

Kurzfassung und Abstimmungsergebnisse

- **Klinischer Befund: s. Kap. 2.3**

GCP 7/7

Eine Gelenkschwellung unklarer Genese stellt eine Indikation zur Ganzkörperuntersuchung dar.

- **Diagnose und Prognose der frühen rheumatoiden Arthritis – Empfohlene Diagnostik: s. Kap. 2.5**

↑ ↑ 7/7

Bei Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis sollen BSG, CRP und ACPA/Rheumafaktor bestimmt werden.

- **Versorgungspfad für Patienten mit früher Arthritis: s. Kap. 3**

GCP 9/9 (Expertenkonsens)

Wurde bei neu aufgetretenen Gelenkschwellungen innerhalb von sechs Wochen keine Diagnose gesichert, sollte der Patient möglichst innerhalb von zwei Wochen einem Rheumatologen vorgestellt werden.

- **Überweiskriterien in eine rheumatologische Mitversorgung: s. Kap. 3.3**

GCP 9/9 (Expertenkonsens)

Jeder Patient mit neu aufgetretener RA sollte zur Abschätzung der Langzeitprognose einem Rheumatologen zugewiesen werden.

- **Überbrückende Therapie: s. Kap. 3.4**

GCP 7/7

Von der Einleitung einer Corticosteroidtherapie ohne gesicherte Diagnose einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung wird ausdrücklich abgeraten.

- **Prinzipien der Therapie – Partizipative Entscheidungsfindung / Patientenschulung: s. Kap. 4.1**

GCP 9/9

Bieten Sie allen Patienten die Teilnahme an Schulungsprogrammen an und ergänzen Sie diese durch mündliche, schriftliche und webbasierte Informationen über die Erkrankung und die Behandlung.

↑ 7/7

Grundlage jeder Behandlung sollte die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient sein.

- **Prinzipien der Therapie – Früher Therapiebeginn: s. Kap. 4.2**

↑ ↑ 9/9

Alle Patienten sollen von der Diagnosestellung einer rheumatoiden Arthritis an mit DMARDs behandelt werden, um eine Verzögerung der Krankheitsprogression zu erzielen und damit die Langzeitprognose zu verbessern.

- **Prinzipien der Therapie – Ambulante und stationäre multidisziplinäre Behandlung und Rehabilitation: s. Kap. 4.3**

↑ 9/9

Alle Patienten sollten von Beginn an bedarfsgerecht in Form einer koordinierten, multidisziplinären Behandlung versorgt werden.

- **Prinzipien der Therapie – Dokumentation: s. Kap. 4.4**

↑ ↑ 9/9

Die Krankheitsaktivität soll regelmäßig mittels Kompositscore (z. B. DAS28, SDAI oder CDAI) erfasst und dokumentiert werden.

GCP 9/9

Ergänzend können zur Beurteilung der Krankheitsaktivität bildmorphologische Verfahren (z. B. Sonographie) eingesetzt werden.

GCP 7/7

Zur Beurteilung des Langzeitoutcomes eignen sich die regelmäßige Erfassung des Funktionsstatus und die radiologische Progression. □

- **Prinzipien der Therapie – Treat-to-Target: s. Kap. 4.5**

↑ ↑ 9/9

Wenn das Ziel der Therapie, die Remission, nach drei (spätestens sechs) Monaten nicht erreicht ist, soll die Therapie entsprechend angepasst werden.

- **Medikamentöse Therapie – DMARD-Monotherapie: s. Kap. 5.1.1**

↑ ↑ 9/9

Methotrexat soll als erstes csDMARD in der Monotherapie eingesetzt werden.

- **Medikamentöse Therapie – DMARD-Kombinationstherapie: s. Kap. 5.1.2**

↑ ↑ 9/9

In der Kombination von DMARDs soll Methotrexat enthalten sein.

- **Medikamentöse Therapie – DMARD-Therapiestrategien: s. Kap. 5.1.3**

↑↑ 9/9

Bei Patienten, die nicht ausreichend auf eine csDMARD-Therapie ansprechen, soll ein bDMARD oder tsDMARD als Kombinationspartner eingesetzt werden.

- **Medikamentöse Therapie – Therapiesicherheit: s. Kap. 5.1.5**

↑↑ 9/9

Unter immunsuppressiver Therapie soll das erhöhte Infektionsrisiko der Patienten beachtet werden.

GCP 9/9

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

GCP 9/9

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

GCP 7/7

Zur Behandlung eines Patienten mit früher rheumatoider Arthritis gehört ein ausreichender Impfschutz gemäß den STIKO-Empfehlungen.

- **Medikamentöse Therapie – Glucocorticoide: s. Kap. 5.2**

↑↑ 9/9

Bis zum Erreichen der Wirkung einer csDMARD-Therapie soll die Krankheitsaktivität mit einer Glukokortikoid-Therapie unterdrückt werden.

GCP 9/9

Überschreiten Sie eine Startdosis von 30 mg Prednisolon-Äquivalent nur in Ausnahmefällen.

GCP 9/9

Reduzieren Sie die Glukokortikoiddosis innerhalb von acht Wochen in den Low-Dose-Bereich ($\leq 7,5\text{mg/d}$ Prednisolon) und beenden Sie diese Therapie nach drei bis sechs Monaten.

GCP 9/9

Leiten Sie bei Beginn einer Glukokortikoidtherapie Maßnahmen zur Osteoporoseprophylaxe entsprechend der aktuellen DVO-Leitlinie ein.

GCP 8/8

Erwägen Sie für eine schnelle, manchmal auch anhaltende Besserung der Symptome in „Zielgelenken“ die intraartikuläre GC-Injektion.

- **Medikamentöse Therapie – Symptomatische analgetische Therapie: s. Kap. 5.3**

GCP 9/9

Reduzieren Sie bei gutem Ansprechen auf die DMARD-Therapie die nicht-selektiven NSAR bzw. die selektiven COX-2-Hemmer soweit wie möglich.

- **Nicht-medikamentöse Interventionen in der multidisziplinären Behandlung – Bewegungstherapie und Sporttherapie: s. Kap. 6.1.1**

↑ 9/9

Ihre Patienten sollten regelmäßig dynamische Bewegungsübungen und individuell abgestimmtes Kraft- und Ausdauertraining durchführen.

GCP 9/9

Verordnen Sie allen Patienten mit Funktionseinschränkungen Physiotherapie.

- **Nicht-medikamentöse Interventionen in der multidisziplinären Behandlung – Sport und körperliche Aktivität: s. Kap. 6.2**

GCP 7/7

Fördern Sie die Motivation Ihrer Patienten zu sportlicher Aktivität und Bewegung. Einschränkungen in Bezug auf bestimmte Sportarten sind nicht erforderlich.

- **Nicht-medikamentöse Interventionen in der multidisziplinären Behandlung – Ergotherapie: s. Kap. 6.3**

↑ 9/9

Alle Patienten mit Einschränkung der Handfunktion, der Alltagsaktivitäten und/oder der beruflichen Tätigkeit sollten Ergotherapie erhalten.

- **Nicht-medikamentöse Interventionen in der multidisziplinären Behandlung – Orthopädische Schuhversorgung: s. Kap. 6.4**

GCP 9/9

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

GCP 9/9

Bei Fußbeschwerden kann die adäquate Einlagen- bzw. Schuhversorgung zu einer Schmerzlinderung führen.

- **Nicht-medikamentöse Interventionen in der multidisziplinären Behandlung – Psychologische Interventionen: s. Kap. 6.5**

↑ 9/9

Patienten sollten zur Senkung des Schmerzerlebens, zur Steigerung des Aktivitätsniveaus und zur Förderung der Krankheitsbewältigung psychotherapeutische Interventionen (insbesondere aus dem Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie) erhalten.

- **Komplementäre Verfahren bei rheumatoider Arthritis – Akupunktur, traditionelle chinesische und indische Medizin, Phytotherapie, Homöopathie, Diäten, Mind-Body-Medizin: s. Kap. 7.1**

GCP 9/9

Für eine Anwendung spezieller komplementärer Verfahren (Akupunktur, traditionelle chinesische und indische Medizin, Diäten, Phytotherapie, Homöopathie, Mind-Body-Medizin) kann aufgrund mangelnder Evidenz keine Empfehlung ausgesprochen werden.

- **Komplementäre Verfahren bei rheumatoider Arthritis – Nahrungsergänzungen: s. Kap. 7.2**

GCP 9/9

Omega-3-Fettsäuren können Symptome der RA lindern.