



**Jahresbericht 2014
der Klinik für Nephrologie und
Allgemeine Innere Medizin**



Auslese 2014

Nephrologie und Allgemeine Innere Medizin



Das Jahr 2014 war weiter geprägt durch die hohen Anforderungen der Unternehmensleitung an die Mitarbeiter. Die Besetzung von Intensivstation und 2. Notarztwagen fordert ihren Tribut. Die Anforderungen von Seiten der Zuweiser, Patienten und der eigenen Administration steigen täglich. Alle Mitarbeiter waren hochengagiert, die nephrologischen und hypertensiologischen Behandlungsmöglichkeiten am Städtischen Klinikum Solingen weiterzuentwickeln. Durch die großen Erfahrungen ist es gelungen, den Anteil der Patienten in der Klinik für Nephrologie und allgemeine Innere Medizin weiterhin zu steigern, welches immer wieder eine neue Herausforderung bleibt. In diesem Zusammenhang sei auch den niedergelassenen Kollegen für ihre aktive Unterstützung gedankt.

Den neuen Kollegen wie Frau Dr. Finke-Randerath, Frau Dr. Flachs, Herrn Giese, Frau Dr. Imhof, Frau Dr. Kövesdi, ist es gelungen, den personellen Wechsel voranzutreiben und auch das klinische Niveau weiterzuentwickeln.

In der nephrologischen Weiterentwicklung konnten wir einige methodische Neuigkeiten in das Programm für Nephrologie integrieren. Im Bereich der Hypertonie konnte Herr Prof. Schmitz sein europäisches Zertifikat als European Hypertension Specialist erwerben. Die Deutsche Hochdruck Liga hat der Klinik für Nephrologie in Kooperation mit der Klinik für Kardiologie den Titel des Bergischen Hochdruck-Zentrums verliehen.

In Kooperation mit der Charité, dem Universitätsklinikum Erlangen-Nürnberg, der Universität Göttingen wurde die Umfrage zur Entwicklung zum Standard des akuten Nierenversagens in Deutschland abgeschlossen und erfolgreich veröffentlicht. So wurde unter Mitarbeit der Klinik für Nephrologie am Städt. Klinikum Solingen eine bundesweite Erhebung zum Thema „Behandlungsstandard des akuten Nierenversagens in Deutschland“ begonnen und auch abgeschlossen.

Die Kooperation mit dem KfH im Bereich der Peritonealdialyse läuft weiterhin

gut. Die verschiedenen Verfahren der Heimdialyse finden zunehmende Akzeptanz - auch bei der alternden Bevölkerung. Vor diesem Hintergrund sind die Heimdialyse und die assistierte Heimdialyse ein fester Bestandteil der Versorgung der Patienten in Solingen geworden.

Im Bereich der Rheumatologie sind die Anfragen weiterhin gestiegen, so dass das Umfeld für eine Weiterentwicklung rheumatologischer Fragestellungen und der Fragestellung mit unklarem Krankheitsbild im Klinikum weitergehende Akzeptanz gewinnt und die Klinik für Nephrologie hier auch die anderen Kliniken im Hause unterstützen kann. Besonders erfreulich ist, dass mit Herrn Dr. Vordenbäumen zum 1. Oktober 2014 ein Oberarzt gewonnen werden konnte, der mit langjähriger klinischer und wissenschaftlicher Erfahrung den rheumatologischen Schwerpunkt im Städtischen Klinikum Solingen weiterentwickelt und hier ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten eröffnet.

Die diabetologische Versorgung mit der Medizinischen Klinik I entwickelt sich weiterhin erfreulich. Dies führt zu einer verbesserten Versorgung von Patienten im Städt. Klinikum Solingen und auch die Möglichkeit, die Ausbildung zum Diabetologen vorzuhalten.

Erfreulich ist, dass die Schlaganfallbehandlung zum Standard im Städt. Klinikum Solingen geworden ist. Die Zertifizierung durch den TÜV der Schlaganfallereinheit konnte erneut erfolgreich durchgeführt werden. Die Schlaganfallmedizin im Klinikum Solingen ist somit ein fester Standard. Hier sei auch den beteiligten Kliniken Kardiologie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie und auch den neurologischen Kollegen besonders gedankt.

Wir konnten weiter die Möglichkeit gewährleisten, Assistenten und Oberärzten Kongressbesuche zu ermöglichen. Eine Reihe von Beiträgen von Mitarbeitern der Klinik wurde in nationalen und internationalen Zeitschriften publiziert. Darüber hinaus gelang es, die Ausbildung der Studenten im praktischen Jahr weiterhin zu ermöglichen und zu verbessern.

Den Förderern unserer klinischen und wissenschaftlichen Arbeit und dem Förderverein des Klinikums danke ich im Namen aller Mitarbeiter.

Prof. Dr. P. Heering



Behandlung ist Teamsache

Die erste Anlaufstelle für die Behandlung der unterschiedlichen Erkrankungen sind die verschiedenen Sprechstunden. So führen wir in Solingen folgende Spezialsprechstunden durch: Peritonealdialyse, Transplantationsvorbereitung und -nachsorge, nephrologische Sprechstunden und rheumatologische Sprechstunden.

Die stationäre Behandlung der nephrologischen Klinik wird auf drei Stationen durchgeführt. Dort sind neben dem Pfllegeteam und dem Ärzteteam auch die Krankengymnasten tätig, die die Patienten vom Tag der ersten Aufnahme bis zur Entlassung begleiten.

Ranking:

So wurde das Klinikum Solingen im Fokus als herausragendes Klinikum 2014 gelistet und auch Prof. Heering im Jahr 2014 erneut als herausragender Spezialist für Nieren- und Hochdruckkrankheiten gelistet.

Bei unserer Behandlung möchten wir unseren Patienten die bestmögliche Versorgung bieten.

Dazu gehört ein eingespieltes Team mit großem Know-How um alle Patienten mit der ersten Vorstellung in der Ambulanz mit der eingehenden Diagnostik und weiterer Abklärung zu betreuen und zu beraten, die stationäre Behandlung durchzuführen und ggf. die weitere Diagnostik und Therapie zu planen, durchzuführen und weitere Behandlungen mit schneller Genesung zu ermöglichen. Die Qualität und das Ergebnis beurteilen die Patienten, die zuweisen- den Ärzte und die Krankenkassen, die diese Daten sammeln und hieraus ergibt sich ein Ranking. Wir sind stolz auf die Erfolge unserer langjährigen Arbeit. Für unsere Patienten das Beste.





Das Ärzte-Team

Chefarzt: Prof. Dr. Peter J. Heering

Oberärzte:

Dr. Susanne Bartel-Kuß, Dr. Stephan Dicke,
Dr. Michael Schmitz, Dr. Stefan Vordenbäumen

Funktionsoberarzt:

Dr. Gertrud Sophie Schenke

Neurologie:

Dr. Ulrich Bock, Dr. Frank Frantzen, Herr Bronowizki

Rheumatologie:

Dr. Stefan Vordenbäumen, Dr. Harald Strothmeyer

Assistenzärzte:

Dr. Faisal Abu Hazim, Dr. Alexander Denif, Dr. Lukas Eberwein,
Dr. Simone Finke Randerath, Dr. Christine Hintemann-Semrau,
Dr. Mohamed Hussein, Inga Imhoff, Dr. Ines Flachs, Phillip Schlemper,
Christian Giese, Dr. Szofia Kövesdi, Dr. Ausra Paluckaite,
Dr. Simone Rudolf, Dr. Daniele Schmit, Christin Zaddach

Pflege- und Funktionsdienst:

Stellvertretend für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Pflege- und Funktionsdienst, die mit hohem Einsatz unsere Arbeit ermöglicht haben, seien hier genannt:

Frau Heike Zinn	- Pflegedienstleitung
Schwester Simone Schmidt	- Dialyse
Schwester Tanja Maul	- Station G11
Schwester Michaela Krause	- Station B21/B22
Schwester Erika Apschner	- Ambulanz
Pfleger Norbert Witscher	- KfH Solingen



Das Kollegium der Medizinischen Klinik III: ein eingespieltes Team mit großem Know-How



Sprechstunden

Privatsprechstunden:

Montag, Dienstag, Freitag von 9.00 - 11.00 Uhr (und nach Vereinb.)
Für eine ambulante Konsultation bitten wir Sie um Terminabsprache unter Tel. 0212/547-2418 – in dringenden Fällen auch kurzfristige Vorstellung nach telefonischer Rücksprache möglich.

Spezialsprechstunden:

CAPD-Sprechstunde: Dienstag und Freitag von 9.00 - 11.00 Uhr
Transplantationsprechstunde: Mittwoch von 9.00 - 14.00 Uhr
Nephrologische Sprechstunde: Mittwoch von 9.00 - 14.00 Uhr
Rheumatologische Sprechstunde: Dienstag von 9.00 - 16.00 Uhr

Postanschrift:

Klinik für Nephrologie u. Allgemeine Innere Medizin
am Städtischen Klinikum Solingen
Gotenstraße 1, 42653 Solingen
Mail: heering@klinikumsolingen.de
Web: www.klinikumsolingen.de

Chefartzsekretariat:

Frau Astrid Nußbaum
Tel. 0212/547-2418
Fax 0212/547-2254
nussbaum@klinikumsolingen.de

Oberartzsekretariat:

Frau I. Brecher/ Frau Malaika
Tel. 0212/547-2420
Fax 0212/547-2254

The screenshot shows the website of Städtisches Klinikum Solingen. The header includes the logo and navigation menu. The main content area displays information for Prof. Dr. P. S. Heering, including a photo, his title as 'Chefarzt Nephrologie', and contact details: 'Frau Astrid Nußbaum', telephone '0212 547 2418', fax '0212 547 2254', and email 'nussbaum@klinikumsolingen.de'. There is also a small graphic for 'Ärzteliste' and a sidebar with a search function.

Mehr Informationen im Internet unter: www.klinikumsolingen.de

Innovation und Therapie im Bereich des akuten Nierenversagens

Das akute Nierenversagen ist die Herausforderung in der Akutmedizin. Patienten mit einem dialysepflichtigen akuten Nierenversagen haben eine Sterblichkeit zwischen 50 % und 60 %. Um diese hohe Sterblichkeit des akuten Nierenversagens auf der Intensivstation zu bekämpfen, gilt es die medizinische Therapie in der Prävention konsequent umzusetzen und darüber hinaus, ein akutes Nierenversagen frühzeitig zu erkennen und weiterführende präventive Maßnahmen einzubringen, die die Dialysepflichtigkeit zu vermeiden helfen und eine verbesserte Gesamtprognose zu erreichen.

So wurden von Herrn Dr. Schmitz und Frau Dr. Paluckaite die Ergebnisse der Jahre 2012 bis 2014 zusammengefasst, analysiert und auf internationalen Kongressen vorgestellt.

Einsatz von Citrat im Rahmen der kontinuierlichen Nierenersatztherapie – Update

Dr. Michael Schmitz



Dr. Michael Schmitz

zu begegnen, gilt es, ein ANV möglichst zu vermeiden und darüber hinaus frühzeitig zu erkennen, um durch weiterführende präventive Maßnahmen die Dialysepflichtigkeit zu vermeiden. Wenn dennoch eine Nierenersatztherapie notwendig wird, gilt es vor allem, Komplikationen zu vermeiden. Intensivpflichtige Patienten mit ANV sind häufig besonders blutungsgefährdet. Beim

Das akute Nierenversagen (ANV) stellt ein häufiges Problem bei der Versorgung intensivmedizinischer Patienten dar. Bis zu 70 % der Patienten erleiden im Laufe ihres Intensivaufenthaltes ein ANV. Die Sterblichkeit dieser Patienten ist hoch und liegt abhängig von Begleiterkrankungen zwischen 20 und 80 %. Um dieser hohen Sterblichkeit von Patienten mit ANV auf der Intensivstation



Einsatz von kreislaufschonenden kontinuierlichen Dialyseverfahren ist für die Aufrechterhaltung des extrakorporalen Kreislaufes immer eine Blutverdünnung erforderlich. Damit diese erforderliche Blutverdünnung nicht beim Patienten Blutungen begünstigt, verwendet man seit einigen Jahren zunehmend eine Blutverdünnung ausschließlich im extrakorporalen Kreislauf. Der Patient wird dadurch keinem zusätzlichen Blutungsrisiko ausgesetzt. Man verwendet hierzu Zitrat, das Salz der Zitronensäure, eine körpereigene Substanz, die in der Lage ist, Kalziumionen zu binden und damit der Gerinnungskaskade zu entziehen. Hierdurch gelingt eine effektive Blutverdünnung ohne eine Blutungsgefährdung des Patienten. Zitrat ist darüber hinaus eine wirksame Puffersubstanz und liefert nach der Verstoffwechslung das notwendige Bikarbonat. 2012 erschien im American Journal of Kidney Disease eine Metaanalyse von verschiedenen Studien zur regionalen Zitratantikoagulation, bei der auch unsere eigene Untersuchung aufgrund der großen Patientenzahl eine besondere Berücksichtigung fand. Es konnte in dieser Arbeit nochmals bestätigt werden, dass der Einsatz der regionalen Zitratantikoagulation schwere Blutungen verhindern kann, längere Filterlaufzeiten ermöglicht und weniger Allergien (die gefährliche Heparin induzierte Thrombozytopenie) verursacht. Zudem gibt es erste Hinweise, dass auch die Sterblichkeit mit diesem Verfahren geringer ist. Mittlerweile wurde die regionale Zitratantikoagulation

in die aktuellen Behandlungsleitlinien der KDIGO aufgenommen und wird als primäres Behandlungsverfahren bei kontinuierlicher Nierenersatztherapie empfohlen.

Citrat in der intermittierenden Hämodialysetherapie

Ein wesentlicher Teil der Dialysebehandlung ist eine Dialyselösung. Aus diesem Grunde wurde eine neue citrathaltige Dialyselösung entwickelt. Der neuen Lösung wird keine Essigsäure, sondern Citronensäure beigemischt. Citronensäure befindet sich in fast allen Zellen des menschlichen Körpers, wo sie auch rasch verstoffwechselt wird. Aus diesem Grund ist Citronensäure sehr gut verträglich.

Obwohl eine citrathaltige Dialyselösung seit zirka 10 Jahren verwendet wird, gibt es nur wenige kontrollierte klinische Studien mit diesem Produkt. Wir haben in unserem Zentrum zusammen mit drei anderen Zentren aus dem Bergischen Land eine multizentrische, randomisierte Studie mit dieser Lösung durchgeführt, um weitere Erkenntnisse zur Verträglichkeit und Wirksamkeit dieses Produkts zu gewinnen. Die Daten befinden sich in der Auswertung, die Ergebnisse werden in der nächsten Zeit publiziert werden.

Innovation:

Zunehmend mehr wird die Anlage der Shaldon-Katheter durch die Anlage von getunnelten Shaldon-Kathetern ersetzt. Durch Verbesserung der Technik gelingt es hierdurch neben den ungetunnelten Shaldon-Kathetern und den operativ eingelegten Single-Lumen Demerskatheter, eine Zwischenstufe zu entwickeln. Dies betrifft vorwiegend Patienten, die über einen längeren Zeitraum vor der chirurgischen Anlage einer Cimino-Fistel einen dauerhaften Dialysezugang benötigen, der auch ambulant zu nutzen ist. Somit haben wir im Rahmen des Verlegens von Zugängen eine Erweiterung des Spektrums gefunden, mit denen eine deutliche Erweiterung des Zugangsspektrums für die Hämodialyse Patienten möglich ist.

Neue Aspekte in der Schlaganfallversorgung

Die Schlaganfallversorgung findet zunehmend auf der Stroke Unit statt. Die Klinik für Nephrologie und Allgemeine Innere Medizin hat seit 2008 eine Schlaganfalleinheit eingerichtet mit Unterbeteiligung von Internisten, Hypertensiologen, Diabetologen, Kardiologen, Intensivmedizinern, Neurologen, Radiologen, Psychiatern, auf der ärztlichen Seite und in Kooperation mit intensivmedizinischer Pflege, intensivmedizinisch geschulten Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten. Dies führt zu einer deutlich besseren Versorgung der akuten Schlaganfallversorgung mit einer deutlichen Verbesserung des Gesamtergebnisses. Auch die Sterblichkeit am Schlaganfall ist in Solingen in den letzten vier Jahren hoch signifikant gesunken. Seit 2012 ist die TÜV-Zertifizierung der Abläufe gewährleistet. Derzeit werden 250 Patienten pro Jahr auf der Stroke Unit des Städtischen Klinikums Solingen akut medizinisch versorgt. Die Schlaganfallversorgung ist Bestandteil der medizinischen Versorgung am Städtischen Klinikum Solingen geworden. In Zusammenarbeit mit Solimed wurde ein präklinischer Versorgungspfad erarbeitet und im Rahmen der Akutversorgung auf dem Notarztwagen umgesetzt.



Das Schlaganfallbüro

2011 wurde mit der Einrichtung des Schlaganfallbüros begonnen. Unter Leitung von Schwester Heike Niepenberg werden hier Informationen und soziale Informationen über Schlaganfall, Hilfe und Unterstützung gesammelt. Mit Unterstützung der Deutschen Schlaganfallhilfe werden von hier aus Aktionen zur Öffentlichkeitsarbeit gebündelt und zusammengeführt, um in Solingen ein höheres Bewusstsein für die Vorbeugung des Schlaganfalls und die frühzeitige Therapie zu erzielen. Wir freuen uns ganz besonders über die Zusammenarbeit mit der Deutschen Schlaganfallstiftung, die in dieser Angelegenheit eine Hilfe ist.

Studienzentrum Nephrologie SKS:

Im Studienzentrum unter Leitung von Schwester Heike Niepenberg werden die Studien der Medizinischen Klinik III gebündelt. In 2014 haben wir hier zwei Studien vom Phase III und klinische Prüfung der Phase IV durchgeführt. Mit Hilfe dieses Studienzentrums gelingt eine bessere Durchführung von Studien, die Anbindung an das DFG Projekt „Chronische Glomerulonephritis“ der Universität Hamburg, aber auch die eigenständige Durchführung klinischer Studien.

Indikation:

- Multicenter Studie
Citrat Dialysat
- MGN/ RPGN Glomerulonephritis Multicenter Studie
- Belimumab; Europäische
Multicenter Studie
Membranous nephropathy

Prüfer/ Stellvertreter

- Herr Dr. Schmitz/
Prof. Heering
- Prof. Heering/
Herr Dr. Schmitz
- Prof. Heering/
Herr Dr. Schmitz

Aufbau und Optimierung der diabetologischen Versorgung niereninsuffizienter Patienten.

Ca. die Hälfte aller Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz haben eine terminale Niereninsuffizienz in Folge eines Typ 2 Diabetes. Vor diesem Hintergrund ist eine intensivierete diabetologische Versorgung für die Verbesserung des klinischen Verlaufs dieser Patienten zwingend erforderlich.



Frau Dr. Bartel-Kuß

Derzeit sind vier Kollegen in der fachdiabetologischen Ausbildung und sind somit in der Lage, diese Erfahrungen zu vertiefen. Gerade in der Zukunft ist der Erwerb der Zusatzbezeichnung Diabetologie besonders

Dies wird durch eine engmaschige Betreuung von Frau Dr. Bartel-Kuß und Herrn Prof. Dr. Heering gewährleistet. Unter Leitung von Frau Dr. Bartel-Kuß, in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Stabenow-Lohbauer der Medizinischen Klinik I, wurde im Städtischen Klinikum Solingen ein Curriculum für diabetologische Ausbildung entwickelt und bei der Ärztekammer

schwierig aber auch aufgrund der zunehmenden Komplexität diabetologischer Krankheitsbilder dringend erforderlich. Umso mehr sind die gemeinsamen Bemühungen von Herrn Dr. Straßmann und Frau Dr. Bartel-Kuß zum Entwickeln eines diabetologischen Curriculums im Rahmen der Medizinischen Klinik III zu begrüßen. Insbesondere danken wir auch Frau Dr. Stabenow-Lohbauer und Frau Dr. Hullerum für ihren engagierten Einsatz bei der Entwicklung der Diabetologie im Städtischen Klinikum Solingen.



Wirtschaftliche Entwicklung:

In den vergangenen zwei Jahren ist die Entwicklung der betriebswirtschaftlichen Kennzahlen in der Klinik für Nephrologie und Allgemeine Innere Medizin weiterhin erfreulich. Bei bleibendem Case CM und sinkender Verweildauer auf mittlerweile 7,8 Tage wurde eine weitere Zunahme der Anzahl der Fälle berichtet. Die Anzahl der stationären Dialyseverfahren bleibt bei sinkender Verweildauer im Städt. Klinikum Solingen weitgehend konstant, was sowohl die intermittierende als auch die kontinuierliche Nierenersatztherapieverfahren auf den verschiedenen Intensivstationen betrifft. Strukturell bedingt bleibt die Anzahl der teilstationären Dialysen konstant, wobei wir einen geringfügigen Anstieg der Peritonealdialysen weiterhin beobachten.

Insgesamt ist die Entwicklung der wirtschaftlichen Vorgaben im Bereich der Klinik für Nephrologie und Allgemeine Innere Medizin in Solingen erfreulich, wobei die Situation fürs Klinikum sicherlich nicht einfacher geworden ist.

Kooperationen:

In Zusammenarbeit mit der Charité Berlin, der Universität Erlangen in Nürnberg und der Universität Göttingen wurde eine Arbeitsgemeinschaft gegründet, um die Qualität der Nierenersatztherapie auf den Intensivstationen in Deutschland zu erfassen.

Im Rahmen dieser Arbeitsgruppe wurden 2500 bundesdeutsche Intensivstationen angeschrieben und deren Erfahrungen in Diagnostik und Therapie des akuten Nierenversagens dokumentiert und erfasst. Von 2200 Intensivstationen haben sich nahezu 600 zurückgemeldet und über ihre Erfahrungen berichtet. Die Arbeitsgemeinschaft unter Leitung von Prof. Heering, Solingen und Prof. Jörres, Charité Berlin, haben diese Ergebnisse zusammengefasst und dem Bundesministerium für Forschung und Technologie zur Verfügung gestellt, um hieraus weitere Konzepte abzuleiten, die die Übereinstimmung zwischen den nationalen und den internationalen Empfehlungen und der derzeitigen Behandlungspraxis darstellen. Immerhin ist dies ein Krankheitsbild mit einer Sterblichkeit von über 60 % bei den Patienten. Eine verbesserte intensivmedizinische Betreuung, die im Städtischen Klinikum Solingen durchgeführt wird, verbessert somit zum einen die Prognose der Patienten und ermöglicht zum anderen eine verbesserte Möglichkeit, ohne Dialysebehandlung ins normale Leben zurückzukehren.



KFH-Zentrum in Solingen

Seit nunmehr 10 Jahren besteht unser KFH-Zentrum in Solingen, wobei wir uns bis jetzt im ambulanten Bereich überwiegend mit den verschiedenen Formen der Peritonealdialyse (Bauchfelddialyse) befassen haben. Die Peritonealdialyse ist im Vergleich zur der Hämodialyse in ihrer Funktion ein gleichwertiges Verfahren, wobei die Patienten sich nach entsprechender Schulung und Training zu Hause nach Maßgabe der Dialyseverschreibung eigenständig behandeln. Wir bieten Patienten mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz eine hochwertige und umfassende Betreuung. Im Mittelpunkt der Behandlung steht für uns die Verbesserung der Lebensqualität unserer Patienten. Dazu gehört die patientenbestimmte Wahl des Dialyseverfahrens, soweit keine medizinischen Gründe dagegensprechen. Die Therapie richtet sich nach den aktuellen medizinischen, technischen und qualitätsgesicherten Standards. Insbesondere dazu zählt die Dialyseverschreibung (Behandlungsschema), die regelmäßige nephrologische Sprechstunde, eine 24-stündige Rufbereitschaft, Heimbesuche, die Möglichkeit zur Schulung im Bereich der Ernährung sowie soziale Beratung falls erforderlich.

Etabliert haben wir zusätzlich für ältere und gebrechliche Patienten, die sich nicht mehr eigenständig zu Hause behandeln können, eine 3 x wöchentliche Nachtdialyse in Form einer automatisierten Peritonealdialyse. Die Behandlung findet also wortwörtlich „im Schlaf“ statt.

Um unsere Patienten aus Solingen und Umgebung rund um die Uhr versorgt zu wissen, arbeiten wir eng mit dem Bereich Nephrologie des Städtischen Klinikums Solingen gGmbH zusammen.



Herr Witscher und Frau Apschner

Frühe Diagnose der rheumatoiden Arthritis

Dr. Stefan Vordenbäumen

Rheumatoide Arthritis und ihre Folgen



Dr. Stefan Vordenbäumen

entsprechender Reduktion der Lebensqualität, verminderte Arbeitsfähigkeit und ein geringeres Gesamtüberleben. Noch vor rund 25 Jahren konnte die

Die rheumatoide Arthritis (RA) ist die häufigste entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung mit einer Prävalenz von 0,5-0,8. Eine chronische Entzündung und Proliferation der Synovialis führt zur Zerstörung von Knorpel und Knochen. Für die Patienten resultieren hieraus Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen durch die chronisch systemische Entzündung mit

Diagnose erst nach einer durchschnittlichen Beschwerdedauer von über 2 Jahren gestellt werden und die Therapie wurde in Abhängigkeit der Beschwerden langsam intensiviert. Mit dieser Strategie war eine deutlich erhöhte Mortalitätsrate und eine frühzeitige Berentung innerhalb von 20 Jahren vergesellschaftet. Neben optimierten medikamentösen Therapiestrategien konnte in den letzten Jahren eine Prognoseverbesserung vor allem durch eine verbesserte Diagnostik der rheumatoiden Arthritis erreicht werden.

Verschobenes Spektrum von rheumatoider Arthritis und undifferenzierte Arthritis: Chancen der neuen Klassifikationskriterien

Obwohl Klassifikationskriterien primär zur Definition homogener Patientenkollektive in Studien entwickelt werden, dienen sie im klinischen Alltag häufig als Orientierung zur Diagnosestellung. Die American College of Rheumatology (ACR) Klassifikationskriterien für die RA von 1987 waren zu einer Frühdiagnostik der RA nicht gut geeignet, da Spätmanifestationen wie Rheumaknoten und bereits nachweisbaren Erosionen im Röntgenbild oder einem Krankheitsverlauf von mindestens 6 Wochen ein hoher Stellenwert eingeräumt wurde. Basierend auf Kohorten von Patienten mit früher Arthritis wurden 2010 in einer gemeinsamen Initiative der European League Against Rheumatism (EU-



LAR) und ACR neue Klassifikationskriterien erarbeitet, welche die Möglichkeiten einer früheren Diagnose der RA verbessern sollen:

Voraussetzung für die Anwendung der neuen Klassifikationskriterien ist hierbei eine Synovitis in ≥ 1 Gelenk und keine bessere Erklärung für die Synovitis. Definiert wird die Synovitis hierbei als klinische Schwellung. Anschließend wird ein Summenscore mit der Ausprägung von 4 Bereichen gebildet, nämlich 1. Anzahl der geschwollenen oder schmerzhaften Gelenke gewichtet nach kleinen, d.h. alle Fingergelenke und das Handgelenk oder großen Gelenken, 2. Nachweis von Rheumafaktor oder CCP-Antikörpern, 3. Nachweis von CRP oder BSG und 4. Dauer der Beschwerden über 6 Wochen. Bei einem Summenscore von ≥ 6 kann die Erkrankung als RA eingeordnet werden. Es wird deutlich, dass der Gelenkstatus und dem Autoantikörperbefund ein hohes Gewicht beigemessen wird.

Die neuen ACR/EULAR Klassifikationskriterien erlauben die Einordnung von vielen früher als undifferenzierte Arthritis bezeichneten Erkrankungen als RA und sie haben einen hohen positiv prädiktiven Wert (85-97%) für die Notwendigkeit der Einleitung einer Basistherapie. Bis zu 20% der Patienten, die diese Kriterien erfüllen, haben allerdings eine andere Erkrankung. Dies hebt

die Bedeutung des Kriteriums „Ausschluss anderer Ursachen“ hervor, welches Voraussetzung für die Anwendung der Klassifikation ist. In diesem Zusammenhang kommt somit der rheumatologischen Expertise eine besondere Bedeutung zu und dies macht die Anwendung der Klassifikationskriterien in der Diagnostik der RA für Nicht-Rheumatologen problematisch.

Patienten mit Synovitis, welche keine 6 Punkte bei der Klassifikation erreichen und bei denen keine alternative Diagnose gefunden werden kann, werden weiterhin als undifferenzierte Arthritis bezeichnet. Da der negativ prädiktive Wert der ACR/EULAR-Klassifikationskriterien bei 27-59% liegt, ist die Entwicklung einer RA und das Erfüllen der Kriterien zu einem späteren Zeitpunkt durchaus möglich, so dass eine engmaschige Überwachung dieser Patienten geboten ist.

Window of Opportunity – Bedeutung der frühen Diagnose und Therapie

Die frühe Einleitung einer Basistherapie ist notwendigerweise eng verknüpft mit einer frühen Diagnose der RA. Die immense Bedeutung dieses Sachverhaltes hat sich inzwischen in einer Vielzahl von Studien gezeigt.

Kohortenstudien zeigen grundsätzlich, dass ca. 50% aller Patienten mit früher RA innerhalb von fünf Jahren mittelgradige bis schwere Funktionsein-

schränkungen erleiden. Dabei ist das Ausmaß an Gelenkschäden mit der Dauer der Erkrankung bis zur Einleitung einer Basistherapie assoziiert: Mit dem Einsatz von konventionellen DMARDs in den ersten 6 Monaten der Erkrankung lassen sich initiale Funktionsverluste bei über 80 % der Patienten rückgängig machen. Eine Krankheitsremission ist auf diese Weise bei 42 - 48 % zu erreichen. Weiterhin kann mit einem Beginn der DMAR-Therapie in den ersten 6 Monaten der Erkrankung die radiologische Progression im Vergleich zu verzögertem Beginn (im zweiten Jahr) halbiert werden.

Schlussfolgerung

Eine frühe Diagnose und zielgerichtete Therapie sind für Patienten mit RA hinsichtlich der Gesamtprognose entscheidend.





Akademische Aufgaben



Honorarprofessur der Universität Kapstadt

Nach Verleihung der Honorarprofessur der Universität Kapstadt hat Prof. Heering dort regelmäßig seine Vorlesungen geleistet. Im Rahmen von Prävention und Therapie des Nierenversagens wurden auch einzelne Forschungsprojekte initiiert.

Die Universität Kapstadt wurde 1929 als südafrikanisches Kolleg gegründet und ist die älteste Universität Südafrikas. Die Universität Kapstadt ist das führende Forschungszentrum Afrikas, welches sich mit den Themen von Prävention und Therapie in Entwicklungs- und Schwellenländern im Bereich der Medizin befasst.

Deutsche und Österreichische Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin

Prof. Heering wurde zum Kongresspräsidenten der Internistischen Intensivmedizin in Deutschland für das Jahr 2015 in Köln gewählt.

Herr Dr. Michael Schmitz ist zum Kongresssekretär der Gesellschaft gewählt worden.

Aus den Abteilungen Lehre / Akademisches Lehrkrankenhaus

Das Städtische Klinikum Solingen gGmbH ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit können 2 x im Jahr Studenten, die das Praktische Jahr – also die letzten 12 Monate vor der Approbation als Arzt – ableisten müssen, bei uns ausgebildet werden. Dabei können die Studenten heute wählen, ob sie ein gesamtes Praktisches Jahr oder nur Tertiale im Städtischen Klinikum Solingen gGmbH ableisten wollen. Inzwischen ist es auch für Studenten anderer Universitäten möglich, bei uns das Praktische Jahr zu verbringen, Studenten aller Universitäten haben inzwischen die Wahl zu allen Krankenhäusern gehen zu können.



Wir bemühen uns seit Jahren intensiv um einen qualitativ hochwertigen Unterricht. Die Organisation des Unterrichts wird durch den PJ-Beauftragten Chefarzt Prof. Dr. P. Heering und seinen Stellvertreter Prof. Dr. C. Voigt sowie das Sekretariat für die studentischen Angelegenheiten, Frau Kettner, vorgenommen.

Es werden neben regelmäßigen Unterrichtsveranstaltungen für alle PJ-Studenten über das Jahr hindurch wie beispielsweise in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, in der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie, im Zentrum für diagnostische und interventionelle Medizin sowie in der Klinik für Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin auch Kurse angeboten.

Darüber hinaus sind jeweils 3-4 zusätzliche Termine für die Gefäßchirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Anästhesiologie, Neurochirurgie, Nephrologie, Kardiologie, Gastroenterologie, Urologie und die HNO-Heilkunde angesetzt. Bei diesen Terminen werden wesentliche Krankheitsbilder detailliert dargestellt und zusammen die Diagnostik und Therapie erarbeitet. Diese Unterrichtseinheiten finden in einem bestimmten Stundenplan statt, meist werden sie durch die Chefarzte der jeweiligen Kliniken durchgeführt.

Darüber hinaus gibt es einen EKG-Kurs, ein intensivmedizinisches Bedside-Teaching, eine palliativmedizinische Visite, Psychiatrie-Visiten sowie Neurologie-Visiten.

Alle PJ-Studenten werden in dem jeweiligen Tertial, in dem sie erstmals zu uns stoßen, eine Woche im Labor ausgebildet.

Auf den Stationen bekommen die Studenten Patienten oder Zimmer zugeteilt, die sie verantwortlich unter Beobachtung von erfahrenen Ärzten von der stationären Aufnahme über die Diagnostik und Therapie bis zur Entlassung managen müssen.

In den chirurgischen Disziplinen besteht auch die Möglichkeit, den Wundverschluss zu erlernen und bei Operationen – zum Teil als I. Assistent - mitzuwirken.

Insgesamt findet dieses umfangreiche Unterrichtsangebot – das auch tatsächlich stattfindet und nicht nur in Papierform existiert – regen Zuspruch und hat auch dafür gesorgt, dass wir trotz großer Entfernung von der Universität Köln (wir sind das Lehrkrankenhaus, das am weitesten von Köln entfernt liegt) regelmäßig von Studenten besucht wird. Unterstützend bieten wir den Studenten hier die Wohnmöglichkeit auf unserem Campus an, außerdem gibt es eine Aufwandsentschädigung für die Fahrtkosten von Köln.





Vorträge

Heering P., Clinical rounds: Best Practice – Acute Kidney Injury.
University of Cape Town, SA. Kapstadt 6.3.14

Heering P., Aktuelle Diagnostik der Niereninsuffizienz.
Solinger Internistentag. 22.3.2014

Heering P., Welches Volumen schadet der Niere?
Österreichische Gesellschaft f Internistische Intensivmedizin.
Salzburg 14.6.2014

Heering P., Nephrologisches Management auf der Intensivstation.
Deutsche Gesellschaft f Nephrologie. Berlin 9.9.2014

Heering P., Akutes Nierenversagen.
Jahrestagung f Führungskräfte der Intensivmedizin. Berlin. 30.10.2014

Heering P., Das kardiorenale Syndrom DIVI,
Hamburg 5.12.2014

Heering P., KDIGO Guidelines – Fortschritt in der Qualitätssicherung bei der
Behandlung des ANV? DIVI. Hamburg 4.12.2014

Heering P., Flüssigkeit und Ernährung beim ANV in der Intensivmedizin.
Universität Köln.

Heering P., Diagnostik und Therapie der Glomerulonephritis.
Intensivkurs Innere Medizin Wuppertal.

Schmitz M., CAPD bei Kardiorenalem Syndrom,
M-und-M-Konferenz, SKS Solingen, 3.11.2014

Schmitz M., Regionale Antikoagulation mit Citrat bei kontinuierlicher
Nierenersatztherapie auf der Intensivstation,
Hämostaseologie Workshop, Langenfeld, 10.11.2014

Vordenbäumen S., Cardiovascular disease and serum defensin levels in
systemic lupus erythematosus.

Vortrag auf dem 20. Kardiologisch-Hämostaseologischer Workshop,
Langenfeld, 10.11.2014

Publikationen

Altendorfer I., König S., Braukmann A., Saenger T., Bleck E., Vordenbäumen S., Kubiak A., Schneider M., Jose J.

Quantification of alphaS1-casein in breast milk using a targeted mass spectrometry-based approach.

J Pharm Biomed Anal. 2014 Nov 8;103c:52-8

Heering P., Schmitz M.

Das kardiorenale Syndrom. Jorch, G et al,

DIVI-Jahrestagung 2014/2015,

Med.-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2015; 473 – 479.

Ralf Schindler, Robert Hutagalung, Achim Jörres, Stefan John, Michael Quintel, Frank M. Brunkhorst, Peter Heering

Versorgung des akuten Nierenversagens in Deutschland – Eine strukturelle Analyse.

Deutsche Med Wochenschrift 2014; 139: 1701 – 1706

Vordenbäumen S., Schneider M., 11/2014,

Immunologie und Genetik,

in Schneider, Braun, Hettenkofer (Hrsg.), Rheumatologie, Thieme.

Vordenbäumen S., 11/2014,

Synovialis-Analyse,

in Schneider, Braun, Hettenkofer (Hrsg.), Rheumatologie, Thieme

Vordenbäumen S., Schleich C., Lögters T., Sewerin P., Bleck E., Pauly T., Müller-Lutz A., Antoch G., Schneider M., Miese F., Ostendorf B.

Dynamic contrast-enhanced magnetic resonance imaging of metacarpophalangeal joints reflects histological signs of synovitis in rheumatoid arthritis.

Arthritis Res Ther. 2014 Oct 1;16(5):452.



Poster

M. Schmitz; A. Paluckaite; E. A. Laufer; P. J. Heering.

Verlauf des dialysepflichtigen akuten Nierenversagens bei Patienten auf einer internistischen Intensivstation

Kongress der DIVI Hamburg, 12.2014

M. Schmitz; A. Paluckaite; E. A. Laufer; P. J. Heering.

Verlauf des dialysepflichtigen akuten Nierenversagens bei Patienten auf einer internistischen Intensivstation

46. gemeinsame Jahrestagung der DGIIN und ÖGIIN, Salzburg, 12.2014

Vordenbäumen S.,

Die dynamische kontrastmittelgestützte MRT-Bildgebung von Metacarpophalangealgelenken spiegelt das histologische Ausmaß der Synovialitis bei rheumatoider Arthritis wider.

Vortrag auf dem DGRh Kongress, Düsseldorf, 18.9.2014

Tätigkeiten als Reviewer (Prof. Heering/ Dr. Schmitz)

- Polnische Forschungsgemeinschaft
- Südafrikanische Forschungsgemeinschaft
- Nephrology Dialysis Transplantation
- Crit Care Medicine
- Z f Intensiv und Notfallmedizin

Klinische Zusatzbezeichnungen erworben

Europäische Hypertensiologie, Dr. Michael Schmitz

Facharzt Innere Medizin, Phillip Schlemper

Facharzt Diabetologie, Dr. Rudolph

Labormedizin, Dr. Stefan Vordenbäumen

Intensivmedizin, Dr. Michael Schmitz





KfH Kuratorium für Dialyse und
Nierentransplantation e.V.

Gemeinnützige Körperschaft

Klinik für Nephrologie u. Allgemeine Innere Medizin
am Städtischen Klinikum Solingen, Gotenstraße 1, 42653 Solingen
Mail: heering@klinikumsolingen.de
Web: www.klinikumsolingen.de