

Studienübersicht

Effekte physikalischer Therapie bei Rheuma

von Silke Jäger, Fachjournalistin Gesundheitswesen, Marburg, silke-jaeger.de

Auf dem 44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie in Frankfurt stellte Prof. Dr. Uwe Lange, Leiter des Bereichs Physikalische Medizin und Osteologie an der Kerkhoff-Klinik Bad Nauheim, neue Daten zu physikalisch-therapeutischen Maßnahmen bei Rheumatikern und Osteoporose-Patienten vor. Prof. Langes Fazit: Diese Therapieformen sind in der Rheumabehandlung unverzichtbar.

Prinzipien der physikalischen Therapie

Zu den physikalisch-therapeutischen Maßnahmen zählen

- Bewegungstherapie, Krankengymnastik (KG), Massagen und manuelle Medizin (Prinzip Mechanik),
- Wärme- und Kältebehandlungen (Prinzip Thermie),
- Elektrotherapie (Prinzip Elektrik) sowie
- Infrarot- und Ultraviolettbestrahlungen (Prinzip Elektromagnetik).

Die Maßnahmen dieser konservativen Therapien müssen genauso überwacht und dem Krankheitsgeschehen entsprechend eingesetzt werden wie medikamentöse Therapien.

Effekte bei Spondyloarthritis

Zytokinvermittelte Krankheitsmechanismen lassen sich durch regelmäßige Physiotherapie positiv beeinflussen. So lautete das Ergebnis einer Pilotstudie, in die 20 Spondyloarthritis-ankylosans-Patienten mit einer Indikation für einen TNF-Blocker eingeschlossen waren (1). Sie erhielten für vier Monate nur die halbe Standarddosis Etanercept und dreimal 45 Minuten pro Woche Physiotherapie. Bei der Hälfte der Patienten verbesserten sich die Beschwerden um 40 Prozent. In der Zulassungsstudie für Etanercept hatte sich

erst nach sechs Monaten eine entsprechende Verbesserung bei 42 Prozent der Patienten ergeben. Weiterhin interessant in diesem Zusammenhang: Die Therapiekosten ließen sich durch die Kombination mit Physiotherapie um rund 76.000 Euro senken.

In einer weiteren Studie mit Spondyloarthritis-Patienten im nicht eingesteiften Stadium konnte manuelle Therapie der Brustwirbelsäule Bewegungsmuster, inspiratorische Vitalkapazität und krankheitsspezifische Scores verbessern (2).

Effekte bei Osteoporose

In einer zweijährigen prospektiven Studie aus dem Jahr 2016 nahm unter einem standardisierten Osteoporose-training die Knochendichte in der Trainingsgruppe zu, die Marker des Knochenstoffwechsels wurden moduliert, das Sturzrisiko ging zurück und die Schmerzen ebenso (3).

Effekte bei Sklerodermie

Bei Sklerodermie-Patienten lässt sich eine Mikrostomie medikamentös nicht verhindern. Eine Studie konnte zeigen, dass Patienten mit deutlich reduzierter Mundöffnung von einer biomechanischen Stimulationstherapie (BMS) profitieren (4). Sie wurden über drei Wochen seriell mit BMS zwischen 23 und

28 Hertz behandelt. Dazu wurden die Probanden in zwei Gruppen aufgeteilt:

- eine Gruppe erhielt pro Woche drei Anwendungen à 20 Minuten,
- die andere fünf Anwendungen à 30 Minuten.

Die Mundöffnung erweiterte sich in beiden Gruppen signifikant, allerdings in der Gruppe, die fünf Anwendungen pro Woche bekam, stärker. Patienten können BMS selbst anwenden, sodass sich die Therapie in den Alltag integrieren lässt.

Schmerzreduktion durch Radontherapie

Bei Patienten mit rheumatoider Arthritis und Spondyloarthritis konnte im Rahmen einer Studie eine signifikante Schmerzlinderung erreicht werden, indem die Probanden einer niedrig-dosierten Radon-Strahlentherapie in einem Stollen ausgesetzt wurden (5). Mehr als 80 Prozent der Patienten berichteten noch drei Monate nach der Exposition, dass sie weniger Schmerzen hatten und weniger Schmerzmittel brauchten.

QUELLEN

- (1) Florian MP et al. Efficacy of Intensive Physiotherapy in Combination with Low-dose Etanercept in Active Spondyloarthritis. *J Rheumatol* 2014; 41:1897–1898
- (2) Lange U et al. The Effects of Manual Mobilization on the Mobility of the Thoracic Spine in Patients with Ankylosing Spondylitis. *J Musculoskelet Disord Treat* 2016; 2:011
- (3) Dischereit G, Müller-Ladner U, Lange U. Effects of Osteoporosis Specific Standardized Physical Therapy on Functional Capacity, Bone Mineral Density and Bone Metabolism. *Phys. Med Rehab Kuror* 2016; 26:124–129 >>

- (4) Berg W et al. Biomechanical Stimulation Therapy - An Efficacious Method for Facial. J Rheum Dis Treat 2016; 2:030
- (5) Lange U et al. The impact of serial radon hyperthermia exposure in a therapeutic adit on pivotal cytokines of bone metabolism in rheumatoid arthritis and osteoarthritis. Clinical Rheumatology 2016; 35:2783–88

Rheumatoide Arthritis (RA)

Wechsel auf Nicht-TNF-Blocker erfolgreicher als Gabe eines zweiten TNF-alpha-Blockers

Rund ein Drittel der RA-Patienten sprechen auch auf den erstmaligen Einsatz eines TNF-Blockers nur unzureichend an. Was sollte dann getan werden: einen anderen TNF-Blocker versuchen oder besser ein Biologikum mit anderem Wirkprinzip einsetzen?

Nach Daten einer französischen Studie bei 300 RA-Patienten – im Mittel 57 Jahre alt, 80 % Frauen –, ist die zweite Strategie erfolversprechender. Bei allen Studienteilnehmern lag zu Beginn trotz anti-TNF-Therapie der DAS28-ESR-Score $\geq 3,2$. Welcher TNF-Blocker oder welches andere Biologikum (Verhältnis 1 : 1) als nächstes eingesetzt wurde, war dem Arzt überlassen. Durch Wechsel des Wirkprinzips erreichten deutlich mehr Patienten ein gutes oder moderates EULAR-Ansprechen in Woche 24 (69 % vs. 52 %, $p=0,004$). Auch bei Studienende nach 52 Wochen waren die Vorteile signifikant (DAS28-ESR: 41 % niedrige Aktivität vs. 23 %, $p=0,003$).

QUELLE

- Gottenberg JE et al.: Non-TNF-Targeted Biologic vs a Second Anti-TNF Drug to Treat Rheumatoid Arthritis in Patients With Insufficient Response to a First Anti-TNF Drug.. A randomized Clinical Trial. JAMA 2016;316(11):1172-1180 (Abstract online unter <http://tinyurl.com/j7z7h3k>).

Rheumatoide Arthritis (RA)

Spielekonsole fördert Muskelkraft und Beweglichkeit

Wenn Patienten mit RA aus Zeitgründen, aufgrund fehlender Verordnungen oder der schlechten Erreichbarkeit einer physiotherapeutischen Praxis wenig körperlich aktiv sind, können animierte Heimübungsprogramme zur Bewegungsförderung beitragen. Dies zeigt eine Pilotstudie der Charité Berlin, an der 30 Patienten (Durchschnittsalter 56 Jahre) mit einer RA mit niedriger Krankheitsaktivität und einer Krankheitsdauer von im Mittel 13 Jahren teilnahmen.

Prospektive, kontrollierte Pilotstudie

Alle Patienten wurden mit einem Biologikum therapiert. Nach einer detaillierten Einführung in das eigenständige Training begannen 15 Patienten mit einem konventionellen heimbasierten physiotherapeutischen Übungsprogramm und weitere 15 Patienten mit einem definierten animierten Übungsprogramm an einer Spielkonsole (Wii® von Nintendo). Nach zwölf Wochen wechselten die Patienten in die jeweils andere Behandlungsgruppe für einen Behandlungszeitraum von ebenfalls zwölf Wochen.

Motivierende Effekte

Beide Gruppen wiesen nach einem Therapiezeitraum von zwölf Wochen Verbesserungen in den physiologischen Funktionstests aus, ohne signifikante Unterschiede zu zeigen. Die Gesamtmuskelkraft stieg um einen Wert von 10 Newton (+ 12 %, $p<0,001$). Die Gehleistung im 6-Minuten-Gehtest erhöhte sich um 28 Meter (+ 5 %, $p=0,044$). Patienten, die mit der Spielekonsole trainiert hatten, gaben an, mehr Spaß zu haben (66 %), motivierter zu sein (57 %) und aufgrund des Rankings auch ehrgeiziger zu trainieren (53 %). Allerdings erwies sich für 37 % der Patienten das Trainieren auf dem zur Spielekonsole zugehörigen Balance Board als schmerzhaft im Vorfuß.

Fazit

Die Ergebnisse könnten Patienten mit RA ermutigen, gemeinsam mit ihren Physiotherapeuten und Rheumato-

logen eine ergänzende Behandlung mit diesem oder ähnlichen animierten Übungsprogrammen durchzuführen. Auch die physiotherapeutische Betreuung „per remote“, also aus der Ferne via PC und Webcam, ist keine Fiktion mehr. In Flächenländern wie Kanada wird sie bereits praktiziert und kann eine ergänzende Option der Rheumabehandlung sein.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Zernicke J. et al.: A prospective pilot study to evaluate an animated home-based physical exercise program as a treatment option for patients with rheumatoid arthritis. BMC Musculoskeletal Disord. 2016;17(1):351. Online unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4990861/>

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: info@rheumaguide.de

Redaktion

RAin, FAin STR Franziska David (Chefredakteurin),
Dr. Stephan Voß M.A. (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Hexal AG

Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290
E-Mail: service@hexal.com

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugswise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.

Osteoporose**Körperliches Training unterstützt Knochenaufbau**

Patienten mit Osteoporose haben ein erhöhtes Risiko für pathologische Frakturen insbesondere aufgrund von Stürzen. Aus diesen Gründen ist es wichtig die Muskelkraft und Koordination gezielt zu fördern. Wissenschaftler der Abteilung Rheumatologie, Osteologie und Physikalische Medizin der Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim konnten nun in einer prospektiven Studie zusätzlich belegen, dass ein wöchentliches Training, das auf die speziellen Bedürfnisse von Osteoporose-Patienten abgestimmt ist, die Knochendichte steigert, den Knochenstoffwechsel positiv beeinflusst und die Schmerzen der Patienten reduziert.

Prospektive Studie über zwei Jahre

Eingeschlossen in die Studie wurden 42 Patienten mit manifester Osteoporose, die sowohl Kalzium und Vitamin D in adäquater Dosierung als auch Bisphosphonate einnahmen. 25 von ihnen erhielten einmal wöchentlich eine osteoporosespezifische Physiotherapie. Diese Therapie umfasste eine Aufwärmphase von 20 Minuten Stretching und 15 Minuten moderatem Walking. Danach folgten Übungen wie beispielsweise Aufstehen aus dem Sitz, Einbeinstand oder Gleichgewichtsübungen auf einem Balance Board. Nach zwei Jahren wurden die Patienten erneut untersucht und mit der Kontrollgruppe, die kein Training absolviert hatte, verglichen.

Bei den Patienten der Übungsgruppe konnte nach zwei Jahren eine signifikante Zunahme der Knochendichte gemessen werden ($0,84 \pm 0,10 \text{ g/cm}^2$ vs. $0,81 \pm 0,12 \text{ g/cm}^2$, $p < 0,02$). Eine signifikante Verbesserung spezifischer laborchemischer Marker des Knochenstoffwechsels (Serum-Osteocalcin und CrossLaps) in Richtung Knochenaufbau sowie eine Verbesserung der Funktionsparameter zeigten sich nur in der Trainingsgruppe. Auch die mittels der visuellen Analogskala gemessenen Schmerzen nahmen nur in der Übungsgruppe signifikant ab.

Training 1x/Woche ausreichend

Die Tatsache, dass in der Kontrollgruppe trotz osteoprotektiver medika-

mentöser Therapie nicht die gleichen positiven Effekte erzielt werden konnten wie in der Trainingsgruppe, zeigt wie wichtig mechanische Stimuli für die Formation stärkerer Knochen sind. Die Autoren betonen, dass ein lediglich einmal wöchentlich durchgeführtes Trainingsprogramm ausreicht, um diese positiven Effekte zu induzieren. Sportliche Aktivitäten sollten dabei dem funktionellen Zustand angemessen und risikobewusst erfolgen.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Dischereit G. et al.: Effects of Osteoporosis Specific Standardized Physical Therapy on Functional Capacity, Bone Mineral Density and Bone Metabolism – a 2-Year Prospective and Randomized Study. Phys Med Rehab Kuror 2016; 26(03):124-129

Kassenabrechnung**Ultraschallvereinbarung: Änderungen seit 01.10.**

KBV und Krankenkassen haben die Ultraschallvereinbarung mit Wirkung zum 01.10.2016 angepasst. Die Änderungen betreffen insbesondere die Abnahme-, Konstanz- und Dokumentationsprüfungen, die Nachweise bei der Antragsstellung, und die Anerkennung von Ultraschallkursen.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Zu den Änderungen hat die KBV eine Praxisinformation herausgegeben. Diese finden Sie im Internet unter: <http://tinyurl.com/hvcslvf>

Kassenabrechnung**Medikationsplan seit 01.10.2016 Pflicht**

Ein Medikationsplan ist auf Wunsch des Patienten auszustellen, sofern dieser mindestens drei verordnete systemisch wirkende Medikamente anwendet. Die Anwendung muss dauerhaft – über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen – erfolgen. Rheumatologen sind nur dann zur Erstellung von Medikationsplänen verpflichtet, wenn der Versicherte keinen Hausarzt hat. In diesem Fall können sie auf das Medikationsmodul im Praxisverwaltungssystem zurückgreifen.

Der erstausstellende Arzt ist zur weiteren Aktualisierung verpflichtet, sobald er die Medikation ändert oder er Kenntnis von einer Änderung erhalten hat. Aktualisierungen durch andere Ärzte sind ebenfalls möglich. Auch Apotheker können den Plan auf Wunsch des Versicherten aktualisieren.

Rheumatologen erhalten für den mit der Erstellung und/oder Aktualisierung von Medikationsplänen verbundenen Aufwand einen Zuschlag (neue EBM-Nr. 13697) auf die Grundpauschale (EBM-Nrn. 13690 bis 13692). Dieser Zuschlag wird unabhängig davon, ob bei dem betreffenden Patienten tatsächlich ein Medikationsplan zu erstellen bzw. zu aktualisieren ist, gezahlt. Die Vergütung in Höhe von 0,63 Euro (6 Punkte) erfolgt extrabudgetär mit dem Orientierungswert von 10,4361 Cent (10,53 Cent ab 01.01.2017). Bei angenommenen 1.000 Behandlungsfällen mit Abrechnung der Grundpauschale im Quartal entspricht dies einem Honorar von ca. 626 Euro.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Zum Medikationsplan hat die KBV eine Praxis- sowie eine Patienteninformation herausgegeben. Diese finden Sie im Internet unter www.kbv.de/html/medikationsplan.php