reform bringt Verbesserungen

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz bringt Verbesserungen für Pflegebedürftige und Angehörige. Erstmals erhalten alle Pflegebedürftigen einen gleichberechtigten Zugang zu Pflegeleistungen – unabhängig davon, ob sie an körperlichen Beschwerden oder an einer Demenz erkrankt sind. Mehr Hilfe für Pflegebedürftige, eine bessere Absicherung der vielen pflegenden Angehörigen und mehr Zeit für die Pflegekräfte – das soll mit diesem Gesetz erreicht werden.

Infos und Änderungen im Bereich Gesundheit und Pflege: **www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/150104-neuregelungen-2016.html**

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff muss zum Anlass genommen werden, die bisherigen Personalschlüssel in Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Bundesland zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Diagnoseverfahren: Fingerscanner spürt Arthritis auf

Um die Früherkennung von Arthritis-Erkrankungen zu verbessern, entwickelt ein europäisches Konsortium aus mehreren Forschungseinrichtungen und Unternehmen derzeit unter der Leitung des Fraunhofer-Instituts für Biomedizinische Technik IBMT im Saarland im Projekt IACOBUS ein alternatives Diagnoseverfahren, in dem Ultraschalltechnik mit neuen Detektionsmethoden kombiniert wird. Im Detail handelt es sich um einen 3D-Fingerscanner, der die Gelenke nach Entzündungsherden und krankhaften Veränderungen abtastet. »Das hat unter anderem den Vorteil, dass sich die Krankheit bereits im Frühstadium erkennen lässt, da bei vielen Formen von Arthritis die Finger zuerst befallen sind«, sagt Dr. Marc Fournelle, IACOBUS-Projektleiter am IBMT. Der Scanner arbeitet mit einem optoakustischen Bildgebungsverfahren. Bei dieser Methode wird der Finger mit extrem kurzen Laserlichtpulsen beleuchtet. Die Absorption der kurzen Lichtpulse führt im Gewebe zu einer minimalen Erwärmung, die eine minimale Ausdehnung des Gewebes bewirkt. Die Ausdehnung wiederum führt zu schwachen Druckpulsen, die der Scanner, wie bei einem Ultraschallverfahren, mit einem Schallwandler registriert. Aus dem Muster der Druckpulse kann das Gerät sehr genau herauslesen, wo sich eine Entzündung entwickelt. Um die Diagnose weiter zu verfeinern, wird das optoakustische Verfahren durch ein Hyperspectral-Imaging-System ergänzt. In diesem Fall wird der Finger mit starkem Weißlicht durchleuchtet. Entzündetes Gewebe absorbiert bestimmte Wellenlängen. Analysiert man das zurückgestreute Licht Wellenlänge für Wellenlänge, lässt sich erkennen, ob eine Erkrankung vorliegt. Da die beiden Verfahren vor allem das Weichgewebe und insbesondere die Blutgefäße abbilden, bietet das System zusätzlich ein Ultraschallbild, das ebenfalls mit dem Schallwandler des Scanners erzeugt wird. »Der Ultraschall bildet, wie gewohnt, auch das Weichgewebe wie zum Beispiel Muskeln oder die Gelenkkapsel sowie den Knochen ab, sodass unser Scanner dem Arzt das bekannte Bild liefert, an dem er sich orientieren kann«, sagt Fournelle. Das Ultraschallbild wird dann mit den Daten des Hyperspectral-Imaging und des optoakustischen Verfahrens kombiniert, sodass deutlich zu sehen ist, wo sich die Entzündung befindet.

(Quelle und weitere Informationen: www.fraunhofer.de/de/presse/presseinformationen/2015/November/licht-spuer...)

Fotos: bmg.bund.de, iStockphoto

Ausgezeichnet: Neue Forschungsideen in der Rheumatologie

Ein neuer Therapieansatz bei systemischem Lupus erythematodes und ein Projekt zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung bei Rheuma - das waren die Sieger des Ideenwettbewerbs 2015 der Rheumastiftung, der mit je 2.500 Euro dotiert ist. Die erste prämierte Idee zielt auf die Auslöschung des Krankheitsgedächtnisses, das für die Aufrechterhaltung der Lupus-Erkrankung verantwortlich ist, durch einen neuen, kombinierten Therapieansatz. Die zweite Idee soll Barrieren und fördernde Faktoren der sozialen Teilhabe bei Patienten mit rheumatoider Arthritis und ankylosierender Spondylitis identifizieren.

Weitere Infos:
www.rheumastiftung.org

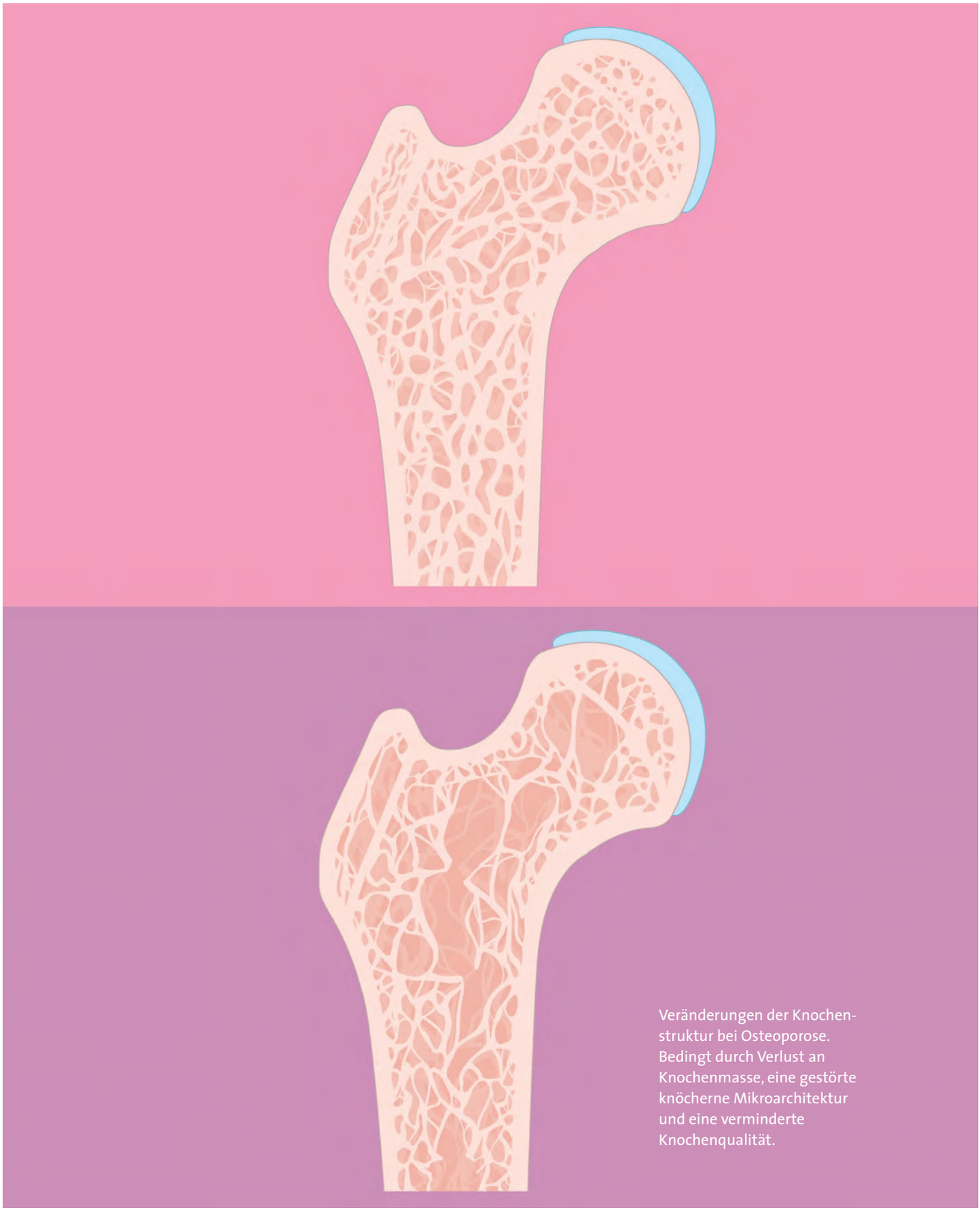
Deutsche Gesellschaft
für Rheumatologie e.V.

Psoriasis: Mechanismus aufgeklärt

Forscher des Klinikums der Universität München sind auf der Suche nach der Krankheitsentstehung einen entscheidenden Schritt weiter gekommen. „Wir haben erstmals nachgewiesen, dass die Psoriasis auf einer Autoimmunreaktion gegen die pigmentbildenden Zellen der Haut beruht“, sagt Prof. Jörg Prinz von der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie des LMU-Uniklinikums. „Das“, so Prinz weiter, „erklärt den hautspezifischen Charakter der Schuppenflechte, da diese Melanozyten vorwiegend in der Haut vorkommen.“ Nicht, wie sonst in der medizinischen Forschung üblich, anhand von Tierversuchen, sondern mit menschlichem Psoriasis-Hautgewebe ist es den Forschern durch trickreiche, mehrjährige Experimente gelungen, die Art der attackierten Zellen zweifelsfrei zu bestimmen. Es sind die pigmentbildenden Zellen. Mehr noch: Das Team um Jörg Prinz und Klaus Dornmair hat auch den komplizierten Mechanismus der Erkrankung weitgehend aufgeklärt. Bisher war bekannt: Wer für die Krankheit empfänglich ist, trägt bestimmte Varianten (Allele) bestimmter Gene in seinen Zellen. Das Hauptrisiko-Gen für die Psoriasis heißt HLA-C*06:02. Es ist eines von vielen sogenannter HLA-Gene. Sie codieren die Bauanleitung für HLA-Moleküle, die auf der Oberfläche aller Zellen sitzen. Die HLA-Moleküle wiederum präsentieren den T-Zellen Teile von Krankheitserregern. Die T-Zellen erkennen daraufhin den Krankheitserreger und kurbeln eine Immunantwort gegen ihn an. Die Aufklärung der Psoriasis als T-Zell-vermittelte Autoimmunreaktion gegen Melanozyten biete den Patienten „nun erstmalig eine Rationale zur Erklärung ihres Krankheitsbildes“ so Prinz. Der Dermatologe erhofft sich hieraus mittel- und langfristig neue Therapien gegen die Psoriasis.

(Quelle und weitere Infos: www.klinikum.uni-muenchen.de/de/das_klinikum/zentrale-bereiche/weitere-in...)

Gerötete, juckende und schuppende Plaques finden sich häufig an mechanisch beanspruchten Stellen wie Ellenbogen und Knie.



Veränderungen der Knochenstruktur bei Osteoporose. Bedingt durch Verlust an Knochenmasse, eine gestörte knöcherne Mikroarchitektur und eine verminderte Knochenqualität.

Fotos: iStockphoto

Gesunde Knochen trotz Rheuma

Den unterschiedlichen rheumatischen Erkrankungen ist eines gemeinsam: Sie verursachen Schmerzen am Stütz- und Bewegungsapparat, die oft mit funktionellen Einschränkungen einhergehen. Ein wesentlicher Teil des Stütz- und Bewegungsapparates ist der Knochen. Damit auch Rheumapatienten eine gute Knochengesundheit erreichen oder erhalten können, ist es wichtig den Knochen zu verstehen.

Text von Prof. Dr. Amling und Prof. Dr. Barvencik

Autoren

Prof. Dr. Michael Amling
UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG
Direktor des Instituts für Osteologie und Biomechanik

Prof. Dr. Florian Barvencik
UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG
Leitender Oberarzt am Institut für Osteologie und Biomechanik

www.iobm.de

Knochen

Knochen sind lebende Organe. Sie bestehen aus Knochengewebe, Blutgefäßen und Nerven und bilden ein komplexes, lebendiges System, das zeitlebens einem kontinuierlichen zellulären Umbau durch osteoklastären* Knochenabbau und osteoblastäre* Knochenneubildung unterliegt. Dieser balancierte, physiologische Prozess, der die Knochenmasse konstant und den Knochen selbst jung hält, wird auch Remodeling genannt. Das Knochen-Remodeling ist die Voraussetzung dafür, dass der Knochen als Organ seine drei wesentlichen Funktionen erfüllen kann: die Mobilitätsfunktion als Ansatzorgan für Muskel und Sehnen, die Schutzfunktion für innere Organe und Speicherfunktion zur Aufrechterhaltung der körpereigenen Ionenhomöostase*. (*siehe Seite 10)

Osteoporose

Über 300.000 Knochenbrüche jährlich sind allein in Deutschland auf die Osteoporose zurückzuführen. Davon betroffen sind 25,8 Prozent der Bevölkerung über 50 Jahre. 39 Prozent davon sind Frauen, 9,7 Prozent sind Männer. Zur Erkrankung des Knochens kommt es, wenn das Knochen-Remodeling gestört ist. Eine Störung ist die Grundlage einer jeden erworbenen Erkrankung des Knochens. Überwiegt der Knochenabbau im Verhältnis zum Knochenaufbau, kommt es zu einem Knochenmasseverlust, welcher unter anderem die Osteoporose charakterisiert. Die Osteoporose ist eine generalisierte, erworbene Erkrankung, die durch einen Knochenmasseverlust, eine gestörte knöcherne Mikroarchitektur und eine verminderte Knochenqualität gekennzeichnet ist

wissen

***Osteoblasten:**
knochanaufbauende Zellen

***Osteoklasten:**
knochenabbauende Zellen

***Calciumionen-Homöostase:**
die Aufrechterhaltung einer konstanten Konzentration von Calcium-Ionen im Cytoplasma der Zelle.

Knochentrabekel:
kleine bälkchenartige Gewebestrukturen

Wirbelkörperfrakturen sind wichtige Risikofaktoren für weitere Frakturen an der Wirbelsäule und der Hüfte, werden möglicherweise aber nicht erkannt. Die Osteoporosetherapie ist in der Lage die Knochenmineraldichte der Wirbelsäule zu erhöhen und damit die Wahrscheinlichkeit von Wirbelkörperfrakturen zu senken.

Die Anfänge bleiben oft unerkannt

Die beginnende Osteoporose – Osteopenie oder präklinische Osteoporose ohne Fraktur – ist schmerzlos, verursacht keine Symptome und wird daher häufig nicht diagnostiziert! Die klinisch manifeste Osteoporose äußert sich vor allem in akuten oder chronischen Rückenschmerzen durch Wirbelkörperfrakturen. Das akute Schmerzereignis kann Folge eines frischen Bruches eines oder mehrerer Wirbelkörper sein. Eine Fehlstatik der Wirbelsäule bei bestehenden Wirbelkörperdeformierungen mit konsekutiver funktioneller Dekompensation bzw. der Überlastung von Muskulatur, Sehnen, Bändern und Gelenken ist oft Ursache von chronischem Rückenschmerz. Wirbelkörperfrakturen führen darüber hinaus zur Abnahme der Körpergröße durch eine Verkürzung des Rumpfes. Dadurch kann es zur Einengung des Brustkorbes mit Einschränkung der Herz- und Lungenfunktion kommen. Auch eine Vorwölbung des Bauches und ein Rundrücken können die Folge sein. Außerdem kommt es zu Knochenbrüchen der Extremitäten, insbesondere zu hüftgelenknahen Oberschenkelbrüchen, Frakturen der Handgelenke und Brüchen des Oberarmes, auch ohne adäquates Unfallereignis.

Erhöhtes Osteoporoserisiko bei Rheuma

Rheumapatienten haben ein erhöhtes Osteoporoserisiko. Dies hat unterschiedliche Gründe:

- die mit dem Rheuma verbundene Entzündung selbst, kann zu einem Knochenverlust führen, da der Knochenabbau aktiviert und die Knochenneubildung gehemmt wird.

- Häufig haben Rheumapatienten auch eine gestörte Magen-/Darmfunktion, wodurch die körpereigene Aufnahme von Calcium, welches für die Knochenmineralisation wichtig ist, beeinträchtigt wird.

- Ganz wesentlich ist, dass die verschiedenen in der Rheumatherapie erfolgreich eingesetzten Medikamente (z.B. Kortison, MTX, Magensäureblocker), als unerwünschte Wirkung eine Osteoporose hervorrufen können.

Wichtig: Bereits zu Beginn jeder Rheumatherapie – und dies gilt in besonderer Weise für den Beginn einer Behandlung mit kortisonhaltigen Medikamenten – sollte eine osteologische Untersuchung des Knochens erfolgen, um den Skelettstatus zu definieren und die Entwicklung einer Osteoporose zu verhindern.

Diagnostik

Integrale Bestandteile der osteologischen Diagnostik sind, neben der Anamnese und der körperlichen Untersuchung,
a) die Knochendichtemessung,
b) der Ausschluß von Wirbelkörperhöhenminderungen und
c) die laborchemische Überprüfung des Calcium- und Knochenstoffwechsels.
Im Bedarfsfall wird die Diagnostik durch eine
d) feinstrukturelle Untersuchung der knöchernen Mikroarchitektur (XtremeCT-Untersuchung) ergänzt.

Fotos: iStockphoto

»Wir erneuern unser Skelett lebenslang! Ihr ältester Knochen ist daher heute etwa 6 Jahre alt!«

Knochendichtemessung (Osteodenitometrie):

Die Osteodensometrie dient der Messung der Knochendichte. Gebräuchliches Verfahren ist die Dual-Röntgen-Absorptiometrie (DXA = Dual X-ray Absorptiometry). DXA-Messungen werden an der Lendenwirbelsäule und an den beiden hüftgelenknahen Oberschenkelknochen (coxales Femur) vorgenommen. Für die Abschätzung des 10-Jahresfraktur-Risikos ist der niedrigste Wert von Lendenwirbelsäule und Gesamtfemur ausschlaggebend. Die DXA ist das Verfahren der ersten Wahl. Für andere CT- oder ultraschallbasierte Verfahren fehlen entsprechende Referenzwerte zur Bildung eines für die Therapieentscheidung nutzbaren T-Scores. Der T-Score bezeichnet die Abweichung des Knochenmineralsalzgehaltes in Standardabweichungen von der mittleren Knochenmasse bei einem 30-jährigen skelettgesunden Menschen (Peak-Bone-Mass).

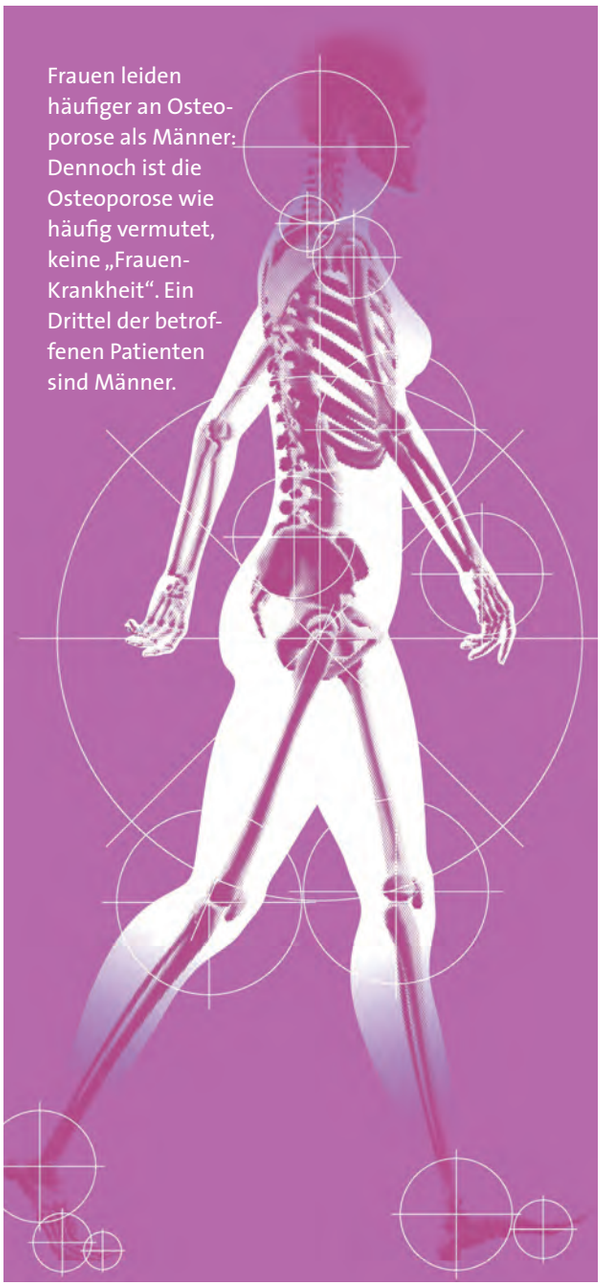
Laut WHO wird der Knochenmineralsalzgehalt folgendermaßen befundet:

Normalbefund bei T-Score > -1,0
Osteopenie bei T-Score -1,0 bis -2,5
Osteoporose bei T-Score ≤ -2,5

Ein niedriger Messwert in der Osteodensitometrie bedarf der differenzialdiagnostischen Abklärung und ist nicht per se gleichbedeutend mit der Diagnose einer Osteoporose, da ein niedriger Knochenmineralsalzgehalt auch durch eine Mineralisationsstörung des Knochens, eine sogenannte Osteomalazie, bedingt sein kann.

Erfassung von Wirbelkörperfrakturen:

Röntgenuntersuchungen der BWS (Brustwirbelsäule) und LWS (Lendenwirbelsäule) in zwei Ebenen, alternativ das LVA-Verfahren, dienen dem Nachweis oder Ausschluss osteoporotischer Wirbelkörperbrüche. Da stattgehabte Wirbelkörperhöhenminderungen das Risiko für weitere Knochenbrüche stark steigern, sind sie von besonderer Bedeutung für die Therapieentscheidung und müssen zwingend abgeklärt werden.



Frauen leiden häufiger an Osteoporose als Männer. Dennoch ist die Osteoporose wie häufig vermutet, keine „Frauen-Krankheit". Ein Drittel der betroffenen Patienten sind Männer.

Laborchemische Kontrolle des Calcium- und Knochenstoffwechsels:

Durch Untersuchungen von Blut und Urin lässt sich die Dynamik des Knochenumbaus und der Calciumstoffwechsel bestimmen. Die Labordiagnostik dient ferner dem Ausschluss anderer Erkrankungen, die einen Knochenmasseverlust bedingen können. Bestimmt werden:

- Kalzium, Phosphat
- Blutbild, BSG oder CRP
- alkalische Phosphatase
- GGT
- TSH
- Kreatinin-Clearance
- Eiweiß-Elektrophorese
- 25-Hydroxy-Vitamin D3
- Knochenumbaumarker (Osteocalcin, knochenspezifische Alkalische Phosphatase, DPD crosslinks)
- Parathormon

XtremeCT-Untersuchung (Virtuelle Knochenbiopsie):

Die feinstrukturelle Analyse der knöchernen Mikroarchitektur mittels High-Resolution Peripheral Quantitative Computer Tomography (XtremeCT) erlaubt es, Knochendichteveränderungen zu ermitteln. Das Knochenbruchrisiko korreliert mit den, im Rahmen der XtremeCT-Messung erhobenen Veränderungen des trabekulären (inneren) und kortikalen (äußeren) Knochens von Unterarm und Unterschenkel, und ermöglicht die Vorhersage des Risikos, zukünftig eine Insuffizienzfraktur zu erleiden. Über diese Untersuchung, die auch als virtuelle Knochenbiopsie bezeichnet wird, lässt sich die Knochenqualität, einschließlich des Mineralisationsgrades und der Trabekeldicke, beurteilen. Insofern ist dieses Verfahren nicht nur zur Therapiekontrolle wertvoll, sondern es bietet insbesondere auch wichtige Zusatzinformationen zur Entscheidung über die individuell am besten geeignete Therapie. Da die Steroidosteoporose durch eine Verdünnung der Knochenbälkchen charakterisiert ist, ist die feinstrukturelle Analyse der knöchernen Mikroarchitektur gerade bei Rheumapatienten von besonderer Bedeutung. Diese Untersuchung ist bisher nur in wenigen spezialisierten osteologischen Schwerpunktzentren in Deutschland möglich.

Kohlensäurehaltige Mineralwässer, Milchprodukte (Käse, Quark, Milch), Algen, Brokkoli und Sesamkeime sind gute Calciumquellen.

Fotos: iStockphoto

Prävention

Im wesentlichen gibt es drei anzustrebende Grundbedingungen für die Skelettgesundheit.
Diese sind ein balancierter Calciumstoffwechsel, ausreichende körperliche Aktivität und die Vermeidung unnötiger Osteoporose-Risikofaktoren (z.B. Nikotin, Untergewicht).

Calcium

Eine Normalisierung der Calciumhomöostase steht immer am Anfang aller präventiven und therapeutischen Bemühungen. Dafür ist eine ausreichende Calciumzufuhr und eine ausreichende Vitamin-D-Versorgung zwingend notwendig. Der tägliche Bedarf an Calcium liegt, gemäß der aktuellen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, bei 25 mmol (1.000 mg) für Erwachsene und bei 30 mmol (1.200 mg) im Jugendalter. Kohlensäurehaltige Mineralwässer, Milchprodukte (Käse, Quark, Milch), Algen, Brokkoli und Sesamkeime sind gute Calciumquellen. Das Institute of Medicine hat im Jahr 1997 eine lebenslange, tägliche Calciumzufuhr von 2.500 mg als oberen tolerierbaren Einnahmewert (UTL) festgelegt. Bei einem Überschreiten des Wertes kann ein erhöhtes Risiko für Weichgewebskalzifikationen (Ablagerung im Gewebe) nicht sicher ausgeschlossen werden. Bei der Calciumaufnahme über die Nahrung ist eine Assoziation mit möglichen unerwünschten Nebenwirkungen, wie sie für Calciumsupplemente im Hinblick auf kardiovaskuläre Risiken, Nierensteine und gastrointestinale Beschwerden berichtet wird, nicht bekannt. Dies liegt vermutlich an einer langsameren und gleichmäßigeren gastrointestinalen Passage und enteralen Aufnahme (über den Darm). Von der täglich zugeführten Calciummenge werden unter physiologischen Bedingungen 25-45 Prozent resorbiert. Je niedriger die Calciumzufuhr ist, desto höher ist die prozentuale Resorption und umgekehrt. Das Ausmaß der Cal-

Wieviel Vitamin D unser Körper bildet, ist abhängig vom jeweiligen Hauttyp, von der Jahreszeit und dem Breitengrad auf dem wir uns befinden sowie nicht zuletzt auch von der Verwendung einer Sonnencreme mit Lichtschutzfaktor.

ciumresorption fällt mit zunehmendem Alter ab. Für die enterale Calciumaufnahme im Dünndarm sind Vitamin D (Calcitriol) und Magensäure von fundamentaler Bedeutung. Die vielen verfügbaren Calcium-Supplemente auf Calciumcarbonat-Basis haben heute in der osteologischen Therapie Ihre Bedeutung im Wesentlichen verloren. Ungeachtet dessen ist bei bestimmten Patientengruppen auch heute noch eine Calciumsubstitution zwingend indiziert. Dies gilt zum einen für Patienten mit Essstörungen und Patienten, denen es nicht gelingt eine tägliche Aufnahme von 1.000-1.500 mg Calcium über die Nahrung sicherzustellen. Die größte Zahl der Patienten, die heute der Calciumsubstitution bedürfen, sind die Patienten mit verminderter Magensäurebildung, entweder durch PPI-Einnahme oder altersassoziierten Belegzellfunktionsverlust, bei denen eine enterale Aufnahmestörung für Calciumcarbonat besteht. Bei diesen Patienten müssen wir Calciumglukonat- oder Calciumcitrat-Präparate zur Normalisierung der Calciumhomöostase substituieren.

Vitamin D

Vitamin D ist ein besonderes Vitamin, weil es vom Körper selbst zu einem Hormon umgewandelt / aktiviert wird. Für die Knochengesundheit ist es von besonderer Bedeutung, weil es essentiell für die Calciumaufnahme im Darm, und damit die Knochenmineralisation ist. Darüber hinaus verbessert Vitamin D die muskuläre Leistungsfähigkeit und verringert damit das Sturzrisiko. Vitamin D3 (Cholecalciferol, Calciol) wird in der Haut gebildet, kann aber auch zu einem kleineren Teil mit fettreicher Nahrung aufgenommen werden (z.B. Fisch, Ei, Leber). In südlichen Regionen (Mittelmeer) werden 80-90% des menschlichen Vitamin D Bedarfes durch Vitamin D Bildung in der Haut gedeckt.

»Eine osteologische Überprüfung des Knochenstatus sollte bereits bei Beginn der Rheumatherapie erfolgen.«

»Die Osteoporose ist eine sehr gut therapierbare Erkrankung.«

UVB-Strahlung (280 bis 320 nm) führt in der Haut zur fotochemischen Umwandlung von 7-Dehydrocholesterol zu Cholecalciferol. Allerdings ist die kutane Synthese sehr variabel und abhängig von

- Hauttyp
- individueller Hautpigmentierung
- der Verwendung von Haut- bzw. Sonnencremes
- der Jahreszeit
- und geographischem Breitengrad.

Eine Person mit heller Haut und Exposition des ganzen Körpers etwa in Badebekleidung, kann im Sommer 10.000-25.000 Einheiten Vitamin D innerhalb von 45 Minuten bilden. Dabei ist jedoch von großer Bedeutung, wie viel UVB-Strahlung von der Sonne die Haut erreicht und tatsächlich wirksam werden kann, denn allein die Verwendung einer Sonnenschutzcreme mit dem Lichtschutzfaktor 15 reduziert die Vitamin D Bildungskapazität der Haut um 99 Prozent. Doch auch ohne Sonnenschutz kann es zu einer Verringerung der effektiven UVB-Strahlung kommen. In Regionen nördlich des 37. Breitengrades (nördlich von Athen) ist im Winter der Auftreffwinkel der Sonnenstrahlen klein, so dass nur sehr wenig bis gar kein Vitamin D in der Haut gebildet werden kann. Auch Hautalterung reduziert die Vitamin D Synthesefähigkeit, da im Alter die 7-Dehydrocholesterol-Konzentration der Haut sinkt. Dies hat zur Folge, dass die Haut eines 70-jährigen nur noch ca. 25% der 7-Dehydrocholesterol-Konzentration enthält im Vergleich zur Haut eines 20-jährigen. Daraus resultiert eine deutlich reduzierte Vitamin-D-Synthesefähigkeit der alternden Haut. Zudem führt der moderne Lebensstil sowie das weit verbreitete Verhalten, aus Gründen einer durchaus sinnvollen Hautkrebspräbvention, die Sonne eher zu meiden, zusätzlich zu einer Reduktion der solaren Vitamin D-Versorgung der Bevölkerung.

info

- Hamburg befindet sich auf dem 53. Breitengrad. Hier ist eine Vitamin D Produktion in der Haut durch Sonnenlicht nur von Mai bis August zwischen 10 und 15 Uhr möglich.
- Der 25-OH-Vitamin D3 Blutspiegel muss oberhalb von 30µg/l liegen.
- Die tägliche Vitamin D Zufuhr muß mindestens 800 I.E. pro Tag betragen.

Wieviel?

Für die Knochengesundheit ist ein Vitamin D Spiegel im Blut von >30µg/l (gemessen werden muss das 25-Hydroxy-Vitamin D3) notwendig. Wenn dieser Wert erreicht bzw. überschritten wird, gibt es keine Vitamin-D-Mangel bedingten Mineralisationsstörungen des Knochens. Ohne zusätzliche Vitamin-D-Einnahme erreichen in Hamburg leider nur wenige Menschen diesen Spiegel und deutschlandweit besteht ein endemischer Vitamin-D-Mangel! Gemäß verschiedener vom Robert-Koch-Institut durchgeführten Studien weisen etwa 60% der Erwachsenen und sogar über 80% der Jugendlichen in Deutschland einen Vitamin-D-Mangel auf! Bei lang anhaltenden Vitamin D- oder Calciummangelzuständen wird kontinuierlich Calcium aus dem Skelett freigesetzt. Zudem wird entsprechend weniger Calcium, im Rahmen des Knochenumbaus, wieder in den Knochen eingebaut. Es entsteht also schleichend eine Knochenmasseverlustsyndrom (Osteoporose) und eine Mineralisationsstörung (bei Kindern Rachitis, bei Erwachsenen Osteomalazie).

Substitution

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt allen Menschen die älter als 12 Monate sind eine tägliche Zufuhr von mindestens 800 I.E. Vitamin D. Besteht bereits ein Vitamin-D-Mangel, sind häufig wesentlich höhere Dosierungen erforderlich, um den Zielbereich von >30µg/l 25-OH-D3 zu erreichen. 800 I.E. Vitamin D sind enthalten in 400 Gramm Hering, in 24 Litern Milch, in 16 Hühnereiern, in 3 Kilogramm Vollfettkäse, oder in 1 Kilogramm Leber. Das zeigt, dass eine Sicherstellung der Vitamin D Versorgung alleine über die Nahrung kaum möglich und sicher auch nicht gesund ist. In den skandinavischen Ländern ist dieses Problem durch eine Lebensmittelanreicherung mit Vitamin D seit Jahren erfolgreich gelöst. Weil dies hierzulande bisher nicht der Fall ist, ist eine Substitution mittels Vitamin D aus der Apotheke für viele Bundesbürger und für fast alle Rheumapatienten dringend erforderlich. Die Höhe der notwendigen Vitamin-D-Substitution – in der Regel zwischen 1.000 und 4.000 I.E. pro Tag – sollte individuell durch den Rheumatologen, respektive den mitbehandelnden Osteologen, festgelegt werden.

Fotos: iStockphoto

Therapie

Spezifische medikamentöse Osteoporosetherapie

Für die Medikamentöse Therapie der Osteoporose steht eine Vielzahl von Medikamenten zu Verfügung. Dadurch kann entweder der Knochenabbau gehemmt, oder aber der Knochenaufbau gefördert werden. Eine optimale Osteoporosetherapie wird heute individuell an die spezifischen Bedürfnisse des einzelnen Patienten angepasst. Hierbei spielen Art und Schwere der Osteoporose ebenso eine Rolle, wie Begleiterkrankungen und Risiken des jeweiligen Patienten. Darüber hinaus sind auch die unterschiedlichen Haupt- und Nebenwirkungsprofile der Osteoporose-Medikamente selbst von Bedeutung für die Wahl der Therapie.

Medikamente:

Klassische Beispiele für Medikamente die den Knochenabbau hemmen:

- die verschiedenen Bisphosphonate (z.B. Alendronat, Ibandronat, Risidronat, Zoledronat)
- der monoklonale Antikörper Denosumab
- selektive Östrogen-Rezeptor-Antagonisten (z.B. Raloxifen).

Für den Knochenaufbau steht aktuell das Teriparatid zur Verfügung.

Wirkweise und Einnahme:

Bisphosphonate binden an die Knochenmatrix indem sie sich auf der Oberfläche des Knochens festsetzen. Sie verhindern die Resorption und den Umbau des Knochens und sind Medikamente der ersten Wahl. Ihre frakturs enkende Wirkung ist seit mehr als 20 Jahren umfassend dokumentiert. Bisphosphonate müssen bei oraler Einnahme streng auf nüchternen Magen eingenommen werden, da ansonsten eine Komplexbildung des Bisphosphonat mit dem in der Nahrung befindlichen Kalzium stattfindet und die ohnehin geringe körpereigene Aufnahme von Bisphosphonaten (0,6 – 1,5%) dann gegen Null geht.

Denosumab ist ein Antikörper gegen ein körpereigenes Eiweiß namens RANKL, welches für die Entstehung und Aktivität der knochenabbauenden Zellen (Osteoklasten) essentiell ist. Denosumab wird halbjährlich in die Bauchhaut injiziert und hemmt dann für etwa 6 Monate wirksam den Knochenabbau. Dieses Medikament wirkt besonders gut bei Patienten bei denen die Osteoporose durch einen vorwiegenden Verlust des Rahmenknochens (Kortikalis) charakterisiert ist.

Raloxifen ist ein selektiver Östrogenrezeptor-Modulator der hauptsächlich in der Therapie der postmenopausalen Osteoporose bei Frauen vor dem 60. Lebensjahr verwendet wird. Die Einnahme erfolgt täglich in Tablettenform. Kontraindikationen sind vor allem thrombembolische Ereignisse in der Anamnese. Klimakterische Beschwerden können durch Raloxifen verstärkt werden. Neben seiner osteoprotektiven Wirkung reduziert Raloxifen auch die Inzidenz des Östrogenrezeptor-positiven Mammakarzinoms.

Teriparatid wird täglich in die Bauchhaut injiziert (Applikation: 20 µg/Tag). Es bewirkt eine deutliche Steigerung der Knochenneubildung und ist somit frakturs enkend. Aufgrund der relativ hohen Jahrestherapiekosten wird der Einsatz von Parathormon in erster Linie auf Patienten mit schwerer Osteoporose, auf Patienten mit neu auftretenden Frakturen unter anderen spezifischen Osteoporosemedikationen, und auf Patienten mit Steroidosteoporose begrenzt. Die Therapiedauer für Teriparatid ist auf 24 Monate begrenzt.

Ausblick

Aktuell befinden sich drei weitere sehr vielversprechende Substanzen im Zulassungsprozess: Dabei handelt es sich um den Cathepsin K Inhibitor Odanacatib, den Sklerostin Antikörper Romosozumab und das PTHrP, die versprechen, das Repertoir der zukünftigen medikamentösen Osteoporosetherapie noch weiter zu verbessern. Bereits heute gilt, dass Osteoporose kein Schicksal, sondern eine hervorragend therapierbare Erkrankung ist. Noch besser ist es natürlich durch frühzeitige Aufmerksamkeit die Entstehung einer Osteoporose ganz zu verhindern, was durch eine Balancierung des Calcium- und Knochenstoffwechsels sehr erfolgreich möglich ist.

Fazit: Knochengesundheit ist heute, durch osteologische Mitbehandlung, auch für den Rheumapatienten möglich.

broschüre

Rheuma und Beruf

Diese Broschüre gibt Personalverantwortlichen einen praktischen Überblick und zeigt auf, welche unterstützenden Möglichkeiten es gibt, wenn sie Menschen mit einer Behinderung beschäftigen. Betroffenen wird gezeigt, warum es besser ist, offen mit der Erkrankung umzugehen und Unterstützung durch die Personalverantwortlichen einzuholen, statt die Erkrankung zu verschweigen. Die Broschüren Rheuma und Beruf sowie Im Job mit Rheuma gibt's bei der Deutschen Rheuma-Liga:

www.rheuma-liga/beruf.de

Beruflich und sozial integriert auch mit Rheuma

Berufstätig sein, einem Erwerb nachgehen, seinen Job machen – für viele ist das auch mit sozialer Anerkennung verbunden.

Man ist integriert, fühlt sich gebraucht und nicht zuletzt hilft der Arbeitsalltag auch dabei, Struktur ins Leben zu bringen. Ein Stück Normalität, deren Wert viele erst zu schätzen wissen, wenn sie nicht mehr selbstverständlich ist. Dann etwa, wenn die Diagnose einer chronischen Erkrankung Fragen aufwirft und Hürden auftauchen. Gut beraten ist, wer seine Rechte kennt und weiß, wo es Unterstützung gibt. Berufsleben und Erkrankung zu vereinbaren, bleibe für jeden Betroffenen eine Herausforderung, so Marion Rink. „Oft hören die Beraterinnen der Rheuma-Liga in den Beratungsgesprächen das Bedauern, nicht schon früher von den vielen rechtlich abgesicherten Unterstützungsmöglichkeiten zum Thema Arbeit gehört zu haben", schreibt die Vizepräsidentin der Deutschen Rheuma-Liga in ihrem Vorwort zur Broschüre *Im Job mit Rheuma* die von der Deutschen Rheumaliga herausgegeben wurde, um einen Beitrag für mehr Aufklärung zu leisten und gleichzeitig zum eigenen Handeln aufzufordern.

Man muss selbst aktiv werden, weiß auch Birgit Schröder, Fachanwältin für Medizinrecht, die im nachfolgenden Interview Fragen zum Thema beantwortet.

Fotos: iStockphoto

Interview

mit Rechtsanwältin **Dr. Birgit Schröder**, Fachanwältin für Medizinrecht, aus Hamburg

»Manchmal muss man für seine Rechte eben streiten«

Frau Dr. Schröder, eine der wesentlichen Fragen, die viele Menschen mit einer chronischen Erkrankung beschäftigt, ist folgende: Werde ich meinen Beruf weiter ausüben können? Damit verbunden ist auch die Frage: Sollen Betroffene Arbeitgebern und Kollegen davon erzählen oder nicht? Gibt es eine Faustregel?

Pauschal lässt sich das sicher nicht beantworten. Es hängt auch stark von der jeweiligen Tätigkeit ab. Wenn die Erkrankung den Patienten erst einmal nicht beeinträchtigt bei seiner Tätigkeit, ist es sicher nicht unbedingt notwendig, Arbeitgeber oder Kollegen zu informieren.

Wie verhält es sich bei einem Jobwechsel, etwa bei Bewerbungsgesprächen?

Auch hier ist man nicht verpflichtet, seine Erkrankung mitzuteilen, solange die auszuübende Tätigkeit davon nicht beeinträchtigt wird oder gar Risiken damit verbunden sind. So z.B. wenn ein Dachdecker unter Epilepsie leidet oder MS-bedingte Symptome hat, die sich etwa auf das Gleichgewicht auswirken. In so einem Fall kann man das Verschweigen der Krankheit nicht vertreten. Zuweilen können Betroffene, etwa durch kognitive Beeinträchtigungen und Fatigue, auf andere aber auch leicht benebelt wirken. Dann ist es unter Umständen besser, wenn die Kollegen Bescheid wissen, damit keine Gerüchte entstehen. Vielleicht ist man auch nicht mehr ganz so belastbar und Kollegen, die informiert sind, können eher Rücksicht nehmen.

Manchmal werden bestimmte Bedingungen am Arbeitsplatz erforderlich, etwa ein ergonomischer Arbeitsplatz oder auch Arbeitszeitverkürzung. Welche Ansprüche hat man als Arbeitnehmer?

Grundsätzlich hat man als Arbeitnehmer Anspruch auf Teilzeit, aber eine Reduzierung der Arbeitszeit muss in die betrieblichen Erfordernisse passen. Eine Investition in ergonomische Arbeitsmittel, kann der Arbeitgeber natürlich zunächst als Betriebsausgabe absetzen und ggf. auch Leistungen des Integrationsamtes beantragen, die dann Zuschüsse gewähren.

Sollte für eine Arbeitszeitverkürzung oder die Anschaffung ergonomischer Arbeitsmittel ein Schwerbehindertenausweis vorliegen?

Nein, dies ist nicht notwendig. Aber der Nachweis der Schwerbehinderung erleichtert dem Unternehmen z.B. eine evtl. Bezuschussung vom Integrationsamt. Größere Unternehmen sind ohnehin verpflichtet, Mitarbeiter mit Behinderungen einzustellen und werden dementsprechend dann von der Ausgleichsabgabe befreit.

Würden Sie Betroffenen dazu raten, einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen?

Erfahrungsgemäß scheint es häufig so zu sein, dass Betroffene sich kränker fühlen, wenn sie den Ausweis beantragen. Weil sie sich damit unwohl fühlen und den Ausweis als Eingeständnis betrachten, schwer krank zu sein. Dies ist natürlich ein rein subjektives Gefühl, aber wenn dem so ist, sollte man es lassen. Allerdings darf man nicht vergessen, dass der Ausweis auch Vorteile mit sich bringt.

»Wer rechtlichen Beistand braucht und keine finanziellen Mittel hat, kann Prozesskostenhilfe beantragen. Auch eine Rechtsschutzversicherung kann durchaus sinnvoll sein.«

»Krankenkassen denken immer kurzfristig. Dass langfristig weitere Folgekosten entstehen, wenn bestimmte Behandlungen nicht bewilligt werden, wird nicht mit berechnet.«

Welche sind das und wie geht man vor um den Ausweis zu beantragen?

Als Arbeitnehmer hat man neben mehr Urlaubstagen auch einen besonderen Kündigungsschutz. Darüber hinaus bezuschusst das Integrationsamt bestimmte Maßnahmen. Nicht zuletzt wird es einfacher, Erwerbsminderungsrente zu beantragen, wenn der Ausweis bereits vorliegt.
Um den Ausweis zu beantragen, benötigt man sinnvollerweise eine ärztliche Stellungnahme.

Der Schwerbehindertenausweis muss beim zuständigen Versorgungsamt beziehungsweise Landesamt beantragt werden. Eine Adressliste mit Kontaktdaten für alle Bundesländer findet man hier: www.versorgungsaemter.de

Welche Voraussetzungen müssen dafür erfüllt sein?

Für den Schwerbehindertenausweis muss ein Behinderungsgrad von mindestens 50 Prozent vorliegen. Wird der Antrag abgelehnt, lohnt sich aber hier auch fast immer eine Klage.

Wer bekommt Erwerbsminderungsrente?

Erwerbsminderungsrente erhält, wer aus gesundheitlichen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt ist. Es müssen sowohl die medzinischen als auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein. D.h. der Arbeitnehmer muss z.B. ausreichend lange sozialversicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein. In der Praxis ist es häufig nur eine Frage der medizinischen Bewertung. Der Antrag wird bei der Deutschen Renetenversicherung gestellt. Dort wird dann zunächst ein internes Gutachten erstellt. Häufig erfolgt erst einmal eine Ablehnung. Ich rate immer dazu, Widerspruch einzulegen, denn unabhängige Sachverständiger bei Gericht kommen meistens zu anderen Ergebnissen als die Gutachter der Rentenversicherung.

Wenn ein an Rheuma erkrankter Arbeitnehmer aufgrund seiner Erkrankung längere Zeit fehlt – welche Rechte hat er in Bezug auf den Erhalt seines Arbeitsplatzes?

Zunächst läuft ein vorhandener Arbeitsvertrag ja erst einmal weiter. Der Arbeitgeber wird ggf. befristet jemanden einstellen, bis der erkrankte Arbeitnehmer zurück kommt. Er hat aber auch die Möglichkeit fristgerecht, also „ordentlich“ zu kündigen. Man muss dann schauen, ob diese Kündigung rechtens ist. Je nachdem, wie lange man als Mitarbeiter im Unternehmen beschäftigt gewesen ist, lohnt sich eine Kündigungsschutzklage. Wenigstens um finanziell etwas besser da zu stehen. Grundsätzlich hat man keinen gesetzlich geregelten Anspruch auf eine Abfindung, aber nach einer Klage läuft es meist auf einen Vergleich hinaus und damit verbunden ist häufig eine Abfindung. Für den Arbeitnehmer ist es mitunter auch nicht umsetzbar einen Arbeitsplatz über lange Zeiträume freizuhalten. Idealerweise spielen beide Seiten mit offenen Karten.

Welche Rechte hat man als Patient mit einer rheumatischen Erkrankung in Bezug auf Leistungen der

Fotos: iStockphoto

Krankenkassen. Zum Beispiel die Kostenübernahme von Funktionsgymnastik oder Physiotherapie. Oder auch für einen Rehaaufenthalt.

Das ist ein großes Thema, denn die ganzen Heilmittel, wie Physio, Ergo-Logotherapie, oder eben Funktionsgymnastik, werden zunehmend weniger veschrieben, man verordnet lieber Medikamente. Hier muss man sich im Zweifel dann streiten. Wer eine physiotherapeutische Behandlung braucht, von seiner Krankenkasse aber eine Ablehnung bzgl. der Kostenübernahme erhält, muss dagegen vorgehen. Häufig kommt es auch vor, dass der verordnende Arzt eine Behandlung zwei oder dreimal wöchentlich für notwendig erachtet, die Kasse aber nur einmal pro Woche bezahlen will.

Was kann man tun?

Um hier eine Kostenübernahme – sei es für Heilmittel oder auch Rehamaßnahmen – bewilligt zu bekommen, muss man tatsächlich oft kämpfen und durchhalten. Erfolgt auf den ersten Antrag ein ablehnender Bescheid, sollte man Widerspruch einlegen. Ist auch der Widerspruchsbescheid ablehnend, dann kann man Anfechtungsklage erheben. Darauf erfolgt dann irgendwann ein Urteil, gegen das man theoretisch noch Rechtsmittel einlegen kann. Dieses ganze Procedere kann sich natürlich über sehr lange Zeiträume (Jahre) ziehen. Fakt ist aber, dass eine Ablehung durch die Krankenkasse oder Rentenversicherung nicht akzeptiert werden muss und auch oft nicht endgültig ist.

Frau Dr. Schröder, ich danke Ihnen für das Gespräch.

info

2016 steigen die Renten

Die Rentenanpassung zum 1. Juli 2016 beträgt nach den Modellrechnungen knapp 4,4 % (West) und rund 5 % (Ost). Die tatsächliche Höhe der Rentenanpassung wird erst im März 2016 feststehen, wenn alle erforderlichen Daten vorliegen. Auch die Erwerbsminderungsrente steigt.

Alle Infos und Änderungen: www.bmas.de

Neu ab 23. Januar 2016: Terminservicestellen

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen ab 2016 zur Einrichtung von Terminservicestellen für die zeitnahe und angemessene Behandlung durch einen Facharzt. Sie haben bei Vorliegen einer Überweisung an einen Facharzt einen Termin zu vermitteln. (gilt nicht für Termine beim Zahn-, Augen- oder Frauenarzt). Die Wartezeit darf vier Wochen nicht überschreiten. Kann diese Frist nicht eingehalten werden, hat die Terminservicestelle einen Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten. Die Servicestellen sollen ab dem 23. Januar 2016 besetzt sein. Telefonnummer und Sprechzeiten der Terminservicestelle erfährt man von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. In Hamburg ist diese unter Tel.: 040-55 55 38 30 erreichbar.

Infos: www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__75.html
www.kbv.de/html/terminservicestellen.php:

Patientenrechte:

§ 13 Abs. 3 a SGB V: Wenn eine Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang oder, wenn der Medizinsche Dienst beteiligt ist, nach fünf Wochen entscheidet, muss sie den Grund dem Antragsteller mitteilen. Unterläßt sie dies, so gilt der Antrag als genehmigt. Zuvor muss der Versicherte der Krankenkasse allerdings eine angemessene Frist setzen.

Erwerbsminderungsrente:

Wer nur noch weniger als 3 Stunden täglich arbeiten kann, erhält die „Volle Erwerbsminderungsrente“, wer 3 bis unter 6 Stunden arbeiten kann, eine „Teilweise Erwerbsminderungsrente“. Die Rente muss beantragt werden, ist befristet und kann verlängert werden. Zuständig ist die Rentenversicherung.

Früherkennung:

Magnetresonanztomographie zeigt Gelenkzerstörung

Je eher eine Rheumatoide Arthritis (RA) erkannt wird, desto besser lässt sich die Zerstörung der Gelenke verhindern. Neuere bildgebende Verfahren wie die Magnetresonanztomographie können Strukturschäden und entzündliche Veränderungen um einiges früher erfassen – zu einem Zeitpunkt, wenn das konventionelle Röntgenbild noch unauffällig ist. Diese hohe Sensitivität dient der frühen strukturellen Diagnosesicherung und im Krankheitsverlauf der genauen Therapieüberwachung, außerdem kommt die MRT ohne Röntgenstrahlen aus. „Der grundlegende Vorteil der MRT ist aber sicherlich die frühzeitigere Erkennung von kleinen Veränderungen, die im Röntgen noch nicht gesehen werden können, wobei die Röntgendiagnostik zur Verlaufskontrolle weiterhin ein wichtiger Baustein bleibt“, betont Dr. Florian Schuch. Technische Weiterentwicklungen der MRT (zum Beispiel Niederfeld-MRT) haben inzwischen zu einer breiteren Anwendung der MRT und neuen Indikationen in Klinik und Praxis geführt. Die Niederfeld-MRT zeichnet sich durch eine niedrigere Feldstärke aus und die Tomografen sind halb- beziehungsweise offen, wodurch auch auch klaustrophobische Personen problemlos untersucht werden können. Die Geräte sind deutlich kleiner und lassen sich somit leichter in Klinik und Praxis integrieren. Dank kürzerer Untersuchungszeiten gelingt es heutzutage auf der anderen Seite, auch immer größere Areale bis hin zum ganzen Körper in einer Sitzung zu untersuchen (Ganzkörper-MRT). Die Vorteile der Ganzkörper-MRT gegenüber der Computertomografie liegen im höheren Weichteilkontrast, der höheren Sensitivität und nicht zuletzt in der Strahlungsfreiheit.

Mittels der Magnetresonanztomographie lassen sich Strukturschäden und entzündliche Veränderungen früher erfassen.

(Quelle: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) 11.12.2015)

Gicht und Osteoporose:

Neue Kurzinformationen in vier Sprachen

Mit zwei neuen Faltblättern, „Gicht – leicht verstehen“ und „Osteoporose – leicht verstehen“, setzt die Deutsche Rheuma-Liga ihre Informationsreihe über rheumatische Krankheitsbilder in leicht verständlicher Sprache fort. Die Kurzinformationen richten sich an Rheumapatienten, die kürzlich vom Arzt die Diagnose erhalten haben. Die Faltblätter geben den Betroffenen erste Informationen über ihre Erkrankung. Sie erfahren zudem Hinweise über Therapiemöglichkeiten und was man selbst im Alltag tun kann. Die Kurzinformationen sind auch für Menschen mit Migrationshintergrund gedacht. Die Fortsetzung der Reihe wurde ermöglicht durch Fördergelder der AOK. Die Faltblätter sind in Deutsch, Englisch, Russisch und Türkisch verfügbar.

Sie können kostenlos bestellt werden bei den Verbänden der Deutschen Rheuma-Liga (Service-Nummer zur nächstgelegenen Beratungsstelle: 01804-600 000 (20 Cent pro Anruf aus dem deutschen Festnetz). Außerdem stehen sie als Download im Internet zur Verfügung:

www.rheuma-liga.de/publikationen/kurz-und-knapp

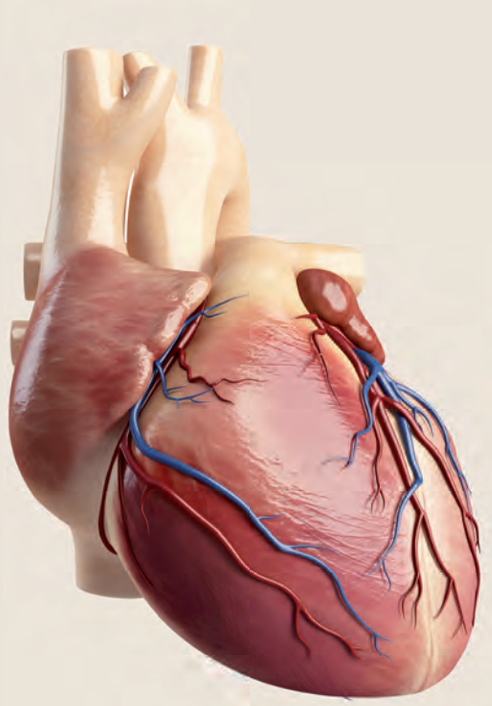
Fotos: iStockphoto

Spondylarthritis:

Risiko für Begleiterkrankungen

Nicht nur Patienten mit einer Rheumatoiden Arthritis, sondern auch mit einer Spondylarthritis (SpA) haben ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Begleiterkrankungen. Bei der Betreuung dieser Patienten sollten daher auch die relevanten kardiovaskulären Risikofaktoren regelmäßig überprüft werden. Das ist das Fazit einer Sitzung mit dem Titel „Spondyloarthropathies and Psoriasis Arthritis - Clinical Aspects and Treatment: Clinical Aspects and Co-Morbidities“ auf der Jahrestagung des American College of Rheumatology im November in San Francisco. Forscher aus Schweden haben auch für Patienten mit Ankylosierender Spondylitis (AS) ein signifikant erhöhtes Risiko für ein akutes Koronarsyndrom (ACS) und Schlaganfall gefunden (siehe Abstract Nr. 1057 auf dem 2015 ACR/ARHP Annual Meeting). Auch Vorhofflimmern, eine weitere Herzrhythmusstörung (der sog. atrioventrikuläre Block, AV-Block) und Schrittmacherimplantationen traten bei AS-, PsA- und uSpA-Patienten etwa doppelt so häufig auf wie in der herangezogenen gesunden Bevölkerungskohorte, so das Ergebnis einer zweiten Studie derselben Arbeitsgruppe (Abstract Nr. 1059 auf dem 2015 ACR/ARHP Annual Meeting). Obwohl die Häufigkeit von Begleiterkrankungen bei SpA-Patienten offenbar groß sei, werde offenbar bei Weitem nicht mit der gebotenen Sorgfalt nach relevanten Risikofaktoren gesucht. Zu diesem Ergebnis kommt eine weitere Studie mit knapp 4000 SpA-Patienten aus 22 Ländern, die im Mittel 44 Jahre alt, männlich und seit durchschnittlich acht Jahren in 89 % der Fälle an einer axialen SpA erkrankt waren (siehe Annals oft he Rheumatic Diseases, Online-Vorabveröffentlichung am 21.10.2015). Die Studienteilnehmer litten insbesondere an Bluthochdruck (34%), einer Fettstoffwechselstörung (27%), Osteoporose (14%), Magendarmgeschwüren (11%) oder hatten bereits einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erlitten (4%). Beim Screening dieser Risikofaktoren gäbe es folglich einen deutlichen Verbesserungsbedarf, meinen die Studienautoren. Je früher solche Begleiterkrankungen entdeckt würden, umso mehr Nutzen könnten SpA-Patienten daraus für ihre gesundheitliche Verfassung ziehen.

(Quelle: www.internisten-im-netz.de/de_aktuelle-rheuma-meldungen_1772.html, letzter Zugriff 13.1.16)



Noch immer wird nicht ausreichend nach relevanten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Begleiterkrankungen gesucht.

Neue Forschergruppe:

2,5 Millionen Euro zur Erforschung von Arthrose

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) fördert eine neue Forschergruppe an der Universität Regensburg bis Anfang 2019 mit ca. 2,5 Millionen Euro. Der Verbund unter der Leitung von Prof. Dr. Susanne Grässel von der Fakultät für Medizin erforscht die zellbasierten De- und Regenerationsprozesse in Gelenken, um auf dieser Grundlage neue Therapien gegen Arthrose entwickeln zu können. Durch Kombination von grundlagenwissenschaftlichen Ansätzen und präklinischen Modellen wollen die Forscher die prinzipiellen Ursachen von Knorpel- und Gelenkknochenzerstörung aufklären und Regenerationsprozesse optimieren. Im Zentrum steht die Suche nach spezifischen Molekülen, die die Mechanosensivität – bzw. Empfindlichkeit auf mechanische Reize – der Knorpel und Gelenkknochenzellen vermitteln und deren Reaktionen auf zellulärer Ebene beeinflussen. Die Zielsetzung der neuen Forschergruppe erfordert ein multidisziplinäres Vorgehen. Mit den Untersuchungen sind deshalb Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus den Bereichen Zell- und Entwicklungsbiologie, Mausgenetik, Rheumatologie, Orthopädie, Unfallchirurgie und Nanotechnologie befasst. Auf diese Weise verfügt der Verbund über ein großes Spektrum von experimenteller bis prä-klinischer Expertise und kann eine schnelle Übertragung der Forschungsergebnisse in die klinische Praxis ermöglichen.

(Quelle: idw-online, letzter Zugriff 18.12.2015)

Die Apotheke am Dermatologikum: *Ihr Ansprechpartner in Sachen Gesundheit und Wohlbefinden*

DIE APOTHEKE
AM DERMATOLOGIKUM

Rheumatologie – ein Schwerpunkt in unserer Apotheke

Die medizinisch korrekte Bezeichnung für Rheuma ist „Krankheiten des rheumatischen Formenkreises“ unter der man etwa 400 verschiedene Erkrankungen zusammenfasst, die durch Entzündungen hervorgerufen werden. Sie können Menschen in allen Altersklassen betreffen und sind häufig mit Schmerzen verbunden. Rheumatologische Erkrankungen bedeuten daher oftmals eine große Belastung für die betroffenen Patienten.
Die Apotheke am Dermatologikum hat sich auf die Betreuung von Rheuma-Patienten spezialisiert, um genau Ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Aus diesem Grund können die Mitarbeiter der Apotheke am Dermatologikum den Patienten eine Beratung zukommen lassen, die wirklich umfassend ist. Unser Rundum-Service mit individueller Belieferung umfasst alle verschreibungspflichtigen und freiverkäuflichen Rheumamedikamente.

Ihre Vorteile

- Permanente Verfügbarkeit Ihrer erforderlichen Medikamente
- Kostenlose Rezeptzusendung
- Kostenlose Lieferung der Medikamente an die genannte Adresse oder direkt in die betreuende Arztpraxis
- Telefonische Patientenbetreuung während der Öffnungszeiten der Apotheke
- Ganzheitliche pharmakologische Begleitung mit Interaktionschecks und Unverträglichkeitsprüfung Ihrer gesamten Medikation
- Doppelte Bonuspunkte (bis zu 8% Rabatt) bei allen Bestellungen rezeptfreier Medikamente in unserer Online-Apotheke unter www.die-apotheke-liefert.de

Wir freuen uns auf Sie!

Mit einem der leistungsstärksten Kommissionier-Automaten in Norddeutschland und vielen Regal-Metern Fläche bieten wir mit über 20.000 stets vorhandenen Artikeln eines der umfangreichsten Apotheken-Sortimente im gesamten Norden. Wir haben was Sie brauchen!

APOTHEKE AM DERMATOLOGIKUM

Stephansplatz 1-5 | 20354 Hamburg

Tel: 040 819 71 96 0
info@apotheke-am-dermatologikum.de
www.apotheke-am-dermatologikum.de

Öffnungszeiten:
Mo - Fr 8:00 – 19:00 Uhr
Sa 9:00 – 15:00 Uhr

Fotos: Apotheke am Dermatologikum

Die Deutsche Rheuma-Liga.
Gemeinsam mehr bewegen.

In Deutschland leidet etwa ein Viertel der Bevölkerung an Funktionseinschränkungen durch muskuloskelattale Erkrankungen. Rund 10 Mio. Menschen sind hierzulande erfasst, wenn es um eine klinisch manifeste, behandlungsbedürftige und chronische Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates geht. Ganz gleich, ob es um schwere Rückenschmerzen, Kniegelenksarthrose oder eine Polyarthrose in den Händen geht. Ob eine entzündlich-rheumatische Erkrankung Schmerzen verursacht oder ob das eigene Kind an Rheuma leidet. Die Rheuma-Liga (RL) ist für alle diese Menschen da. „Wir helfen jedem der zu uns kommt," so Christel Kalesse, Vorsitzende der RL Hamburg.

Mit ca. 280.000 Mitgliedern ist die RL der größte Selbsthilfeverband im Gesundheitswesen. 16 Landes- und drei Mitgliedsverbände beraten und informieren, frei von kommerziellen Interessen. Angebote der Hilfe und Selbsthilfe, die Aufklärung der Öffentlichkeit und die Interessenvertretung Rheumakranker gegenüber Politik, Gesundheitswesen und Öffentlichkeit sind vorrangige Aufgaben der Organisation. *(*Quelle: Deutsche Rheuma-Liga, Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie)*

Beratung – Begegnung – Bewegung

Wie in allen Geschäftsstellen steht auch in Hamburg ein gut geschultes Team allen Rheumakranken zur Verfügung. Persönlich oder am Telefon. Die Beratung ist umfassend: Ob es um Soziales geht oder um den Behindertenausweis, Fragen zur Rente, Hilfsmittel oder die Unterstützung von Eltern rheumakranker Kinder und Jugendlicher. Auch in Bezug auf Ergotherapie kann die Rheuma-Liga weiterhelfen.

Neben Info-Veranstaltungen zu verschiedensten Themen, gibt es auch Patientenschulungen, ärztliche Vorträge, Workshops und Seminare sowie vielfältige Veranstaltungen und Ausflüge.

Nicht zuletzt bewegt die Rheuma-Liga: Mit Bewegungsangeboten in Gruppen und unter physiotherapeutischer Leitung. Auf der Matte und im Wasser. Funktionstraining kann vom Arzt verordnet und von der Krankenkasse bezahlt werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Kurse als Sebstzahler zu belegen. Alle Angebote der Rheuma-Liga sollen dazu dienen, die Eigeninitiative der Betroffenen zu stärken.

Beratung - Bewegung - Begegnung
- Unsere Stärke ist die Selbsthilfe! -
Rheumakranke helfen Rheumakranken!

Wir bieten: Beratung - Bewegungsangebote in Gruppen - Veranstaltungen - Selbsthilfegruppen

Deutsche Rheuma-Liga Landesverband Hamburg e. V.,
Dehnhaide 120, Haus 17, 22081 Hamburg, Tel.: 040/669 07 65-0
Fax: 040/669 07 65-25
E-Mail: info@rheuma-liga-hamburg.de
www.rheuma-liga-hamburg.de

Deutsche RHEUMA-LIGA
Landesverband Hamburg e.V.

CHUGAI

Auftrag Gesundheit

Über 800.000 Menschen leiden in Deutschland an Rheumatoider Arthritis – eine Erkrankung, die ein normales Leben extrem erschwert.

Wir haben die Entzündungsprozesse erforscht und neue Angriffspunkte gefunden. Eine klare Perspektive für viele Betroffene, die neue Lösungen brauchen.

Und wir forschen weiter.