

# Bei rheumatoider Arthritis zielorientiert behandeln

## Wachsende Datenbasis untermauert «Treat to Target»-Empfehlungen

Bereits seit einigen Jahren ist bekannt, dass eine zielorientierte Therapie dem Fortschreiten einer rheumatoiden Arthritis (RA) besser Einhalt gebieten kann, als ein empirisches Vorgehen. Wie wichtig für das Erreichen einer Remission oder einer niedrigen Krankheitsaktivität die strukturierte Kontrolle inklusive Therapieanpassung ist, unterstreichen die aktualisierten Empfehlungen (1).

Bei 90 Prozent der RA-Patienten kommt es bereits innerhalb der ersten beiden Jahre zu strukturellen Schäden (2) – dabei gibt es, rechtzeitig erkannt, in der Frühphase der Erkrankung gute Chancen das Fortschreiten zu verhindern. Hinweise darauf, dass eine wiederholte Messung der Krankheitsaktivität im Verlauf dazu beitragen kann diese besser in den Griff zu bekommen, zeigten Zahlen aus dem Schweizer Rheumaregister SCQM bereits in 2003 (3). Erste Daten zur zielorientierten Therapie («Treat to target», T2T) wurden 2004 von Grigor et al. publiziert. Sie konnten bestätigen, dass eine standardisierte, quantifizierbare Erfassung der Krankheitsaktivität sowie der therapeutischen Massnahmen mit geringerer Krankheitsaktivität, weniger radiologischen Schäden sowie besserer Funktion und Lebensqualität belohnt wird (4). Eine internationale Arbeitsgruppe um Prof. Josef Smolen, Allgemeines Krankenhaus Wien, publizierte 2010 die ersten Empfeh-

lungen zur T2T-Therapie bei RA. Diese wurden nun durch eine interprofessionelle Expertengruppe (Rheumatologen, Pflege, Patienten) reevaluiert (1).

### Aktualisierte Empfehlungen ...

Das Update mündete wie 2010 in 4 übergeordnete Prinzipien und 10 konkrete Empfehlungen, mit wenigen präzisierenden Veränderungen und untermauernder Evidenz aufgrund neuer Publikationen. Neue Evidenz unterstützt das Anstreben einer Remission oder zumindest niedrigen Krankheitsaktivität sowohl in frühen Krankheitsstadien als auch bei bereits etablierter Erkrankung.

### ... betonen Einbindung der Patienten

Schon die 4 übergeordneten Prinzipien erinnern daran, wie wichtig es ist, den Patienten in die therapeutischen Entscheidungen miteinzubeziehen – und deshalb waren auch Patienten in die Reevaluation und Diskussion der notwendigen Massnahmen involviert. Daneben wird nach wie vor die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch Symptomkontrolle, Vermeidung struktureller Schäden, Normalisierung der Funktion sowie Einbindung in soziale Aktivitäten angestrebt. Aufgrund der heute immer besseren therapeutischen Möglichkeiten wird neu auch die Integration in arbeitsbezogene Aktivitäten als Ziel formuliert – die ihrerseits mit einer besseren Lebensqualität assoziiert ist (5). Unverändert bleibt die Beherrschung der Entzündung vordringlichste Massnahme, um das Ziel zu erreichen. Das gelingt umso besser, wenn die Krankheitsaktivität mit standardisierten Messinstrumenten wie dem Disease Activity Score (DAS28) überwacht und die therapeutischen Massnahmen in Abhängigkeit davon optimiert werden.

### Oberstes Ziel: Klinische Remission

Das Herzstück der finalen 10 Empfehlungen bleibt die «klinische Remission»

### Task Force zur Umsetzung

Für die nationale Implementierung der T2T-Empfehlungen sind im Lauf des Jahres schweizweit regionale Treffen geplant. Als Mitglieder der Task Force laden ein:

- ❖ Prof. Dr. Jean Dudler, Fribourg
- ❖ Prof. Dr. Axel Finckh, HUG, Genf
- ❖ Prof. Dr. Paul Hasler, Kantonsspital Aarau
- ❖ Prof. Dr. Johannes von Kempis, Kantonsspital St. Gallen
- ❖ Prof. Dr. Diego Kyburz, Universitätsspital Basel (Leitung)
- ❖ Prof. Dr. Burkhard Möller, Inselspital Bern
- ❖ Dr. Martin Toniolo, Zürich
- ❖ PD Dr. Pascal Zufferey, CHUV, Lausanne

(DAS28 < 2,6) als Ziel der Behandlung, das heisst das Fehlen von Zeichen und Symptomen einer signifikanten Krankheitsaktivität. Insbesondere bei lang anhaltender Erkrankung kann als alternatives Therapieziel auch eine niedrige Krankheitsaktivität (DAS28 < 3,2) akzeptiert werden. Als Grundlage therapeutischer Entscheidungen muss der Einsatz von validierten Messinstrumenten Eingang in die Praxisroutine finden, fordern die Experten. Deren Auswahl sowie die Zielwerte orientieren sich dabei wesentlich auch an Komorbiditäten, Patientenfaktoren sowie Risiken der Therapie.

### Kontrollintervalle einhalten

Die Messungen müssen regelmässig erfolgen und dokumentiert werden, das bedeutet bei Patienten mit hoher/moderater Krankheitsaktivität monatlich; bei Patienten mit anhaltend niedriger Krankheitsaktivität oder Remission reicht ein Intervall von 6 Monaten. Bis zum Erreichen des einmal definierten Ziels, das während der Behandlung beibehalten werden sollte, sollte die medikamentöse Therapie mindestens alle 3 Monate adaptiert werden. Von Anfang an sollte der Rheumatologe dabei die Patienten involvieren, sowohl in der Definition des Behandlungsziels als auch für die Strategie, dieses zu erreichen.

### Umsetzung in der Schweiz

Mit der Umsetzung dieser Empfehlungen in die Praxis beschäftigt sich die nationale Task Force zum T2T-Konzept unter Leitung von Prof. Diego Kyburz, Universitätsspital Basel (siehe *Kasten*). Die Experten diskutieren zum einen die Einordnung und praktische Anwendbarkeit

Text: Dr. med. Christine Mücke

Redaktion: Dr. med. Adela Žatecky

Dieser Beitrag wurde realisiert mit freundlicher Unterstützung der Firma AbbVie.



## NACHGEFRAGT

bei Prof. Dr. med. Diego Kyburz,  
Chefarzt Rheumatologie,  
Universitätsspital Basel

### «Treat to Target» – Wie kommt das Konzept am besten in die Praxis?

**Obwohl theoretisch akzeptiert, erfolgt die Umsetzung der Empfehlungen zur zielorientierten Therapie der rheumatoiden Arthritis (RA) in der Praxis nur vereinzelt. An was es mangelt und wie man Abhilfe schaffen kann, dazu äusserte sich Prof. Diego Kyburz.**

**ARS MEDICI:** Prof. Kyburz, Sie sind Leiter der nationalen Task Force zum «Treat to Target»-Konzept bei RA. Können Sie das Konzept kurz erläutern?

**Prof. Dr. Diego Kyburz:** «Treat to target» – T2T – bedeutet eine strukturierte Therapie zur Erreichung eines Ziels, nicht nur in der Rheumatologie. Man setzt sich ein formales Therapieziel, bei RA normalerweise eine Remission, und überprüft nachher mit einem Instrument, ob man es erreicht hat. Man misst also die Krankheitsaktivität und passt die Therapie so lange an, bis das Ziel wirklich erreicht ist – eigentlich simpel.

**Was hat sich die Task Force zum Ziel gesetzt?**

De facto stellen wir fest, dass es ein Prinzip ist, das alle akzeptieren; aber es wird noch nicht systematisch gelebt. Wir wollen erreichen, dass sich das Konzept auch in der täglichen Arbeit der Rheumatologen durchsetzt. Gerade in der Anfangsphase der Behandlung sollten die Ärzte konsequenter nach Schema vorgehen.

**Wie kann das Ihrer Meinung nach erreicht werden?**

Es besteht Informationsbedarf. Wir planen schweizweit regionale Expertentreffen, um herauszufinden, warum Anspruch und Realität häufig auseinandergehen und wo im Alltag konkret die Hürden sind. Und wie man die Strukturen so anpassen kann, damit das Konzept wirklich umgesetzt werden kann. Dabei müssen auch Patienten eingebunden werden.

**Was behindert die Umsetzung der Empfehlungen in der Praxis am stärksten?**

Ich denke, dass da auch organisatorische Aspekte eine Rolle spielen. Wenn die Blutproben nicht vorher abgenommen worden sind, fehlen bei der Konsultation die Werte. Erst wenn diese vorliegen, haben wir die für den Therapieentscheid notwendigen Angaben zur Krankheitsaktivität. Es könnte helfen, wenn diese Werte rechtzeitig vorliegen oder der Patient schon vor dem Arztgespräch einen Fragebogen ausfüllt, damit man auch seine Einschätzung kennt, wenn man ihn vor sich hat. Solche Dinge sind am Schluss wichtig, um das Konzept wirklich umsetzen zu können.

**Welche Rolle hat der Hausarzt bei der Betreuung der Patienten mit RA?**

Sein Beitrag ist wirklich entscheidend. Er muss dafür sorgen, dass die Krankheit früh erkannt wird. Man kann am meisten erreichen, wenn man das Konzept früh anwendet. Der Hausarzt ist die erste Anlaufstelle, er muss die Weichen stellen, damit die Diagnose gestellt werden kann. Das T2T-Konzept wird dann vom Rheumatologen

gemanagt, aber der Hausarzt könnte z.B. vorgängig Blutkontrollen machen, damit dem Experten die Werte rechtzeitig vorliegen. Und wenn später die Kontrollabstände beim Rheumatologen grösser werden, ist der Hausarzt immer noch die Anlaufstelle des Patienten – und sollte erkennen, wenn die Krankheit wieder aktiv ist.

**Welche Rolle spielt heute der informierte Patient?**

Er wird immer wichtiger. Studien belegen, dass eine aktive Einbindung den Therapieerfolg begünstigt. Wenn der Patient das Konzept verstanden hat und die Therapie bewusst mitträgt, sind die Adhärenz und damit auch die Aussicht auf Erfolg viel besser. Das ist, glaube ich, ein zentraler Punkt. Und dann muss er natürlich die Krankheits-symptome kennen, damit man handeln kann, wenn entsprechende Symptome auftreten.

**Wie können die Aufgaben verteilt werden, was kann der Arzt delegieren?**

Bei der Erfassung der Krankheitsaktivität mit Instrumenten kann das Praxispersonal involviert werden. Es kann auch zusammen mit den Patienten Fragebögen ausfüllen und damit den Arzt entlasten/unterstützen. Die Gelenkuntersuchung macht bei uns nach wie vor der Arzt. Es gibt allerdings in den USA und anderen Ländern bereits Pflegepersonen, die dafür ausgebildet werden und das übernehmen. Der Arzt kann sich dann auf die primär ärztlichen Aufgaben wie z.B. den Therapieentscheid konzentrieren. Es gibt also schon Modelle, um zukünftig effizienter zu werden und die knappe Zeit besser zu nutzen.

**Wird das auch in der Schweiz so kommen?**

Wir haben noch keine strukturierte Ausbildung für Rheuma Nurses, aber das wird angestrebt. Denn nebst der Therapie ist die Möglichkeit, sich mit jemandem auszutauschen, der die Krankheit versteht, sehr wichtig. Je knapper die Zeit des Arztes ist, desto weniger kann er Dinge ansprechen, die zwar nicht zentral, aber dennoch für die Patienten wichtig sind. Da die Begleitung und Information der Patienten durch Pflegekräfte zur Verhütung von Nebenwirkungen beiträgt, sollte sich deren Einsatz dann auch tariflich abbilden lassen.

**Wie lässt sich die Erfassung der Krankheitsaktivität am besten objektivieren und standardisieren?**

Indem man validierte Instrumente zur Messung der Krankheitsaktivität, Funktion etc., zum Beispiel im Rahmen eines Patientenregisters, strukturiert und in den vorgegebenen Rhythmen anwendet und nicht nur – wie vielfach üblich – empirisch vorgeht. Durch die Verwendung solcher Instrumente kann die Entwicklung der Erkrankung im Verlauf beobachtet werden und anhand der Normwerte weiss man, wo man steht.

**Was können die neuen webbasierten, digitalen Angebote zur Selbstbeurteilung der Krankheitsaktivität beitragen?**

Diese werden uns wahrscheinlich in Zukunft die Arbeit erleichtern, weil der Patient damit einen Teil der Verantwortung übernimmt, und wir besser sehen können, wie es ihm geht. Wir könnten auch definieren, ab wann man handeln muss und hätten so die Möglichkeit, Termine nach Bedarf anbieten zu können. Auf Routine-Besuche könnte so verzichtet werden.

In der Studie C0mpASS I haben wir gezeigt, dass eine App grundsätzlich akzeptiert ist und die Erfassung der Krankheitsaktivität durch den Patienten mit dem Assessment des Arztes korreliert. C0mpASS II\* untersucht, ob dadurch das Management der Patienten erfolgreicher ist. Das Ziel ist zu zeigen, dass man durch die Eingaben der Patienten die Therapie eher anpasst und am Schluss ein besseres Behandlungsergebnis erreicht.

\* Informationen zu C0mpASS II und Zugang zur Web App unter: [www.compass2.ch](http://www.compass2.ch)

dieser Empfehlungen aus Schweizer Sicht und werden zum anderen im Lauf des Jahres landesweit Rheumatologen zu regionalen Treffen einladen, um gemeinsam Hürden zu überwinden und Massnahmen zu definieren, die letztlich die bessere Umsetzung in den klinischen Alltag erlauben sollen (siehe Interview). ❖

**Literatur:**

1. Smolen JS et al.: Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2016; 75 (1): 3–15.
2. Lindqvist E et al.: Course of radiographic damage over 10 years in a cohort with early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2003; 62 (7): 611–616.
3. Fransen J et al. and the members of the Swiss Clinical Quality Management in Rheumatoid Arthritis (SCQM): «Effectiveness of a measurement feedback system on outcome in rheumatoid arthritis:

a controlled clinical trial», extended report, *Rheum Dis* 2003; 62: 624–629.

4. Grigor C et al.: Effect of a treatment strategy of tight control for rheumatoid arthritis (the TICORA study): a single-blind randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 23; 364 (9430): 263–269.
5. Gronning K et al.: Paid work is associated with improved health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2010; 29: 1317–1322.

CHHUR160277