

«smarter medicine»: Top-5-Liste für die Behandlung von Rheuma

Trägerschaft «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland»

Im Rahmen der Initiative «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» veröffentlicht die Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie (SGR) ihre Top-5-Liste. Auch in der Rheumatologie wurde in den letzten Jahren vor der Gefahr der Überdiagnostik und Übertherapie gewarnt. Erst seit Kurzem beginnt man jedoch die Möglichkeit der Therapiereduktion bei Patientinnen und Patienten mit erreichtem Behandlungsziel zu erforschen und zu diskutieren. Ein spezielles Augenmerk gilt den kostenintensiven Biologika-Behandlungen. Neben den steigenden Kosten sind die Betroffenen einer Überdiagnostik starken psychischen Belastungen ausgesetzt, was weitreichende Konsequenzen haben kann. Nach dem Modell des American College of Rheumatology hat die SGR deshalb eine Liste mit fünf zu vermeidenden Interventionen erarbeitet.

Die Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie gibt die fünf folgenden Empfehlungen ab:

1. Keine Bestimmung von spezifischen antinukleären-Antikörpern (ANA) ohne vorherigen positiven Screeningtest für ANA und ohne klinischen Verdacht auf eine immunvermittelte Erkrankung.

Tests auf spezifische antinukleäre Antikörper (AK) – einschliesslich der gegen ds-DNA, Smith, RNP, SSA, SSB, Scl-70 oder gegen Centromere gerichteten Antikörper – sind in der Regel negativ, wenn der ANA-Test negativ ist. Zu den Ausnahmen gehören Anti-Jo-1 AK, die bei manchen Formen von Myositis positiv sein können oder manchmal die SSA-AK im Rahmen von Lupus oder dem Sjögren-Syndrom. Es ist zu vermeiden, ein Panel von Autoantikörpern zu bestimmen ohne gut begründeten klinischen Verdacht; die Wahl der Autoantikörper sollte sich vielmehr nach der in Betracht kommenden spezifischen Krankheit richten.

2. Keine Untersuchung auf Borreliose als Ursache unspezifischer muskuloskelettaler Symptome.

Zu den muskuloskelettalen Beschwerden der Borreliose gehören kurze Arthralgien oder intermittierende

Zur Entstehung dieser Liste

Die Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie (SGR) hat eine ständige Kommission eingesetzt, die sich mit klinischen Fragestellungen beschäftigt («Clinical Affairs»). Sie gibt Stellungnahmen und Empfehlungen zu spezifischen Behandlungen auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Erkenntnisse, internationaler Empfehlungen und der Meinung renommierter Experten ab. Der US-Verband für Rheumatologie – das «American College of Rheumatology (ACR)» – hat bereits 2013 eine Arbeitsgruppe für die Erstellung einer Liste mit fünf Empfehlungen unter dem Titel «choosing wisely» gegründet. Die vom ACR verwendete Methode zur Bestimmung der fünf wichtigsten Punkte in der Rheumatologie wurde im Detail beschrieben. Die amerikanische Empfehlungsliste diente als Basis für die Erarbeitung der Schweizer Empfehlungen. Die fünf amerikanischen Empfehlungen wurden umfassend von der SGR-Kommission diskutiert. Einige konnten übernommen und an den Schweizer Kontext angepasst werden, andere erschienen für die medizinische Praxis in der Schweiz nicht relevant und wurden ersetzt. Im Rahmen ihrer Arbeit wandte die Kommission ein mehrstufiges Verfahren an, das mit einer Kombination aus konsensorientierter Methodik und der Analyse von Dokumenten zu den endgültigen Empfehlungen führte. Die in die Liste aufgenommenen fünf Empfehlungen wurden den Mitgliedern der SGR bei der Generalversammlung im Januar 2019 präsentiert, um ein Feedback der Mitglieder zu ermöglichen, und schliesslich am 6. Juni 2019 vom SGR-Vorstand genehmigt.

oder persistierende Arthritis in einem oder mehreren grösseren Gelenken, meist dem Kniegelenk. Ohne diese klinischen Merkmale Tests auf Borreliose durchzuführen, erhöht die Wahrscheinlichkeit falsch positiver Ergebnisse, was unnötige Behandlungen nach sich ziehen kann. Diffuse Gelenk- oder Muskelschmerzen oder eine isolierte Fibromyalgie sind keine Kriterien, die auf eine Borreliose mit muskuloskelettalen Beschwerden hinweisen.

3. Keine Durchführung von MRT der peripheren Gelenke in der Verlaufsbeobachtung einer entzündlichen Arthritis.

Die Forschungsdaten über die Verwendung von MRT zur Diagnose und Prognose der Rheumatoiden Arthritis reichen derzeit nicht aus, um eine breite Verwendung der Methode in der klinischen Praxis zu rechtfertigen. Auch wenn das Vorliegen eines im MRT festgestellten Knochenödems ein Vorzeichen für die

Entwicklung von strukturellen Gelenkschäden in einigen RA Populationen sein könnte, ist der systematische MRT-Einsatz nicht gerechtfertigt, im Gegensatz zur üblichen klinischen Überwachung, zu der eine Beurteilung der klinischen Krankheitsaktivität und konventionelle Röntgenaufnahmen gehören.

4. Keine systematische Wiederholung densitometrischer (DXA)-Analysen öfter als einmal alle zwei Jahre.

Das Osteoporose-Screening ist nach den Vorgaben der jeweiligen klinischen Leitlinien durchzuführen. Das optimale Intervall für die Wiederholung der Densitometrie (DXA) ist unklar. Da aber Knochendichteveränderungen in kürzeren Intervallen oft geringer ausfallen als die Messabweichung der meisten DXA-Scanner, sind häufigere Beurteilungen (Intervall <2 Jahre) bei den meisten Patienten nicht nötig. Selbst bei Hochrisikopatienten, die eine medikamentöse Osteoporose-Behandlung erhalten, korrelieren Veränderungen der Knochendichte nicht immer mit der Knochenbruchwahrscheinlichkeit. Daher sollte die DXA erst wiederholt werden, wenn das Ergebnis sich auf die klinische Behandlung auswirkt oder wenn rasche Veränderungen der Knochendichte zu erwarten sind. Neue Daten legen ausserdem nahe, dass gesunde Frauen ab 67 mit einer primär normalen Knochenmasse keine DXA-Messung benötigen, insofern sich die Osteoporose-Risiken nicht erheblich ändern.

5. Keine Verschreibung von Opioidanalgetika bei unspezifischen Rückenschmerzen.

Es gibt derzeit keine Evidenz für die Verschreibung von Opioidanalgetika bei Patienten, die an akuten unsp-


fischen Lumbalgien leiden. Bei Personen mit chronischen Rückenschmerzen konnte lediglich eine leichte Schmerzreduktion durch Opioidanalgetika gezeigt werden. Zunehmend Sorge bereiten zudem die unerwünschten Wirkungen der Opioide, die von der Überdosierung bis hin zum Tod reichen können. Die Behandlung chronischer Lumbalgien sollte vorrangig durch nicht pharmakologische Massnahmen erfolgen. Sofern diese Massnahmen nicht anschlagen, soll erst eine pharmakologische Therapie mit nicht steroidal-antirheumatika erfolgen. Schwache Opioide sind auf Third-Line-Therapien zu begrenzen.

Die Kampagne «smarter medicine»


Der Trägerverein «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland», der nebst medizinischen Fach- und Berufsorganisationen auch von Patienten- und Konsumentenorganisationen unterstützt wird, möchte die Öffentlichkeit für die Themen der Fehl- und Überversorgung sensibilisieren. Die Kampagne knüpft an die erfolgreiche amerikanische Initiative «Choosing Wisely» an, die zum Ziel hat, nicht nur «kluge Entscheidungen» herbeizuführen, sondern auch die offene Diskussion zwischen Ärzteschaft, Patientinnen und Patienten und der Öffentlichkeit zu fördern. In den nächsten Monaten werden weitere medizinische Fachgesellschaften sogenannte Top-5-Listen mit unnützen Behandlungen in ihrem Fachbereich publizieren. Zudem hat der Verein im Oktober 2018 eine breite Kampagne für Patientinnen und Patienten lanciert: Die bisher veröffentlichten Empfehlungen sind neu in einer für Laien verständlichen Sprache verfügbar, um gemeinsame Entscheidungen zu unterstützen. Weitere Informationen zum Trägerverein und eine Übersicht über die bestehenden Top-5-Listen sind zu finden unter www.smartermedicine.ch.

Trägerverein smarter medicine
c/o SGAIM
Monbijoustrasse 43
CH-3001 Bern
smartermedicine[at]sgaim.ch

Umgezogen?



Einloggen bei myFMH



Adresse anpassen unter Personalien

