

sei der Anteil der optimal betreuten Patienten wesentlich höher.

Therapie: „Eine Gelenkschwellung ist nicht erlaubt!“

Der wichtigste Schritt, um die geforderten Ziele zu erreichen, ist das Ausschalten der Entzündung. Nach den kürzlich aktualisierten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) soll die Behandlung mit einem synthetischen Disease modifying Drug (DMARD) beginnen, und zwar so bald wie möglich nach der Diagnosestellung. Mittel der Wahl ist nach wie vor Methotrexat. Bis die Basistherapie wirkt, soll ein Glukokortikoid verabreicht werden, um die Krankheitsaktivität zu unterdrücken.

Erreichen die Patienten auf diese Weise keine Remission, entscheidet die Prognose über das weitere Vorgehen. Bei guter Prognose soll ein weiteres synthetisches DMARD, bei schlechter Prognose ein biologisches DMARD (TNF-alpha-Blocker) zum Einsatz kommen, bei Bedarf auch die Kombination mehrerer Biologics. Ist die Prognose von Anfang an schlecht, kann auch eine First-line-Therapie mit Biologics sinnvoll sein, so Schneider. Problematisch sei aber, dass es bisher keine guten Kriterien gebe, die über eine gute oder schlechte Prognose entscheiden. Der Wechsel auf ein anderes Wirkprinzip ist laut

Schneider aber vor allem bei Patienten sinnvoll, die noch keine größeren Gelenkschädigungen aufweisen. Für einen raschen, zielgesteuerten Therapiewechsel gibt es genügend positive Erfahrungen, so Schneider. Bei Patienten mit längerem Krankheitsverlauf sei man dagegen eher gewillt, eine bestimmte Therapie über eine längere Zeit beizubehalten, auch wenn keine Remission eintritt – es sei denn, die Patienten sprechen nicht darauf an.

Ein wichtiger Bestandteil der Therapie ist darüber hinaus die intraartikuläre Injektion von Glukokortikoiden, erläuterte Prof. Michael Hammer, Sendenhorst. Grundsätzlich soll nämlich die Strategie „Eine Gelenkschwellung ist nicht erlaubt“ verfolgt werden. Zusammen mit einer DMARD-Therapie ist so eine schnelle und effektive Kontrolle der Entzündung zu erreichen, wie Studien nachgewiesen haben.

OP: Den richtigen Zeitpunkt nicht verpassen

Dank der modernen Therapiestrategien sind heute bei rheumatischen Erkrankungen Gelenkoperationen seltener notwendig als dies früher der Fall war, erklärte Dr. Stephan Schill, Rosenheim. Neben der medikamentösen krankheitsmodifizierenden Therapie hat in den vergangenen Jahren auch die chirurgische Frühintervention einen entschei-

denden Beitrag zur Verbesserung der Langzeitprognose von Rheumapatienten geleistet. War früher lediglich eine Verzögerung der Gelenkzerstörung zu erwarten, ist es heute möglich, die Gelenkfunktion langfristig zu stabilisieren. Wenn operiert wird, handelt es sich heute vor allem um gelenkerhaltende Eingriffe. Nur 30–40% der Operationen dienen dem Ersatz oder der Versteifung eines Gelenks. Diese Operationen sind vor allem dann notwendig, wenn der Patient zu spät zum Rheumatologen kommt oder wenn er bereits seit langer Zeit an der Erkrankung leidet, sodass er in den ersten Jahren seiner Erkrankung noch nicht von den neuen Behandlungsstrategien profitieren konnte.

Entscheidend ist, dass eine Operation rechtzeitig erfolgt. Ziel ist es, die entzündlich veränderte Gelenkschleimhaut zu entfernen, bevor dauerhafte Schäden an den Gelenken und Weichteilen entstehen. Liegen bereits Schäden am Knorpel vor, kann ein operativer Eingriff diese nicht mehr beheben, so Schill. Eine klare Indikation zur rheumachirurgischen Intervention sind deshalb medikamentös therapierefraktäre Krankheitsverläufe mit rapider Gelenk- und Weichteildestruktion.

DR. JUDITH NEUMAIER ■

■ 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, München, 1.–3. 9. 2011

Tabelle 1

Kriterien für die Überweisung zum Rheumatologen

Patienten sollten vor allem dann einem internistischen Rheumatologen unter Verdacht auf eine frühe Arthritis vorgestellt werden, wenn die Gelenkschwellung

- mehrere Gelenke betrifft, länger als sechs Wochen besteht und eine andere Genese (z. B. Trauma, Gicht) nicht offensichtlich ist.
- Eine schnelle Überweisung (innerhalb von ca. zwei Wochen) soll erfolgen bei Einschränkung der körperlichen Alltagsbewältigung oder Teilhabe sowie deutlichen humoralen Entzündungszeichen.
- Ein Verlust der Geh- oder Selbstversorgungsfähigkeit sowie ausgeprägte Allgemeinsymptome (Anämie, Fieber, vaskulitische Hautveränderungen) und starke Schmerzen sind eine Indikation zur stationären Aufnahme in einer rheumatologischen Fachabteilung.

Quelle: Schneider M et al. Interdisziplinäre Leitlinie „Management der frühen rheumatoiden Arthritis“, Springer Verlag 2011

Fortschritt kommt nicht bei allen Patienten an

Fachleute fehlen

Die Fortschritte in der Rheumatologie kommen nicht bei jedem Patienten an, beklagte Prof. Erika Gromnica-Ihle, Berlin. Derzeit kommt nur etwa die Hälfte der Patienten in dem Zeitfenster von drei bis maximal sechs Monaten nach dem Beginn der Beschwerden zu einem Rheumatologen. Ein Grund hierfür ist der deutschlandweite Mangel an Rheumatologen. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie errechnete, dass jeweils ein niedergelassener internistischer Rheumatologe für jeweils 50 000 Einwohner notwendig wäre. Der Bedarf liegt also deutschlandweit bei 1 350 Rheumatologen. Tatsächlich gibt es hierzulande aber nur etwa halb so viele Rheumatologen, nämlich 621. An der Unterversorgung leiden vor allem die Betroffenen, weil sie zu lange auf einen Termin warten müssen und demzufolge Diagnose und Therapie zu spät beginnen.

JN ■