

Komplementäre und Integrative Medizin in der Rheumatologie am Inselspital Bern

Ein wichtiger Baustein des medizinischen Angebots

PFÄFFIKON SZ – Viele Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen schätzen die Einbindung komplementärmedizinischer Massnahmen wie Traditionelle Chinesische Medizin, Akupunktur oder Phytotherapie in den Therapieplan. An einem Workshop am RheumaTop 2022 erläuterte Professor Dr. Ursula Wolf, Direktorin des Instituts für Komplementäre und Integrative Medizin (KIM), Universität Bern, die Möglichkeiten und Grenzen der KIM bei rheumatologischen Patienten.

Am Institut für KIM werden Sprechstunden für zugewiesene Patienten abgehalten, aber auch Konsilien auf den Stationen des Inselspitals zählen zum Leistungsumfang, berichtete Prof. Wolf. Darüber hinaus bietet sie generelle Beratungen zur KIM und ärztliche Behandlungen an, da viele der in Frage kommenden Arzneimittel Bestandteil der Grundversicherung sind.

Körper, Seele und Geist in Einklang bringen

Befragungen haben ergeben, dass die Lebenszeitprävalenz der Nutzung komplementärmedizinischer Therapien zwischen 74,6–77,3 % liegt. Prof. Wolf wies darauf hin, dass in Bern ein ganzheitliches Konzept verfolgt wird, bei dem verschiedene Fachrichtungen einen gemeinsamen Ansatz verfolgen: Körper, Seele und Geist im Sinne der Salutogenese wieder möglichst gut in Einklang zu bringen. Der Patient kann zumindest teilweise aus

In der Komplementärmedizin erfahrene Kollegen miteinbinden

der passiven Rolle des Behandelten zur aktiven Beteiligung wechseln, indem seine Eigenregulations- und Regenerationskräfte genutzt werden.

Die Expertin liess jedoch keinen Zweifel daran, dass die KIM immer dann an Grenzen stösst, wenn die Eigenregulations- und Kompensationsmechanismen nicht mehr ausreichen. Die KIM kann und will die konventionelle Medizin nicht ersetzen, sondern zum Wohle des Patienten ergänzen. Beispielsweise bei einer Krebserkrankung, Organversagen oder Entfernung eines Organs muss man zumindest primär konventionell intervenieren.

Patienten versprechen sich bessere Verträglichkeit

Neun von zehn rheumatologischen Patienten haben bereits einmal die KIM genutzt und zum Zeitpunkt der Umfrage waren es immerhin 70 %. Insbesondere bei Gelenkschmerzen und schlechtem Funktionszustand ist die Bereitschaft sehr gross, zu komplementären und integrativen Massnahmen zu greifen, erklärte Prof. Wolf. Die Patienten versprechen sich umfassendere, besser verträgliche und langfristige

einsetzbare Therapieoptionen, und schätzen die Einbindung in den Behandlungsplan.

Um die hochgesteckten Ziele bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen – klinische Remission, Besserung der Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen und Hemmung der Progression – zu erreichen, ist die rheumatologische Expertise unverzichtbar. Wenn Patienten Fragen haben oder Wün-

sche äussern, die in Richtung KIM gehen, sollten Schulmediziner ein offenes Ohr haben, genau hinhören und – abhängig von Expertise und Erfahrungshorizont – eine Beratung anbieten.

Diejenigen, die sich dafür nicht kompetent fühlen, sollten idealerweise auf erfahrene Kollegen verweisen und mit diesen zusammenarbeiten. So lässt sich vermeiden, dass Patienten in Eigenregie auf



eine «alternative Schiene» geraten, die möglicherweise mehr Schaden anrichtet als nützt.

Ergänzende Therapie bei verschiedenen Beschwerden

Bei Gelenkschmerzen, -schwellungen, Entzündungen oder eingeschränkter Beweglichkeit bietet sich die KIM ergänzend an, ebenso bei Schmerzen, Schlafstörungen oder depressiver Verstimmung im Zusammenhang mit der rheumatischen Erkrankung, erklärte die Expertin.

Es gibt verschiedene Fachrichtungen mit langjähriger Erfahrung: die Traditionelle Chinesische Medizin, Homöopathie, Akupunktur oder die anthroposophisch erweiterte Medizin und die Phytotherapie. Sie haben alle ihre Berechtigung und werden seit Langem und mit guter Anwendungserfahrung eingesetzt. Welche Fachrichtung sich am besten eignet, hängt von der Ausprägung der Erkrankung, der Komedikation und von der Patientenpräferenz ab.

In der Phytotherapie und Traditionelle Chinesische Medizin gibt es verschiedene antientzündliche Heilmittel, die jedoch zu Interaktionen führen können. In den anderen Fachrichtungen besteht diese Gefahr weniger. Die Akupunktur eignet sich zur Schmerzbekämpfung. Die Homöopathie ist hochindividuell. Die anthroposophisch erweiterte Medizin verfügt über ein breites Spektrum an medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapieoptionen. RW

Was bringen rheumatologische Screeningkonzepte?

Mit Frühsprechstunde Gelenkfrass ausbremsen

BERLIN – Screeningsprechstunden sollen helfen, die rheumatoide Arthritis schneller zu erkennen und zu behandeln. Doch was bringt das Konzept tatsächlich? Und hilft ein Fragebogen bei der frühen Diagnose?

An der Universität Heidelberg wurde im Februar 2016 eine rheumatologische Screeningsprechstunde als Modellprojekt eingeführt. Dadurch sollten Betroffene früher erkannt und behandelt werden. Ob die Nutzung des frühen „windows of opportunity“ den Verlauf einer rheumatoiden Arthritis (RA) tatsächlich bessert, haben Dr. Oliver Hansen vom Universitätsklinikum Heidelberg und Mitarbeiter mithilfe der Patienten der Screeningsprechstunde prospektiv überprüft.

Die Kollegen teilten die Patienten für ihre Analyse in zwei Gruppen ein. Gruppe 1 hatte die RA-Diagnose innerhalb von einem Jahr nach

Erstmanifestation erhalten, Gruppe 2 erst später. Die Krankheitslast wurde mittels DAS28, RAID-Fragebogen und dem Funktionsfragebogen FFbH erfasst.

Tatsächlich war die initiale Krankheitslast bei denjenigen, deren RA früher erkannt worden war, höher als bei den anderen RA-Patienten. Das ist wahrscheinlich damit zu erklären, dass eine RA mit niedriger Krankheitslast wegen grösserer Unsicherheiten später erkannt wird. Im Verlauf drehte sich dies allerdings um: Patienten mit einer frühen Diagnose sprachen besser auf die Therapie an und erreichten dadurch eine niedrigere Krankheitsaktivität.

Bei später Diagnose seltener DMARD verordnet

Die höhere Unsicherheit in der spät diagnostizierten Gruppe hatte offenbar Folgen. So wurden bei diesen Patienten konventionelle DMARD seltener und später verordnet. Dies

könnte mit ein Grund für die geringere Verbesserung der Krankheitsaktivität bei später Diagnose sein. Alles in allem bestätigen die Ergebnisse, dass das Konzept der Screeningsprechstunde das gewünschte Ziel erreicht, betonen die Autoren.

Wie hilfreich ein digitales Scoring-System (RhePort Fragebogen) in der rheumatologischen Frühsprechstunde ist, untersuchte ein Team um Julia Brandl von der Universität Tübingen. Dafür erhielten Patienten mit Verdacht auf RA einen regulären Termin in einer von drei teilnehmenden Praxen, die Wartezeit betrug durchschnittlich zehn Wochen. Zusätzlich bekamen sie das Angebot, schon vorher einen Kurztermin wahrzunehmen. Dabei füllten sie den RhePort-Fragebogen aus. Ausserdem bestimmte man CRP und BSG, erhob die Anamnese und führte eine Kurzuntersuchung durch. Kam hierbei der Verdacht auf eine dringend behandlungsbe-

dürftige Erkrankung auf, wurde der reguläre Termin vorgezogen.

Anlässlich des abschliessenden Termins diagnostizierten die Kollegen bei 27 % der 490 Patienten der Frühsprechstunde eine entzündlich-rheumatische Erkrankung. Doch wie stimmte dies mit dem Resultat des Fragebogens und den weiteren Befunden überein?

Frühsprechstunde und Fragebogen kombinieren

Setzte man einen RhePort-Score > 1 gleich mit dem Verdacht auf eine wahrscheinlich entzündliche Erkrankung, erkannte der Fragebogen 103 von 133 Patienten korrekt als erkrankt. Die Sensitivität lag bei 80 %, die Spezifität bei 35 %. Nahm man die Ergebnisse des Fragebogens und

Patienten mit früher Diagnose sprachen besser auf die Therapie an

die Befunde der Frühsprechstunde zusammen, wurden dagegen 130 von 133 Patienten mit entzündlicher Erkrankung korrekt erkannt. Dies ergibt eine höhere Sensitivität von 98 % bei einer deutlich höheren Spezifität von 73 %. Die Möglichkeit, den definitiven Termin bei starkem Verdacht auf eine entzündliche Erkrankung vorzuziehen, zahlte sich aus: Diese Patienten hatten schon innerhalb von dreieinhalb Wochen ihren regulären Termin. Patienten ohne Verdacht darauf mussten darauf elf Wochen warten.

Der Fragebogen allein sei bisher nur eingeschränkt in der Lage, Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ausreichend sicher zu identifizieren, resümierte Julia Brandl. Ihn zusätzlich in der Frühsprechstunde einzusetzen erscheint ihr jedoch als sinnvoll.

Dr. Angelika Bischoff