

EULAR 2017

Neue EULAR-Empfehlungen zur Therapie axialer Spondylarthritiden

Das Treat-to-target (T2T)-Konzept, seit langem etabliert bei Rheumatoider Arthritis (RA), steckt bei Spondylarthritiden (SpA) wegen vieler offener Fragen noch in den Kinderschuhen. Kürzlich hat die European League Against Rheumatism (EULAR) das Gerüst für die T2T-Strategie aktualisiert.

Therapien individuell festlegen

T2T bedeutet: konsequente Therapieeskalierung, bis eine Remission oder zumindest niedrige Krankheitsaktivität erreicht ist. Im Prinzip gilt dies nach den erstmals 2014 aufgestellten Empfehlungen der EULAR auch für das Management axialer Spondylarthritiden (axSpA) wie Morbus Bechterew. Jedoch sollten Therapiestrategien und -ziele individuell unter Einbeziehung der Patienten festgelegt werden, wird in dem Strategiepapier betont, das kürzlich aktualisiert worden ist.

Evidenzen für eine klare Definition der Therapieziele fehlen

Es fehlen bisher bei axSpA eindeutige Evidenzen für eine klare Definition der Therapieziele, sagte Professor Dr. Maxime Dougados aus Paris. SpA sind bekanntlich nicht nur durch muskuloskelettäre Symptome wie Arthritis, Entesitis, Daktylitis und Zeichen einer axialen Erkrankung charakterisiert, sondern haben auch extraartikuläre Manifestationen (u. a. Psoriasis, entzündliche Darmerkrankungen, Uveitis) und gehen mit Komorbiditäten wie Osteoporose und kardiovaskulären Erkrankungen einher.

In zwei laufenden Strategiestudien sollte geklärt werden, so Dougados, welche Therapieziele für eine günstige

Prognose und hohe Lebensqualität am wichtigsten seien, wo die Grenzwerte für eine erfolgreiche Therapie lägen und in welcher Zeit die Therapieziele erreicht werden sollten.

Eine Remission bzw. inaktive Erkrankung sollte bei axSpA-Patienten auf verschiedenen klinischen und Laborparametern beruhen und die Krankheitsaktivität sollte sowohl nach klinischen Zeichen und Symptomen als auch Akutreaktionen beurteilt werden, berichtete Professor Dr. Denise van der Heijde vom Universitätsklinikum Leiden in den Niederlanden. Im 2016 veröffentlichten Update des Treat-to-Target-Strategiepapiers werden fünf übergeordnete Therapieprinzipien genannt und 13 Therapieempfehlungen, die für alle SpA-Subgruppen gelten sollen.

Höchste Priorität habe die gemeinsame Festlegung der Therapieziele im Gespräch mit den Patienten und die Adjustierung der Therapie, bis diese Ziele erreicht sind, betonte van der Heijde. Erhöht werden sollte langfristig die Lebensqualität der Patienten durch Kontrolle der Symptome, Prävention struktureller Schäden, Erhalt der Funktionalität und Vermeidung von Komorbiditäten. Hervorgehoben wird auch die hohe Bedeutung der Entzündungskontrolle und der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Facharztgruppen.

In den einzelnen Therapieempfehlungen werden diese übergeordneten Punkte konkretisiert: Als Therapieziele sind Remission/Inaktivität der Erkrankung, alternativ niedrige Krankheitsaktivität genannt. Ob die Therapie erfolgreich ist, sollte unter Berücksichtigung aller Symptome und unter Einbeziehung von Scores wie ASDAS, Laborparametern und Bildgebung beurteilt werden. Ist das Therapieziel erreicht, sollte es idealerweise langfristig erhalten werden.

Insgesamt stellen die neuen Empfehlungen nur ein Gerüst für das beste Management dar, die behandelnden Ärzte müssen es ausfüllen.

▾ QUELLE

- EULAR 2017, Madrid; Session „Treat-to-target in axSpA: reality or utopy?“, 15. Juni 2017, Literatur: van der Heijde D et al.: 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. Ann Rheum Dis 2017; 76: 978-991

EULAR 2017

Ungünstige Prognose bei RA-Patienten mit Fibromyalgie

Rund jeder zehnte Patient mit Rheumatoider Arthritis (RA) leidet auch unter einer Fibromyalgie (FM). Bei diesen Patienten ist der Krankheitsverlauf laut norwegischen Registerdaten besonders ungünstig: Die Krankheitsaktivität ist höher und häufiger als bei anderen RA-Patienten liegt eine Fatigue vor.

Eine FM zählt in der neuen ICD11-Klassifikation zu den chronischen primären Schmerzsyndromen, bei denen andere Ursachen ausgeschlossen sind.

Aufgrund der Häufung der Erkrankung bei RA-Patienten sollte allerdings insbesondere bei schlecht auf die Standardtherapie ansprechenden Patienten auch an eine Fibromyalgie als Begleiterkrankung gedacht werden, berichtete Dr. Sella Proven aus Oslo beim europäischen Rheumakongress im Juni 2017 in Madrid.

Proven und ihre Kollegen haben 488 RA-Patienten aus dem Oslo-Register 1999 in eine Zehn-Jahres-Studie eingeschlossen, darunter 40 Patienten, die die ACR-Kriterien für eine Fibromyalgie erfüllten: mindestens 11 „tenderpoints“ an 18 untersuchten Stellen. Die Studienteilnehmer waren im Mittel 60 Jahre alt, 87 % waren weiblich. Bereits zu Beginn der Studie waren Krankheits-

aktivität der RA, beurteilt mit DAS28, Intensität von Schmerzen und Zahl der geschwollenen und empfindlichen Gelenke in der Gruppe der FM-Patienten signifikant höher als bei den übrigen Patienten, berichtete Proven. Zudem wurden in der FM-Gruppe häufiger Fatigue, Bauchschmerzen und Konzentrationsstörungen dokumentiert. Auch im Verlauf – bei Studienende konnten noch Daten von 192 Patienten ausgewertet werden – veränderten sich die genannten Parameter in der FM-Gruppe ungünstiger als in der Vergleichsgruppe.

▾ QUELLE

- EULAR 2017, Madrid; Session „Fibromyalgia: a disease of the peripheral or central nervous system“, 14. Juni 2017, Dr. S. Proven, Oslo, Abstract OP0005

EULAR 2017

Gegensteuern bei pre-RA kann manifeste RA verhindern

Bei Patienten im Frühstadium einer rheumatoiden Arthritis (pre-RA), z. B. mit undifferenzierten Arthritiden, kann durch effizientes Gegensteuern mit nicht-medikamentösen Maßnahmen oder Pharmakotherapie das Risiko einer manifesten rheumatoiden Arthritis (RA) verringert werden.

Bei Patienten mit hohem Progressionsrisiko für eine RA sollte frühzeitig interveniert werden, um die Entwicklung einer RA zu verhindern oder zumindest zu verzögern, berichtete Dr. Kevin Deane von der Universität von Kalifornien in Aurora. An erster Stelle stünden Lebensstilinterventionen wie Rauchstopp.

Untersucht wird aber in Studien auch bereits der Einsatz klassischer RA-Medikamente wie Methotrexat (MTX) und Hydroxychloroquin, als auch von Biologika. In einer Meta-Analyse der Daten von sieben randomisierten kontrollierten Studien bei insgesamt 800 Patienten mit undifferenzierter Arthritis oder ACPA-positiven Arthralgien wurde der Nutzen einer einjährigen Therapie mit MTX, Methylprednison, mit einem TNF-Blocker, Abatacept oder Rituximab dokumentiert. Das RA-Risiko

bei Studienende war in den Verumgruppen im Mittel im Vergleich zu Placebo um 28 % verringert.

Für ein hohes Progressionsrisiko bei klinischem Verdacht auf eine Arthralgie sprechen nach Angaben der EULAR folgende Kriterien:

- Symptome in MCP (Meta-Carpo-Phalangeal)-Gelenken oder Druckempfindlichkeit
- Morgensteifigkeit > 60 Minuten
- Stärkste Symptomatik am Morgen
- Schwierigkeiten, eine Faust zu machen
- Verwandte ersten Grades mit RA.

▾ QUELLE

- EULAR 2017, Madrid; Session „From pre-RA to established RA“, 16. Juni 2017, Hilliquin S et al., Abstract OP0011

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: info@rheumaguide.de

Redaktion

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin),
Dr. Stephan Voß M.A. (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Hexal AG

Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290
E-Mail: service@hexal.com

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.

Gicht

Exzess-Sterblichkeit seit mehr als einem Jahrzehnt unverändert hoch

Bei der rheumatoiden Arthritis hat sich das erhöhte Sterberisiko in letzter Zeit vermindert, nicht aber bei Patienten mit Gicht. Das zeigt die Analyse einer bevölkerungs-repräsentativen Datenbank von britischen Allgemeinärzten. Verglichen mit Patienten ohne Gicht ist das Mortalitätsrisiko demnach rund 20 Prozent höher. Dies galt sowohl für den Zeitraum von 1999 bis 2006 als auch für denjenigen von 2007 bis 2014. Die Autoren führen die praktisch unverändert erhöhte Sterblichkeit auf die oft suboptimale Behandlung der Hyperurikämie und der Komorbiditäten zurück sowie auf die schlechte Compliance der Patienten.

▾ QUELLE

- Fisher MC et al: The unclosing premature mortality gap in gout: a general population-based study. *Ann Rheum Dis* 2017;0:1-6

Gesundheitspolitik

120. Deutscher Ärztetag: Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung auf der Zielgerade

von RA, FA für MedR und Wirtschaftsmediator Dr. Tobias Scholl-Eickmann, Kanzlei am Ärztehaus, Dortmund, www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Vom 23. bis 26.05.2017 fand in Freiburg der 120. Deutsche Ärztetag statt. Das Ärzteparlament hatte eine große Anzahl von Themen auf der Agenda, wie das 446 Seiten starke Beschlussprotokoll belegt. Im RheumaGuide 3/2017 hatten wir bereits über den erfolgreichen Beschluss zur GOÄ-Novelle berichtet. Nachfolgend ein Überblick zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung sowie ein Abriss der weiteren Beschlüsse.

Beschluss beim 121. Ärztetag?

Seit mehreren Jahren beschäftigen sich die Delegierten nun schon mit der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Die Novelle geht nun auf die Zielgerade; vieles spricht dafür, dass der Ärztetag im Mai 2018 eine neue (Muster-)Weiterbildungsordnung beschließen wird, die dann von den jeweiligen Landesärztekammern umgesetzt wird. Bis dahin werden die jeweiligen Fachverbände noch intensiv arbeiten, da über die (Muster-)Weiterbildungsordnung letztlich auch der medizinische „claim“ abgesteckt wird. Die (Muster-)Weiterbildungsordnung ist daher weit mehr als eine reine Fixierung der vom Assistenzarzt zu absolvierenden Abschnitte und Leistungsinhalte. Voraussichtlich ist mit folgenden Eckpunkten für die künftige Weiterbildungsordnung zu rechnen:

- Die Weiterbildung soll nicht wie bislang allein an Mindestzahlen und -zeiten bemessen sein, sondern zentral am Ergebnis in Weiterbildungsblöcken und -modi, evaluiert u. a. auch durch sog. „CanMeds-Rollen“, bemessen werden.
- Die Dokumentation wird aller Voraussicht nach im Rahmen eines „eLogbuch“ erfolgen, das zwischen kognitiven und Methodenkompetenzen differenziert. Zentrales Anliegen ist dabei auch, durch das eLogbuch den aktuell meist sehr kompli-

zierten Wechsel der Ärztekammer innerhalb einer Weiterbildung bundeseinheitlich zu gestalten.

- Die Weiterbildungen zum Facharzt für Allgemeinchirurgie sowie zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin sollen nach dem Votum der Delegierten erhalten bleiben.
- Fehlzeiten in einem Umfang bis zu sechs Wochen pro Jahr (z. B. wegen Krankheit, Schwangerschaft etc.) werden nicht mehr als „Fehlzeiten“ der Weiterbildung gewertet.
- Die Weiterbildung wird mit Blick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf flexibler werden; die derzeit starren Grenzen (z. B. mindestens 50 %-Stelle) werden gestrichen.

Durch die neue Systematik soll dem bisherigen bekannten und geduldeten Missstand begegnet werden, dass – bedingt durch die starre Weiterbildungssystematik – regelhaft mehr selbstständig durchgeführte Leistungen dokumentiert werden als tatsächlich durchgeführt worden sind bzw. sein können.

Im Übrigen soll der Vorstand der BÄK auch darüber befinden, dass Weiterbildungszeiten für Zusatzbezeichnungen abweichend von der bisherigen Regelung „nebenberuflich“ durchlaufen werden können, um insbesondere auch Vertragsärzten eine teilzeitige Weiterbildungsmöglichkeit neben einem vollen Versorgungsauftrag zu ermöglichen.

Vielzahl weiterer Beschlüsse

In einer Vielzahl von weiteren Beschlüssen haben sich die Delegierten mit den unterschiedlichsten Themen befasst, von denen nur beispielhaft einige Aspekte angeführt werden.

- **Digitalisierung** wird in die Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildung integriert, um Inhalte von Gesundheitstelematik, E-Health und Telemedizin zum festen Bestandteil ärztlichen Kompetenzerwerbs zu machen. Ebenso wird die zeitnahe Einführung einer einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakte befürwortet sowie die Einführung eines bundeseinheitlichen Gütesiegels für Gesundheits-Apps wid gefordert. Zudem soll in geförderten Modellprojekten der Nutzen von „Fernbehandlungen“, also ärztlichen Behandlungen, die ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden, geprüft werden.
- Ärzte sollen künftig Leistungen an **„Physician Assistants“** delegieren können. Es muss aber klar sein, dass der Arzt nicht durch einen Physician Assistent ersetzt werden kann und dieser dem ärztlichen Dienst unterstellt ist. Auf eine bundeseinheitliche Ausbildung auf hohem Niveau ist zu achten; daher soll der Physician Assistant nach Beschluss der Delegierten keine eigenständige Ausbildung, sondern eine akademische Weiterbildung sein. Anders gesagt: Es bedarf einer vorangehenden einschlägigen Ausbildung wie z. B. Krankenpfleger.
- Zur besseren **Integration ausländischer Ärzte** wird ein (bundes-)einheitliches und transparentes Verfahren für die Anerkennung von Ausbildungsnachweisen gefordert. Für den Zeitraum der Überprüfung sollen (limitierte) Berufserlaubnisse erteilt werden, soweit ausreichende Sprachkenntnisse nachgewiesen wurden.