

Kurzfassung und Abstimmungsergebnisse

■ Empfohlene Diagnostik: s. Kap. 2.4

GCP 11/11

Stellen Sie Patienten mit persistierenden Gelenkschwellungen (z.B. länger als 6 Wochen) in mehr als 2 Gelenken unter dem Verdacht auf eine frühe rheumatoide Arthritis einem Rheumatologen vor.

↑↑ 11/12

Bestimmen Sie bei Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis BSG (Blutsenkungsgeschwindigkeit), CRP (C-reaktives Protein), ACPA (Antikörper gegen cyclische citrullinierte Peptide/Proteine) und Rheumafaktoren.

■ Prinzipien der Therapie: s. Kap. 4

↑↑ 12/12

Sorgen Sie dafür, dass Ihre Patienten von der Diagnosestellung an mit klassischen DMARDs (Krankheitsmodifizierende Antirheumatische Medikamente) behandelt werden, um eine Verzögerung der Krankheitsprogression zu erzielen und damit die Langzeitprognose zu verbessern.

■ Ambulante und stationäre multidisziplinäre Behandlung und Rehabilitation: s. Kap. 4.2

↑ 12/12

Versorgen Sie Ihre Patienten von Beginn an bedarfsgerecht in Form einer koordinierten, multidisziplinären Behandlung.

■ Dokumentation: s. Kap. 4.3

↑↑ 12/12

Erfassen und dokumentieren Sie zur Beurteilung der Erkrankung regelmäßig die Krankheitsaktivität, z.B. mittels DAS (Disease Activity Score).

GCP 12/12

Erfassen Sie zur Beurteilung der Erkrankung jährlich die radiologische Progression.

■ Medikamentöse Therapie: s. Kap. 5

5.1.2. Antirheumatika – Klassische DMARDs – Zeitpunkt des Therapiebeginns

↑↑ 12/12

Sorgen Sie dafür, dass Ihre Patienten von Beginn an mit einem klassischen DMARD behandelt werden.

GCP 12/12

Beginnen Sie die Therapie möglichst früh; dies ist entscheidend für den Erhalt der Funktion und zur Verminderung späterer Funktionseinschränkungen.

■ Aufrechterhalten der Therapie – Therapiedauer: s. Kap. 5.1.3

↑↑ 12/12

Setzen Sie die Therapie mit klassischen DMARDs dauerhaft fort und überprüfen Sie diese regelmäßig, um eine kontinuierliche Unterdrückung der Krankheitsaktivität zu gewährleisten.

■ **DMARD-Therapiestrategien: s. Kap.5.1.7**

↑↑ 12/12

Initiieren Sie eine Therapieanpassung, wenn ein nicht ausreichendes Ansprechen – orientiert an einem vorgegebenen Therapieziel, z.B. Remission – vorliegt.

↑↑ 11/11

Setzen Sie als Rheumatologe bei Ihren Patienten, die nicht ausreichend auf eine klassische DMARD-Therapie ansprechen, ein Biologikum als Kombinationspartner ein.

■ **Wahl der Basistherapie: s. Kap. 5.1.8**

↑↑ 11/11

Setzen Sie Methotrexat als Mittel der ersten Wahl als Monotherapie und als Kombinationspartner bei der Behandlung mit klassischen DMARDs ein.

■ **Therapiesicherheit – Toxizität – Spätschäden: s. Kap. 5.1.9.2**

GCP

Informieren Sie Ihre Patienten über unerwünschte Wirkungen der medizinischen Therapie und händigen Sie dazu schriftliches Informationsmaterial aus.

GCP 7/7

Überwachen Sie die Therapie Ihrer Patienten im Hinblick auf mögliche unerwünschte Wirkungen (s. Therapieüberwachungsbögen).

■ **Glucocorticoide (GC): s. Kap. 5.1.10**

↑↑ 11/11

Unterdrücken Sie bis zum Erreichen der Wirkung der Basistherapie die Krankheitsaktivität mit einer Glucocorticoid-Therapie.

■ **Radiologische Progression: s. Kap. 5.1.10.2**

↑↑ 12/12

Führen Sie zusätzlich zur Therapie mit klassischen DMARDs die Glucocorticoid-Therapie niedrig dosiert fort, um die radiologisch nachweisbare Gelenkzerstörung zu verzögern.

■ **Unerwünschte Wirkungen: s. Kap. 5.1.10.3**

GCP 7/7

Leiten Sie bei Beginn einer Glucocorticoidtherapie mit $\geq 7,5$ mg Prednisolonäquivalent pro Tag und einer voraussichtlichen Therapiedauer von mindestens 3 Monaten entsprechend der DVO-Leitlinie eine Osteoporoseprophylaxe mit Vitamin D ein. Weitere Maßnahmen bei zusätzlich zur RA bestehenden Risikofaktoren für eine Osteoporose sind in der DVO Leitlinie differenziert dargelegt.

■ **Intraartikuläre Therapie – Intraartikuläre Glucocorticoid –Injektionen: s. Kap. 5.1.11**

GCP 12/12

Erwägen Sie für eine schnelle, manchmal auch anhaltende Besserung der Symptome in einem »Zielgelenk« die intraartikuläre Glucocorticoid-Injektion.

- **Symptomatische Medikamentöse Therapie – Unerwünschte Arzneimittelwirkungen – Empfehlungen zum Umgang mit nicht-steroidalen Antirheumatika: s. Kap. 5.2.3**

GCP 12/12

Reduzieren Sie bei gutem Ansprechen auf die DMARD-Therapie die nicht-steroidalen Antirheumatika soweit wie möglich.

GCP 11/12

Informieren Sie Ihre Patienten über die erhöhte Rate unerwünschter Wirkungen von nicht-steroidalen Antirheumatika bei Kombination mehrerer Risikofaktoren (s. Tabelle) und wenden Sie Maßnahmen zur Risikoreduktion an.

GCP 6/6

Bei Indikation zu einer med. Ulkusprophylaxe sollten Sie Protonenpumpen Inhibitoren als Mittel der ersten Wahl einsetzen.

- **Nicht-medikamentöse Interventionen in der multidisziplinären Behandlung: s. Kap. 6**

↑ 10/11

Ermutigen Sie Ihre Patienten, regelmäßige dynamische Bewegungsübungen und individuelles abgestimmtes Kraft- und Ausdauertraining durchzuführen.

GCP 11/11

Verordnen Sie bei Ihren Patienten mit Funktionseinschränkungen Physiotherapie.

- **Sport: s. Kap. 6.2**

GCP 6/6

Fördern Sie die Motivation Ihrer Patienten zu sportlicher Aktivität, entsprechend der individuellen Belastbarkeit.

- **Ergotherapie: s. Kap. 6.3**

↑ 12/12

Bieten Sie Ihren Patienten mit Einschränkungen der Handfunktion und der Alltagsaktivitäten eine qualifizierte ergotherapeutische Beratung an.

- **Orthopädische Schuhversorgung: s. Kap. 6.4**

GCP 6/6

Stellen Sie Ihre Patienten mit Fußbeschwerden trotz ansonsten ausreichender Therapie einem Spezialisten für fachgerechte Schuhversorgung vor.

- **Psychologische Interventionen: s. Kap. 6.5**

GCP 6/6

Bieten Sie Ihren Patienten – insbesondere denen, bei denen Zeichen unzureichender Krankheitsbewältigung zur Beschwerdepersistenz beitragen – eine psychologische Intervention an.

■ **Patienteninformation/ Patientenschulung: s. Kap. 6.6**

GCP 6/6

Verwenden Sie, wann immer möglich, in erklärenden Gesprächen mit Ihren Patienten absolute Risikomaße (z.B. »number needed to treat«).

GCP 6/6

Bieten sie Ihren Patienten die Teilnahme an Schulungsprogrammen an.