

3.1 Frühe Therapieeinleitung (Früher Therapiebeginn)

Es ist gut dokumentiert, dass Patienten mit RA im zeitlichen Verlauf eine progrediente Gelenkerstörung entwickeln, die zu Funktionsverlust und Einschränkungen der Lebensqualität führt. 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 (s. Anhang) – ist das Ziel dieser Therapie. Zu Beginn der Erkrankung lässt sich häufiger eine Remission erreichen als in späteren Phasen. 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 (mit DMARDs), entscheidend verbessert.

- Etwa die Hälfte der Patienten mit noch undifferenzierter Arthritis und 2/3 aller Patienten mit einer frühen rheumatoiden Arthritis (RA, chronischen Polyarthritiden) entwickeln im Verlauf von 5 Jahren eine wesentliche Funktionseinschränkung [17–19], die übrigen Patienten haben ohne Therapie einen milden Verlauf [20].
- Bei einem DMARD-Einsatz in den ersten 6 Monaten lässt sich das Risiko für einen solchen Funktionsverlust halbieren [21] und die Chance für eine Krankheitsremission signifikant (um das 3fache) verbessern [22].
- Die Zahl der Erosionen von RA-Patienten ist signifikant mit der Krankheitsdauer bis zur Ersttherapie assoziiert [23], dies gilt auch für die sehr frühen Krankheitsphasen.
- DMARDs hemmen die radiologisch fassbare Progression der Gelenkerstörung [24].
- Das Risiko einer radiologischen Progression ist durch den frühzeitigen Einsatz von DMARDs signifikant (bis in den Bereich Nichtbehandlungsbedürftiger [20]) reduzierbar [25, 26]. Vor allem die 2/3 Patienten mit einem hohen Risiko profitieren von einer Therapie in den ersten 6 Monaten [27]. Der konsequente kontinuierliche Einsatz von DMARDs halbiert das Risiko einer radiologischen Progression [28].

- Extremverläufe (<10% der Patienten) sind aber auch durch Einsatz klassischer DMARDs nicht sicher beeinflussbar.
- Die DMARD-Therapie muss häufig (in etwa 30% in den ersten 24 Monaten [29]) wegen Nebenwirkungen oder Ineffektivität modifiziert werden, insgesamt liegt ihre Toxizität nicht über der von nur symptomatisch wirkenden nicht-steroidalen Antirheumatika [30]. Über einen Zeitraum von 6 Jahren bedeutet dies im Durchschnitt einen Einsatz von 3,3 DMARDs pro Patient, etwa 55% der DMARDs müssen wegen unerwünschter Wirkungen gewechselt werden, etwa 60% wegen Ineffektivität [28].
- Die Mortalität von Patienten mit rheumatoider Arthritis ist signifikant erhöht [31], bei einem frühen Einsatz von DMARDs findet sich jedoch keine erhöhte Mortalität der Patienten mehr [32].

Von den etwa 2/3 der Patienten mit einer frühen RA, die einer DMARD-Therapie bedürfen, profitiert etwa jeder 2. bezüglich Funktion und radiologischer Progression von einem Beginn der Therapie in den ersten 6 Monaten. Die dafür in Kauf zu nehmende Toxizität ist hinsichtlich unerwünschter Wirkungen vergleichbar zum Einsatz von nur symptomatisch wirkenden Medikamenten.

A	Die RA sollte von der Diagnosestellung an mit DMARDs behandelt werden, um eine Verzögerung der Krankheitsprogression zu erzielen und damit die Langzeitprognose zu verbessern.	Level 1- ⇒ [33] Level 2+ ⇒ [21, 22, 25, 34, 35, 182, 188] Level 3 ⇒ [36]
----------	--	--

<input checked="" type="checkbox"/>	Zur Vermeidung eines vorhersehbar abwendbar gefährlichen Verlaufes sollte eine Therapie mit DMARDs möglichst innerhalb von 12 Wochen nach Krankheitsbeginn gestartet werden.
-------------------------------------	--

3.2 Koordinierte, problemorientierte, multidisziplinäre Behandlung

Der Patient mit RA benötigt von Beginn an eine umfassende Behandlung, die die individuellen medizinischen, psychosozialen, verhaltenstherapeutischen und krankheitsbezogenen finanziellen Probleme aufgreift. Dieser ganzheitliche Therapieansatz ist das Ziel einer koordinierten, problemorientierten Behandlung durch konservativ und operativ tätige Rheumatologen, Hausärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Pflegekräfte, Psychologen und andere Komplementärdisziplinen: die Versorgung durch ein multidisziplinäres Team, im Sinne einer kontinuierlichen Rehabilitation [37, 38 ⇒ beide 1+, 39]. Die gemeinsame 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.

B	Die Versorgung von Patienten mit rheumatoider Arthritis sollte möglichst von Beginn an in Form einer koordinierten, problemorientierten, multidisziplinären Behandlung erfolgen.	Level 1+ ⇒ [37, 38]
----------	--	------------------------

3.3 Patienteninformation/Patientenschulung

Die koordinierte Behandlung durch alle beteiligten Disziplinen soll auch gewährleisten, dass der Patient konsistente Informationen erhält (s. Anhänge) [40]. Umfassende Informationen über seine Erkrankung sowie Rat und Hilfe zur Selbsthilfe sollen dem Betroffenen helfen, ein möglichst normales Leben führen zu können (entsprechendes Informationsmaterial stellt z.B. die Deutsche Rheuma-Liga unter www.rheuma-liga.de zur Verfügung).

Studien [41 ⇒ 1++; 42, 43 ⇒ beide 1–], welche verschiedene Formen der Patientenschulung untersuchen, auch solche, die verhaltenstherapeutische Maßnahmen beinhalten, zeigen:

- kurzfristige positive Effekte hinsichtlich funktionaler Einschränkungen, Anzahl der betroffenen Gelenke, sowie der Selbstbeurteilung durch den Patienten
- langfristig einen positiven Trend bezüglich des Funktionsstatus

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie hat in Kooperation mit der Deutschen Rheuma-Liga für die RA ein Patientenschulungsprogramm entwickelt und evaluiert. Es wird in Kleingruppenseminaren von einem Team aus einem Rheumatologen, Psychologen, Krankengymnasten und Ergotherapeuten durchgeführt [44–46].

<input checked="" type="checkbox"/>	Patienteninformation und -schulung sind wesentliche Bestandteile der koordinierten Versorgung von RA-Patienten.
-------------------------------------	---

3.4 Dokumentation der Krankheitsaktivität

Eine regelmäßige Erfassung und Dokumentation der Krankheitsaktivität und ihres Verlaufes sind entscheidend für die Beurteilung, den Vergleich und die Qualitätssicherung der Therapie der RA.

Diese Erfassung sollte 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 $< 2,8$ reflektieren eine gut kontrollierte Krankheitsaktivität, Werte > 5 bedeuten eine nicht ausreichende Kontrolle der Krankheitsaktivität; eine Änderung der Therapie sollte erfolgen.

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)
- Dauer/Ausmaß der Gelenksteifigkeit nach Ruhe (z. B. Morgensteifigkeit)
- Funktionsstatus (z. B. FFbH – Funktions-Fragebogen Hannover, s. Anhang 5)

Laboruntersuchungen – radiologische Untersuchungen

- akute Phase-Reaktionen (BSG, CRP)
- Anämie
- radiologische Progression (jährliche Erfassung)

<input checked="" type="checkbox"/>	Zur Gewährleistung einer bestmöglichen Therapie gehört die regelmäßige Erfassung und Dokumentation der Krankheitsaktivität (DAS_{28} = Disease Activity Score) und der radiologischen Progression (jährliche Röntgenkontrolle).
-------------------------------------	--

3.5 Stationäre Behandlung

Ausgewählte Patienten profitieren möglicherweise von einer intensiveren Betreuung durch ein multidisziplinäres Team im Rahmen eines stationären Aufenthaltes oder einer rheumatologischen Tagesklinik. Klare Identifikationskriterien für diese Patienten liegen nicht vor [37, 38, 47, 48 \Rightarrow 1+].

Zumeist wird die Aufnahmeindikation in Deutschland durch die gegebene fachspezifische regionale Versorgungsmöglichkeit mitbestimmt. In entsprechenden Facheinrichtungen sollten die Voraussetzungen für die notwendige koordinierte, problemorientierte, multidisziplinäre Behandlung gegeben sein, für die ambulant zumeist sowohl hinsichtlich der Struktur- als auch der Prozessqualität erhebliche Defizite bestehen.