



Basismedikamente oder DMARDs

3. Auflage

Basismedikamente oder DMARDs (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs = krankheitsmodifizierende anti-rheumatische Medikamente) bilden die Grundlage jeder Behandlung von immunologisch bedingten rheumatischen Erkrankungen, also von rheumatoider Arthritis, Psoriasis Arthritis, systemischem Lupus erythematoses, Vaskulitiden und anderen. Sie greifen langfristig in den Krankheitsverlauf ein und können so dauerhafte Krankheitsfolgen wie Gelenkerstörungen oder Organschäden verlangsamen, verringern und sogar verhindern. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass Betroffene diese Medikamente frühzeitig verabreicht bekommen. Zudem wirken sie nicht sofort, sondern brauchen eine Anlaufzeit. Je nach Wirkstoff werden Sie die positiven Wirkungen erst nach Tagen bis Wochen, manchmal erst nach Monaten, merken. Auch deshalb wird Ihr Arzt Ihnen diese Medikamente verschreiben, sobald er die Diagnose gestellt hat. Heilen können die DMARDs die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen leider noch nicht. Sie können aber den Krankheitsverlauf deutlich spürbar einschränken, im Idealfall sogar zu einem Stillstand bringen (Remission).

ist man jedoch immer bestrebt, Kortisonpräparate so sparsam und so kurz wie möglich einzusetzen (mehr zu Kortisonpräparaten: Merkblatt 4.3).

Welche Basismedikamente (DMARDs) gibt es?

Zu diesen Medikamenten gehören pharmakologisch sehr unterschiedliche Substanzen, die heute in drei Gruppen unterteilt werden:

- Herkömmliche (konventionelle, auf Englisch: conventional) synthetisch hergestellte DMARDs = csDMARDs
- Biotechnologisch hergestellte DMARDs = bDMARDs. Sie werden auch Biologika genannt. Sie müssen stets gespritzt werden, weil sie sonst als Eiweiß im Magen verdaut würden.
- Zielgerichtete (Ziel heißt Target auf Englisch) synthetisch hergestellte DMARDs = tsDMARDs. Diese können als Tablette verabreicht werden.

Wie wirken Basismedikamente oder DMARDs?

Wie DMARDs wirken, wissen die Ärzte heute zunehmend besser. Wenn sie auf Dauer eingenommen werden, vermindern sie die Krankheitsaktivität und lindern damit den Schmerz. Sie verlangsamen die Gelenkerstörung oder verhindern sie sogar. Dadurch bleibt die Gelenkfunktion erhalten. Damit unterscheiden sich DMARDs klar von den nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR). NSAR wirken zwar schnell, aber nur symptomatisch. Sie verringern die Entzündung und damit den Schmerz, sie können aber nicht den zerstörerischen Prozess, zum Beispiel bei der rheumatoiden Arthritis an den Gelenken, beeinflussen (mehr zu NSAR: Merkblatt 4.1).

Eine Mittelstellung zwischen DMARDs und NSAR nehmen die Kortisonpräparate ein. Sie können sowohl die Entzündung sehr schnell lindern und damit auch sehr deutlich die Schmerzen beeinflussen wie auch das Voranschreiten der entzündlich-rheumatischen Erkrankung etwas verlangsamen. Wegen der Nebenwirkungen

csDMARDs

Wichtigstes csDMARD ist das Methotrexat (MTX). MTX ist das DMARD, das weltweit am häufigsten zum Einsatz kommt. Es hat ein sehr gutes Nutzen-Risiko-Verhältnis. Untersuchungen zeigen, dass es das DMARD ist, das am längsten von den Betroffenen eingenommen wird. Es wurde zuerst in der Krebstherapie entwickelt, wird in der Rheumatologie jedoch viel niedriger dosiert. Die Einnahme erfolgt einmal wöchentlich.

Bei Unverträglichkeit oder bei Kontraindikationen gegen MTX kann Leflunomid mit vergleichbarer Wirkung eingesetzt werden.

Weitere csDMARDs sind Sulfasalazin und Chloroquin und dessen Abkömmling Hydroxychloroquin, die auch in Kombination mit MTX bei rheumatoider Arthritis zum Einsatz kommen.

Goldpräparate werden heute wegen starker Nebenwirkungen nicht mehr verschrieben.

Zur Behandlung von Organkomplikationen kommen bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen auch Azathioprin, Ciclosporin, Mycophenolat mofetil oder Cyclophosphamid zur Anwendung. Diese Medikamente werden zum Teil in höheren Dosierungen als in der Rheumatologie auch in der Organtransplantation oder in der Krebstherapie eingesetzt. Sie dämpfen das aktive Immunsystem und werden daher auch Immunsuppressiva bzw. bei Anwendung in der Krebstherapie Zytostatika genannt.

bDMARDs/Biologika

Bei diesen Medikamenten handelt es sich um biotechnologisch hergestellte Eiweißstoffe, die gegen entzündungsfördernde Botenstoffe des Körpers gerichtet sind, etwa gegen den Tumornekrose-Faktor-alpha (TNF alpha) oder das Interleukin 6. Andere Biologika hemmen ganz spezifisch Zellen des Immunsystems. Dazu zählen die verschiedenen T- und B-Lymphozyten, die im Krankheitsprozess der rheumatoiden Arthritis und bei anderen chronisch-entzündlichen rheumatischen Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen (mehr zu bDMARDs/Biologika im Merkblatt 4.4).

bDMARDs wirken schneller als csDMARDs und sie halten das Voranschreiten der Krankheit wirksam auf. Diese Therapie ist sehr teuer. Und auch diese Präparate haben Nebenwirkungen: Da sie das Immunsystem dämpfen, ist der Körper während der Therapie anfälliger gegenüber Infektionen. Besonders gefürchtet sind bei den meisten Biologika Tuberkulose, aber auch andere Infektionen. Aus all diesen Gründen werden bDMARDs meist dann verordnet, wenn zuvor csDMARDs, einschließlich MTX, nicht ausreichend gewirkt haben.

Für zahlreiche Original-Biologika ist der Patentschutz abgelaufen, so dass jetzt für diese (teilweise sogar mehrere) ähnliche Präparate, die Biosimilars, zur Verfügung stehen. Sie sind keine Generika, da sie dem Originalpräparat nicht gleich, sondern - da auch biotechnologisch hergestellt - nur ähnlich sind. Weiterführende Informationen zu den einzelnen bDMARDs finden Sie im Internet:

<https://www.rheuma-liga.de/biologika>

Wirkstoff	Wirkungsweise
Abatacept	Immunzell-Hemmung
Adalimumab	TNF alpha-Hemmer
Anakinra	Interleukin 1 Hemmer
Belimumab	Immunzell-Hemmung
Canakinumab	Interleukin 1 beta-Hemmer
Certolizumab Pegol	TNF alpha-Hemmer
Denosumab	Greift in den Knochenstoffwechsel ein
Etanercept	TNF alpha-Hemmer
Golimumab	TNF alpha-Hemmer
Infliximab	TNF alpha-Hemmer
Ixekizumab	Interleukin 17A-Hemmer
Rituximab	Immunzell-Hemmer
Sarilumab	Interleukin 6-Hemmer
Secukinumab	Interleukin 17A-Hemmer
Teriparatid	Greift in den Knochenstoffwechsel ein
Tocilizumab	Interleukin 6-Hemmer
Ustekinumab	Interleukin 12/23-Hemmer



Zielgerichtete synthetische DMARDs = tsDMARDs

Seit 2015 ist Apremilast auf dem Markt, das zur Behandlung der Psoriasis Arthritis zugelassen ist. Es ist das erste Medikament einer neuen Gruppe (Phosphodiesterase 4 (PDE4)-Inhibitoren), die auch oral eingenommen werden können.

Seit 2017 steht als tsDMARD eine neue Gruppe von Medikamenten zur Verfügung, die Janus-Kinasen-Hemmer (JAK-Hemmer); vorerst nur zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis und Psoriasis Arthritis. Es sind Baricitinib und Tofacitinib. Sie wirken ähnlich gut wie die Biologika, können jedoch im Gegensatz zu Biologika/Biosimilars als Tabletten eingenommen werden. Ein Infektionsrisiko besteht auch bei diesen Medikamenten.

ses Vorgehen wird bei frisch erkrankten Menschen an rheumatoider Arthritis versucht, nach sechs Monaten ganz auf das Kortisonpräparat zu verzichten. NSAR stellen dann nur eine Bedarfsmedikation dar.

Keine Therapie ohne Kontrolle!

DMARDs haben wie jede wirksame Therapie auch unerwünschte Wirkungen, deshalb müssen Sie sich unter einer DMARD-Therapie regelmäßig körperlich und labormedizinisch untersuchen lassen. Veränderungen an Leber, Blutzellen oder Nieren merken Sie als Patient erst sehr spät. Durch Laborkontrollen lassen sie sich aber frühzeitig erkennen, und Ihr Arzt kann entsprechend gegensteuern.

Einige DMARDs können bei Einnahme während der Schwangerschaft zu Fehlgeburten, Missbildungen oder Totgeburten führen. Manche schädigen das Erbgut in den Spermien und die Zeugungsfähigkeit des Mannes. Sprechen Sie daher Ihre Familienplanung unbedingt mit dem behandelnden Arzt ab (mehr dazu im Merkblatt 6.12 „Familiengründung und Schwangerschaft“).

Autorin: Dagmar Wolf

Fachliche Beratung: Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle,
Prof. Dr. Dirk Stichtenoth

Bei allen Bezeichnungen, die sich auf Personen beziehen, haben wir aus Gründen der leichten Lesbarkeit die männliche Form gewählt. Mit der gewählten Formulierung sprechen wir aber ausdrücklich alle Geschlechter an.

Welches DMARD ist das richtige?

Wie gut welches DMARD in welcher Dosierung wirkt, ist individuell verschieden. Eine Rolle spielen die Krankheitsart, die Krankheitsaktivität und mögliche Begleiterkrankungen. In jedem Fall sollen DMARDs so früh wie möglich nach der Diagnosestellung zum Einsatz kommen, um Gelenkzerstörungen oder Organschäden zu vermeiden.

Ärzte können DMARDs allein geben oder zum Teil untereinander kombinieren. Bei sehr aktiver rheumatoider Arthritis können Ärzte nach Versagen von MTX gleich ein bDMARD oder einen JAK-Hemmer verabreichen. Häufig werden sowohl bDMARDs als auch JAK-Hemmer zusammen mit MTX verschrieben. Durch die

Die Deutsche Rheuma-Liga

• Gemeinsam mehr bewegen •

Die Deutsche Rheuma-Liga setzt sich vielfältig für Menschen mit Rheuma ein.

Die größte deutsche Selbsthilfeorganisation im Gesundheitswesen informiert und berät Betroffene unabhängig und frei von kommerziellen Interessen, bietet praktische Hilfen und unterstützt Forschungsprojekte zu rheumatischen Erkrankungen. Der Verband mit rund 300.000 Mitgliedern tritt für die Interessen rheumakrankter Menschen in der Gesundheits- und Sozialpolitik ein.

• GEMEINSAM MEHR BEWEGEN •

Die Rheuma-Liga ist die größte Gemeinschaft und Interessenvertretung rheumakranker Menschen in Deutschland. Wir informieren und beraten fachkompetent und frei von kommerziellen Interessen. Weitere Informationen:

Info-Hotline 0800 6002525

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
www.bechterew.de • Telefon 09721 22033

Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e.V.
www.lupus.rheumanet.org • Telefon 0202 4968797

Sklerodermie Selbsthilfe e.V.
www.sklerodermie-sh.de • Telefon 07131 3902425

Herausgeber:

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Welschnonnenstraße 7 • 53111 Bonn

www.rheuma-liga.de • E-Mail: bv@rheuma-liga.de

3. Auflage 2019 – 20.000 Exemplare
Drucknummer: MB 4.5/BV/09/2019

