

Prinzipien der Therapie

4.1 Früher Therapiebeginn

Patienten mit RA entwickeln im Verlauf eine progrediente Gelenkerstörung, die zu Funktionsverlust und Einschränkungen der Lebensqualität beiträgt. Die radiologisch fassbare Gelenkdestruktion schreitet zu Beginn der Erkrankung nicht nur am stärksten fort, sondern ist zu diesem Zeitpunkt auch am besten durch eine krankheitsmodifizierende Therapie (DMARD = Disease Modifying Anti-Rheumatic Drug) zu inhibieren. Die Krankheitsremission – dokumentiert über eine dauerhaft kontrollierte Krankheitsaktivität oder anhand der ACR Remissionskriterien (siehe Anhang 3) – ist das Ziel dieser Therapie. Zu Beginn der Erkrankung lässt sich häufiger eine Remission erreichen als in späteren Phasen (van der Kooij 2009; Mottonen 2002). DMARDs können die Krankheitsprogression und den damit einhergehenden Verlust an Funktion stoppen, die Langzeitprognose wird nach dem heutigen Kenntnisstand durch eine frühzeitige, d.h. innerhalb 6 Monaten nach Beschwerdebeginn eingeleitete Behandlung mit einer sog. Basistherapie durch Einsatz von DMARDs, entscheidend verbessert.

- Etwa die Hälfte der Patienten mit noch undifferenzierter Arthritis und 2/3 aller Patienten mit einer frühen rheumatoiden Arthritis (RA, chronischen Polyarthritits) entwickeln im Verlauf von 5 Jahren eine wesentliche Funktionseinschränkung (van Zeben 1994; Wiles 2000; Lindqvist 2002), die übrigen Patienten haben einen milden Verlauf (Bukhari 2003).
- Bei einem klassischen DMARD-Einsatz in den ersten 6 Monaten lässt sich das Risiko für einen solchen Funktionsverlust signifikant reduzieren (Wiles 2001; van der Kooij 2009) und die Chance für eine Krankheitsremission signifikant verbessern (Mottonen 2002; van der Kooij 2009).
- Die Zahl der Erosionen von RA-Patienten ist signifikant mit der Krankheitsdauer bis zur Ersttherapie assoziiert (Jansen 2001), dies gilt auch für die sehr frühen Krankheitsphasen.
- Klassische DMARDs hemmen die radiologisch fassbare Progression der Gelenkerstörung (Jones 2003).
- Das Risiko einer radiologischen Progression ist durch den frühzeitigen Einsatz von klassischen DMARDs signifikant (bis in den Bereich Nichtbehandlungsbedürftiger (Bukhari 2003)) reduzierbar (Egsmose 1995; Tsakonas 2000). Vor allem die 2/3 Patienten mit einem hohen Risiko profitieren von einer Therapie in den ersten 6 Monaten (Lard 2002). Der konsequente kontinuierliche Einsatz von klassischen DMARDs halbiert das Risiko einer radiologischen Progression (Mottonen 1996).
- Extremverläufe (< 10% der Patienten) sind aber auch durch Einsatz klassischer DMARDs nicht sicher beeinflussbar.
- Die klassische DMARD-Therapie muss häufig (in etwa 30% in den ersten 24 Monaten (van Jaarsveld 2000)) wegen Nebenwirkungen oder Ineffektivität modifiziert werden, bei frühzeitigem Einsatz allerdings wegen der erhöhten Effektivität deutlich seltener (Egsmose 1995; Tsakonas 2000; van der Kooij 2009). Über einen Zeitraum von 6 Jahren bedeutet dies im Durchschnitt einen Einsatz von 3,3 klassischen DMARDs pro Patient (Mottonen 1996).
- Die Toxizität von klassischen DMARDs liegt insgesamt nicht über der von nur symptomatisch wirkenden nicht-steroidalen Antirheumatika (Fries 1993).
- Die Mortalität von Patienten mit rheumatoider Arthritis ist signifikant erhöht (Wolfe 1994), bei einem frühen Einsatz von klassischen DMARDs findet sich jedoch keine erhöhte Mortalität der Patienten mehr (Peltomaa 2002). Von den etwa 2/3 der Patienten mit einer frühen RA, die einer klassischen DMARD-Therapie bedürfen, profitiert etwa jeder 2. bezüglich Funktion und radiologischer Progression von einem Beginn der Therapie in den ersten 6 Monaten. Das bedeutet, dass jeder 3. Patient einen Gewinn von einer frühen Therapie hat.

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



4.2 Ambulante und stationäre multidisziplinäre Behandlung und Rehabilitation

Ein nennenswerter Teil der Patienten mit RA benötigt von Beginn an eine umfassende Behandlung, die die individuellen medizinischen, psychosozialen, arbeitsbezogenen, verhaltenstherapeutischen und ggf. krankheitsbezogenen finanziellen Probleme aufgreift. Dieser ganzheitliche Therapieansatz, der vorwiegend in Studien von Patienten mit nicht früher RA untersucht wurde, ist das Ziel einer koordinierten, problemorientierten Behandlung durch konservativ und operativ tätige Rheumatologen, Hausärzte, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Pflegekräfte, Psychologen und andere Berufsgruppen im multidisziplinären Team (Vliet Vlieland 1996; Tjihuis 2002; Vliet Vlieland 1997). Die Koordination des Teams, die den bedarfsgerechten Zugang zu den unterschiedlichen Spezialisten ermöglicht, ist gegenüber den Patienten zu verdeutlichen. Die gemeinsame ambulante Betreuung des Patienten durch Haus- und Fachärzte, evtl. unterstützt durch speziell geschulte Pflegekräfte, gewährleistet die bestmögliche Überwachung der Therapie hinsichtlich Wirksamkeit und unerwünschten Wirkungen. Gleiches gilt für das schnelle Erkennen von Komplikationen der RA oder der hierfür verabreichten Therapien.

Ausgewählte Patienten profitieren möglicherweise von einer intensiveren Betreuung durch ein multidisziplinäres Team im Rahmen eines akutstationären Aufenthaltes, einer Rehabilitationsklinik, einer rheumatologischen Tagesklinik oder einer ambulant von speziell geschulten Pflegekräften koordinierten Behandlung (Vliet Vlieland 1996; Tjihuis 2002; Helewa 1989; Lambert 1998).

Die bisher nicht in Deutschland aber in anderen Ländern durch Pflegekräfte koordinierte multidisziplinäre Therapie ergab eine höhere Kosten-Effektivität hinsichtlich der Lebensqualität und ein günstigeres Kosten-Nutzwert-Verhältnis in der Gesamtgruppe der Patienten (Van Den Hout 2003). Allerdings zeigte die Subgruppe älterer RA-Patienten eine geringere Funktionskapazität und Zufriedenheit mit der koordinierten ambulanten Versorgung durch spezialisiertes Pflegepersonal im Vergleich zu traditioneller ambulanter oder stationärer Behandlung eines multidisziplinären Teams (Tjihuis 2002).

Die berufliche Orientierung während der medizinischen Rehabilitation ermöglicht die Weichenstellung für anschließende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation), die die Rückkehr ins Erwerbsleben unterstützen können (de Buck 2002).

Weitere Informationen zu den Bestandteilen der multidisziplinären Behandlung gibt Kapitel 6.

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



4.3 Dokumentation

Die moderne Therapiestrategie der RA (Grigor 2004; Goekoop-Ruiterman 2007) basiert auf einer regelmäßigen Erfassung und Dokumentation der Krankheitsaktivität und ihres Verlaufes. Diese Dokumentation ist entscheidend für die Beurteilung, den Vergleich und die Qualitätssicherung der Therapie der RA.

Ausgerichtet an der Ansprechdauer der verschiedenen DMARDs sollte diese Erfassung ca. alle 3 Monate erfolgen. Als Standardinstrument hat sich in der Praxis der Disease Activity Score (DAS28, s. auch Anhang 5) bewährt, in den verschiedene Parameter der Krankheitsaktivität eingehen. Werte < 2,6 reflektieren eine gut kontrollierte Krankheitsaktivität. Werte > 3,2 bedeuten eine nicht ausreichende Kontrolle der Krankheitsaktivität, die in der Regel eine Änderung der Therapie erforderlich macht.

Klinische Parameter zur Beurteilung des Ansprechens auf die Therapie sind u.a.:

- subjektive Einschätzung des Patienten
- subjektive Einschätzung durch den Arzt
- Ausmaß der Synovitis (Anzahl geschwollener und / oder schmerzhafter Gelenke) (ggfs ergänzend erfasst durch Arthrosonographie und/oder MRT)
- Dauer / Ausmaß der Gelenksteifigkeit nach Ruhe (z.B. Morgensteifigkeit)
- Funktionsstatus (z.B. FFbH – Funktions-Fragebogen Hannover, s. Anhang 6)
- Laboruntersuchungen – radiologische Untersuchungen
- akute Phase Reaktionen (BSG, CRP)
- Anämie
- radiologische Progression (jährliche Erfassung)

Erfassen und dokumentieren Sie zur Beurteilung der Erkrankung regelmäßig die Krankheitsaktivität, z.B. mittels DAS28.



Neben dem klinischen Bild gibt insbesondere der Verlauf der radiologisch fassbaren Veränderungen (Erosionen, Gelenkspaltverschmälerung) Auskunft über die Effektivität der Therapie und ggf. die Notwendigkeit einer Therapieänderung. Aus diesem Grund werden bei deutlich aktiver Erkrankung und auch bei Patienten mit nicht erosivem Verlauf Kontrollen nach 6 und 12 Monaten, danach jährlich, empfohlen (Kommission Bildgebende Verfahren 2007). Kurzfristige Kontrollen zeigen meist keine signifikanten Änderungen, und sind deshalb für die Therapieentscheidung wenig hilfreich.

Erfassen Sie zur Beurteilung der Erkrankung jährlich die radiologische Progression.

