



AWMF-Register Nr.	060/002	Klasse:	S3
--------------------------	----------------	----------------	-----------

Patienteninformation

Management der frühen rheumatoiden Arthritis

Patienteninformation

1	Was bedeutet die Erkrankung für mich?	3
1.1	Frühe Rheumatoide Arthritis – Um welche Erkrankung handelt es sich?	4
1.2	Was ist ein Gelenk?	4
1.3	Was ist der Auslöser der Erkrankung?	4
1.4	Welches sind die Folgen der RA, wenn sie unbehandelt bleibt?	5
1.5	Therapieziel	5
1.6	Warum früh zum Rheumatologen gehen?	5
1.7	Vorhersage des Krankheitsverlaufs (Prognose)	5
1.8	Seelische Belastung	5
2	Was kann mein Arzt für mich tun?	6
2.1	Klinische Untersuchung durch den Rheumatologen	6
2.2	Labor	6
2.3	Bildgebung	7
2.4	Prinzipien der Therapie	8
3	Nicht-Medikamentöse Therapie	10
3.1	Multidisziplinäre Behandlung und Rehabilitation	10
3.2	Psychologische Unterstützung	10
3.3	Patienteninformation/ Patientenschulung	10
4	Dokumentation der Krankheitsaktivität	12
5	Was kann ich selber tun?	12
6	Wo finden Sie weitere Unterstützung und Informationen?	12
7	Ergänzende Verfahren	12
8	Rheumatologischer Akutfall	13
9	Anregungen für Ihren Besuch beim Rheumatologen	13
10	Glossar Patienteninformation	14

Die Leitlinie »Management der frühen rheumatoiden Arthritis« hat das Ziel, die Möglichkeiten für eine gute Versorgung von Neuerkrankten mit der entzündlichen Gelenkerkrankung »rheumatoide Arthritis« aufzuzeigen, über die eine bessere Prognose und Lebensqualität der Betroffenen erreicht werden kann. Wichtig sind dabei ein rechtzeitiges Erkennen durch die richtige Deutung der Krankheitszeichen und der frühzeitige Beginn einer spezifischen Therapie.

Begründung der Leitlinie:

Die vorliegende Patienteninformation dient dazu, Sie, die Patienten, verständlich über Ihr Krankheitsbild, die diagnostischen Maßnahmen und die Therapiemöglichkeiten zu informieren, wie sie in der Leitlinie dargestellt sind. Mit diesen Informationen können Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt aktiv an Ihrer Behandlung teilhaben. Die Patienteninformation basiert auf den Empfehlungen der Medizinischen Leitlinie »Management der frühen rheumatoiden Arthritis«, die von einer Expertengruppe verschiedener Fachrichtungen und Patientenvertretern systematisch entwickelt und wissenschaftlich begründet wurde.

Die wesentlichen Informationen dieser Leitlinie für Patienten ergeben sich aus der Beantwortung folgender drei Fragen:

- »Was bedeutet die Erkrankung für mich?«
- »Was kann mein Arzt für mich tun?«
- »Was kann ich selber tun?«

Darüber hinaus macht die Leitlinie Aussagen und Empfehlungen zur Früherkennung der rheumatoiden Arthritis, die eine große Bedeutung für den Verlauf der Erkrankung haben. Auf diese wird in dieser Patientenversion, die den Betroffenen anspricht, nicht eingegangen.

1 Was bedeutet die Erkrankung für mich?

Bei Ihnen wurde die Diagnose »Rheumatoide Arthritis« gestellt.

Wie sich diese Krankheit bei Ihnen auswirkt, wissen Sie selbst am besten. Typische Beschwerden sind eine Morgensteifigkeit meist der Fingergelenke mit Bewegungseinschränkungen und Kraftlosigkeit der Hände. Die Gelenke schmerzen infolge der Entzündung. Alltagstätigkeiten, die Ihnen bisher leicht gefallen sind, können nun auf einmal schwer, wenn nicht sogar unmöglich werden. Im Laufe der Zeit können weitere Gelenke betroffen werden. Manchmal steht auch ein allgemeines Krankheitsgefühl im Vordergrund. All das kann Ihre Lebensqualität mehr oder weniger einschränken.

Wenn ein Arzt die Diagnose rheumatoide Arthritis stellt, geht er/sie zudem davon aus, dass es sich um einen chronischen, d.h. lang andauernden, Prozess handelt, der Einfluss auf die Gestaltung Ihres Alltages und Ihr weiteres Leben nimmt.

Das Krankheitsgeschehen und die Abläufe im Körper sind nicht einfach zu verstehen. Trotzdem möchten wir Sie ermuntern, mehr darüber zu wissen, weil Sie dann auch nachvollziehen können, wieso der Arzt Medikamente oder z.B. Krankengymnastik verordnet.

1.1 Frühe Rheumatoide Arthritis – Um welche Erkrankung handelt es sich?

Bei einer rheumatoiden Arthritis handelt es sich

- a) um eine systemische, d.h. den ganzen Körper betreffende, Erkrankung.
- b) Die Krankheit zeigt sich vor allem an den Gelenken.
- c) Es handelt sich zumeist um eine chronische Erkrankung, d.h. lang andauernde Erkrankung, für die wir bisher keine Heilung kennen.
- d) Der Begriff »Rheumatoide Arthritis« bedeutet »Gelenkentzündung, die zum rheumatischen Formenkreis gehört«. Eine frühere Bezeichnung lautete »chronische Polyarthritis« (poly = viele, Arthritis = Gelenkentzündung)
- e) Die Erkrankung verläuft bei vielen Patienten schubweise, d.h. es kann entzündungsfreie Intervalle geben.
- f) Es handelt sich um die häufigste entzündliche Erkrankung der Gelenke
- g) Früh bedeutet zumeist, dass noch keine bleibenden Gelenkschäden aufgetreten sind

1.2 Was ist ein Gelenk?

Ein Gelenk ist die Verbindung zweier Knochen. Es besteht aus einem Gelenkkopf und einer Gelenkpfanne, die zueinander passen und gegeneinander beweglich sind. Mit den Gelenken ist die Bewegung des Körpers erst möglich.

Die Gelenkflächen sind mit Knorpel überzogen, welcher als Gleitfläche und Stoßdämpfer zwischen den Knochen fungiert. Eine Gelenkkapsel umgibt das Gelenk. Die innere Schicht der Gelenkkapsel ist mit der Gelenkinnenhaut (Synovialis) überzogen, die die Synovialflüssigkeit herstellt, um das Gelenk »zu schmieren«.

1.3 Was ist der Auslöser der Erkrankung?

Die Ursache der rheumatoiden Arthritis ist bis heute unbekannt und Gegenstand intensiver Forschung.

Eine große Bedeutung hat wohl das Immunsystem, welches den Menschen vor Mikroorganismen (Bakterien, Viren, Pilze etc.), Fremd- und Schadstoffen von außen oder auch aus dem eigenen Körper (entartete Zellen, innere Keime), schützt.

Die »Waffe« des Immunsystems, um gefährliche Eindringlinge unschädlich zu machen, ist die Entzündung.

Die meiste Zeit bemerken wir nichts von der Arbeit des Immunsystems. Wenn wir gesund sind, ist das ein Zeichen eines gut funktionierenden Immunsystems.

Bekannt ist, dass im Immunsystem Erkennungsfehler passieren können. Wenn das Immunsystem nicht mehr zwischen »eigen« und »fremd« unterscheidet, dann bekämpft es mit der Waffe der Entzündung körpereigene Strukturen. Dies nennt man Autoimmunität.

Im Falle der RA zeigt sich die Abwehr an der Gelenkinnenhaut. Hier kommt es zu einer chronischen Entzündung.

1.4 Welches sind die Folgen der RA, wenn sie unbehandelt bleibt?

Die chronische Entzündung der Gelenkinnenhaut greift auf die umliegenden Strukturen wie Knorpel, Knochen und Weichteilgewebe über und zerstört diese. Knorpel und Knochen werden angefressen, was eine Bewegung des Gelenks sehr erschwert bis unmöglich macht. Die Folge können Fehlstellungen der Gelenke und Verformungen die Finger sein. Die Gelenke verlieren unbehandelt im Verlaufe weniger Jahre ihre Funktion. Bei schweren Krankheitsverläufen kann dies zu starken Beeinträchtigungen im Alltag, zum Ausscheiden aus dem Beruf und zu frühzeitiger Berentung führen.

1.5 Therapieziel

Das Ziel der Therapie heißt »Remission«. Remission bedeutet, dass die Entzündung gestoppt wird und damit die Krankheit für den Betroffenen nicht mehr wahrnehmbar ist, die Symptome also verschwunden sind und es nicht zu weiteren Gelenkzerstörungen kommt. Dies bedeutet, dass die Krankheit unter Kontrolle ist und ruht. Dieses Therapieziel ist heute für viele Betroffene erreichbar.

1.6 Warum früh zum Rheumatologen gehen?

Bestehen die Krankheitszeichen (Symptome) noch keine 6 Monate und die Krankheit wird in diesem Zeitraum diagnostiziert und eine Basistherapie (Basistherapie siehe S. 80) begonnen, besteht die beste Möglichkeit einer effektiven Therapie im Sinne einer Remission. In diesem Zeitraum sind die Gelenke durch die Entzündung noch nicht angegriffen. Die Folgen der rheumatoiden Arthritis – zerstörte Gelenke mit Funktionsverlust – können in diesem Zeitfenster am ehesten verhindert werden. Aber auch wenn die Erkrankung erst später diagnostiziert wird, ist eine sog. Basistherapie (siehe unten) noch hilfreich.

1.7 Vorhersage des Krankheitsverlaufs (Prognose)

Die Ausprägungen der RA zu Beginn und im Krankheitsverlauf sind individuell sehr unterschiedlich. Gerade am Anfang der Erkrankung ist der Verlauf für den einzelnen Patienten nur begrenzt vorhersagbar. Sicher spielen die Entzündung und auch das Vorliegen von Rheumafaktoren oder ähnlichen Antikörpern sowie die Dauer bis zur Einleitung einer Basistherapie dabei eine Rolle.

1.8 Seelische Belastung

Eine chronische Erkrankung, die mit Schmerzen, Gelenksteifigkeit und Müdigkeit einhergeht, kann Angst und Hilflosigkeit auslösen.

Um die vielfältigen seelischen und körperlichen Begleiterscheinungen einer RA besser zu bewältigen, kann es Sie in Ihrer Krankheitsbewältigung unterstützen, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen oder sich von erfahrenen anderen Betroffenen Rat zu holen. Hierbei hilft die Deutsche Rheuma-Liga. Außerdem gibt es Patientenschulungskurse und Seminare, in denen Sie zuverlässige Informationen über Ihre Erkrankung von einem erfahrenen Team aus Ärzten und Psychologen erhalten. Diese vertiefenden Schulungen wurden von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Rheuma-Liga entwickelt.

Sie unterstützen Sie dabei, die negativen seelischen Folgen der Erkrankung zu vermindern. Ein neues Selbstbewusstsein im Umgang mit Ihrer Erkrankung trägt zum Erhalt Ihres seelischen Wohlbefindens bei und Sie haben wieder mehr Freude am Leben.

2 Was kann mein Arzt für mich tun?

Eine eindeutige Diagnose ist die wichtigste Voraussetzung für die Therapie. Die folgenden Untersuchungen dienen dazu:

2.1 Klinische Untersuchung durch den Rheumatologen

Der Arzt tastet die Gelenke ab und unterscheidet eine entzündliche Schwellung von z.B. einer knöchernen Auftreibung, wie sie bei der Arthrose vorkommt. Das sichtbare Verteilungsmuster der Entzündung in den betroffenen Gelenken (vor allem Fingerknöchel und Fingermittelgelenke) gibt weitere Hinweise auf eine RA. Die Krankheitsgeschichte Ihrer Familie (Familienanamnese) kann ebenso Aufschluss geben, denn es kommt nicht selten vor, dass ein Verwandter ebenfalls eine RA hat/hatte.

2.2 Labor

Einige wichtige Informationen erhält Ihr Arzt durch Untersuchungen des Blutes.

BSG (oder BKS; Blutsenkungsgeschwindigkeit)

Die BSG ist eine Untersuchung, die einfach und nicht besonders spezifisch eine Entzündung im Körper feststellen lässt. Die BSG ist bei vielen anderen Erkrankungen erhöht (erhöhte Werte sprechen zum Beispiel für eine Entzündung), und sie kann erhöht sein, ohne dass sich eine Ursache dafür findet. Auf der anderen Seite schließt eine normale BSG einen entzündlichen Vorgang im Körper nicht aus.

C-reaktives Protein (CRP)

Das CRP ist ebenfalls ein Hinweis auf eine akute oder chronische Entzündung oder eine Autoimmunerkrankung. Dieser Wert ist z.B. auch bei Infektionen erhöht. Das CRP deutet etwas sicherer und schneller als die BSG auf eine Entzündung hin, weil

die BSG auch bei nicht-entzündlichen Erkrankung erhöht sein kann.

Rheumafaktor (RF)

Der Rheumafaktor (RF) ist ein Wert, der bei vielen Patienten mit rheumatoider Arthritis im Blut nachweisbar ist. Etwa 1/3 der Patienten mit rheumatoider Arthritis, zu Anfang sogar mehr, haben keinen Rheumafaktor, zudem gibt es Menschen, bei denen ein Rheumafaktor nachgewiesen wird, die aber keine rheumatoide Arthritis haben. Mit der Bestimmung des Rheumafaktors kann man die Diagnose rheumatoide Arthritis wahrscheinlicher machen, aber weder beweisen noch ausschließen.

Der Rheumafaktor ist ein Autoantikörper gegen körpereigene Eiweiße.

Antikörper gegen citrullinierte Proteine/Peptide (ACPA)¹

z.B. CCP- und MCV- Antikörper, sind sicherere Hinweise für eine frühe RA und daher aussagekräftiger für die Diagnosestellung. Hohe Titer geben einen Hinweis auf den möglichen Krankheitsverlauf und das Risiko für eine Gelenkzerstörung.

2.3 Bildgebung

Röntgen

Mittels Röntgenaufnahmen werden die Hände und Füße zu Beginn untersucht, um den Ausgangszustand der Gelenke abzubilden. Im weiteren Verlauf der Erkrankung werden diese Untersuchungen wiederholt, um den Erfolg der Therapie zu ermitteln und die Prognose besser beurteilen zu können.

Sonographie

Die Sonographie benutzt Ultraschallwellen, die sich im Gewebe ausbreiten und dort von den verschiedenen Gewebearten unterschiedlich reflektiert werden.

Die Ultraschalluntersuchung (Sonographie) oder die MRT der Gelenke lässt den Rheumatologen Entzündungen der Gelenke (Arthritis) oder Sehnenscheiden (Tenovaginitis) oft schneller erkennen als mittels Röntgenuntersuchung. Die Sonographie ersetzt nicht die Funktion des Röntgens für die Verlaufsbeurteilung (s.o.).

Eine Skelettszintigraphie kann eine sinnvolle Ergänzung darstellen, um durch das Verteilungsmuster der Gelenkentzündung Klarheit über die Art der rheumatischen Erkrankung zu erhalten. Unterschiedliche rheumatische Erkrankungen zeigen ein unterschiedliches Verteilungsmuster der Entzündungen.^{2, 3}

¹ ACPA: CPP-Antikörper (Cyclisch citrullinierte Peptide) und MCV-Antikörper: (Antikörper gegen mutiertes citrulliniertes Vimentin): sind die zur Zeit spezifischsten Laborwerte für eine frühe RA und eignen sich daher hervorragend zur frühen Diagnosesicherung.

² MRT (Magnetresonanztomographie oder Kernspintomographie): diese ist ein Schnittbildverfahren, das mittels eines Magneten, also ohne Röntgenstrahlen, die verschiedenen Gewebearten mit und ohne Kontrastmittel sehr klar darstellen kann. Weichteilschwellungen und frühe Knochenveränderungen (Knochenödeme) können im Gegensatz zum konventionellen Röntgen gut erkannt werden.

³ Szintigraphie: Die Szintigraphie ist ein bildgebendes Verfahren unter Verwendung von radioaktiven Substanzen mit kurzer Halbwertszeit. Das bedeutet, dass dem Patienten ein radioaktives Arzneimittel intravenös gespritzt wird, um anschließend die Verteilung und Anreicherung des Kontrastmittels im Gewebe und im Knochen darzustellen. Die Abstrahlung der Gamma-Strahlen wird mit einer Gammakamera fotografiert. Das radioaktive Arzneimittel (Technetium-99) hat eine Halbwertszeit von 6 Stunden, d.h. nach dieser Zeit ist die Hälfte im Körper rückstandslos zerfallen.

2.4 Prinzipien der Therapie

Es ist wichtig, so früh wie möglich den Prozess, der die Gelenke zerstört, aufzuhalten.

Gerade zu Beginn der Erkrankung schreitet die im Röntgenbild sichtbare Gelenkzerstörung am stärksten fort; und das bedeutet auch, dass der Rheumatologe Sie zu diesem Zeitpunkt am effektivsten therapieren kann. Außerdem: je früher die Therapie einsetzt, umso besser sind die Chancen für einen vollständigen Krankheitsstopp. Eine dauerhaft kontrollierte Krankheitsaktivität (Remission) ist das Ziel der Therapie.

Zu Beginn der Erkrankung lässt sich häufiger eine solche Remission erreichen als in späteren Phasen.

Um dieses Ziel zu erreichen, wird eine Basistherapie mit DMARDs (Disease-Modifying-anti-Rheumatic Drug = Krankheitsmodifizierende Medikamente) begonnen. Damit ist der Einsatz von Medikamenten gemeint, die gezielt in den Entzündungsprozess eingreifen. Der konsequente kontinuierliche Einsatz von klassischen DMARDs halbiert das Risiko eines auf dem Röntgenbild sichtbaren Fortschreitens der Gelenkzerstörung. Da allerdings nicht alle Patienten davon betroffen sind, ist der erwartbare Nutzen auf alle Patienten bezogen etwas niedriger.

Es gibt verschiedene solcher klassischen DMARDs und es kann durchaus sein, dass die gewählte Medikation aufgrund von unerwünschten Wirkungen oder einer nicht ausreichenden Wirksamkeit durchaus auch in den ersten Monaten verändert werden muss.

Medikamentöse Therapie

Die Behandlung mit Medikamenten dient dazu, die Aktivität der Krankheit zum Stillstand zu bringen. Die Folgen sind, dass Schmerzen und Gelenkschwellungen sowie Steifigkeit nachlassen, die Gelenkzerstörung verhindert wird und sich Ihre Lebensqualität verbessert.

Zu Wirkung, Überwachung der Therapie und unerwünschten Wirkungen siehe Therapie-Informationsbögen der einzelnen Medikamente im Internet: <http://dgrh.de/therapieueberwachen.html>.

- a) Basistherapie: diese umfasst langfristig wirkende Antirheumatika, das heißt, die Wirkung dieser Therapie tritt erst nach einigen Wochen bis Monaten ein. Sie werden mit »DMARD« abgekürzt (s.o). Sie haben keine direkte Wirkung auf die Symptome einer RA. Sie verändern den Verlauf der Erkrankung, indem sie ihn verlangsamen und im besten Fall zum Stillstand bringen (Remission), worauf in der Folge die Symptome zurückgehen. Je früher Sie ein Basistherapeutikum erhalten, umso besser kann es wirken. Zu den klassischen DMARDs zählen u.a. Azathioprin, Chloroquin, Ciclosporin, Hydroxychloroquin, Leflunomid, Methotrexat und Sulfasalazin.
- b) Glukocortikoide (»Cortison«): Glukocortikoide gehören zu den Hormonen, die in der Nebennierenrinde des Menschen gebildet werden. Cortisol ist eines davon. Es wird vorwiegend in den frühen Morgenstunden produziert und ist für den menschlichen Stoffwechsel lebensnotwendig. Als Medikament »Cortison« wirkt es rasch entzündungshemmend und unterdrückt Reaktionen des Immunsystems. Es gibt viele Menschen, die Cortison ablehnend gegenüberstehen. Jedoch ist es einer der besten entzündungshemmenden Wirkstoffe, die zur Behandlung zur Verfügung stehen. Die Cortisontablette wird meist in den frühen Morgenstunden

eingenommen, um die körpereigene Hormonproduktion möglichst wenig zu beeinträchtigen.

Da die Wirkung der Basistherapeutika (s.o.) erst mehrere Wochen oder Monate nach der ersten Gabe eintreten kann, ist zu Beginn der Erkrankung der Einsatz von niedrig dosiertem Cortison häufig sinnvoll, um die Entzündung in den Gelenken bereits möglichst früh zu hemmen. Cortison lindert rasch die Symptome. Wenn das Basistherapeutikum wirkt, kann die Cortisongabe in Absprache mit dem Arzt langsam reduziert werden.

Cortison kann auch direkt in ein stark betroffenes Gelenk gespritzt werden, um dort eine schnelle Linderung der Beschwerden zu erzielen.

- c) NSAR = Nicht-steroidale (=ohne Cortison) Antirheumatika wirken entzündungshemmend und schmerzstillend. Diese Medikamente haben keinen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit, sie wirken rein symptomatisch. Der Weg, auf dem diese Medikamente wirken, birgt das Risiko, dass es zu unerwünschten Wirkungen besonders an Magen-Darm, Nieren und Herz kommen kann. Stimmen Sie die Therapie mit NSAR, wie auch jede andere Behandlung, die Sie sonst bekommen, gut mit Ihrem Arzt ab. Es ist sinnvoll eine möglichst niedrige und noch wirksame Dosis der NSAR einzunehmen.

Nehmen Sie auf keinen Fall verschiedene Medikamente aus der Gruppe der NSAR gleichzeitig ein. Patienten mit Risikofaktoren (für Magen-Darm, Nieren-Herzerkrankungen) sollten begleitend Medikamente zum Schutz gegen Magengeschwüre (Ulkusprophylaxe) nehmen. Zu den NSAR gehören z.B. Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, Indometacin und andere. Wenn Ihre DMARD Behandlung gut anspricht und Sie keine Schmerzen oder Morgensteifigkeit mehr haben, können Sie die NSAR auch vollständig absetzen.

- d) Schmerzmittel: In Ausnahmefällen und bei bestehenden Gegenanzeigen gegen NSAR kann die Gabe von Paracetamol oder sogar Opioidanalgetika angezeigt sein.
- e) Biologika: Biologika, auch biologische DMARDs genannt, sind gentechnisch hergestellte Wirkstoffe mit sehr gezielten Angriffzielen im Immunsystem. Diese Angriffsziele können zum einen verschiedene Botenstoffe (sog. Zytokine) der Entzündung sein, die die Entzündung in Gang halten. Dazu zählen der Tumornekrosefaktor Alpha (TNF- α), Interleukin-1 und Interleukin-6. Die Unterbrechung des Kontaktes zwischen Zytokin und der Zelle verhindert die weitergehende Entzündungsverstärkung. Dieser Kontakt kann auf verschiedene Arten gehemmt werden: der Wirkstoff besetzt die Andockstelle (= den Rezeptor) an der Zielzelle und verhindert so die Wirkung des Zytokins auf die Zelle; oder das Zytokin wird abgefangen, bevor es sich an die Zelle setzt oder der Wirkstoff bindet und neutralisiert das Zytokin.

Andere Biologika sind gegen Zellen im Immunsystem gerichtet. Dazu zählen z.B. die B-Zelle und die T-Zelle. B- und T-Zellen gehören zu den weißen Blutkörperchen und produzieren viele verschiedene Antikörper, darunter den Rheumafaktor (RF), cyclisch citrullinierte Peptide (CCP) oder antinukleäre Antikörper (ANA), die in der Rheumatologie eine große Rolle spielen.

Zumeist werden Biologika mit klassischen DMARDs kombiniert, da sie sich in ihrer Wirksamkeit gegenseitig verstärken. Das erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Erzielen einer Remission.

Welche Behandlung ist für Sie die richtige?

Die Wahl der Medikamente hängt von drei Faktoren ab: Ihrer individuellen Prognose, der vorliegenden Krankheitsaktivität und möglichen anderen Erkrankungen, die bei Ihnen vorliegen, bzw. Gegenanzeigen für Medikamente.

Zu Beginn einer RA weiß man als Patient und als Arzt nicht, wie der Verlauf über die Jahre sein wird. Zugleich aber erfährt man, dass eine frühe Behandlung mittels DMARD/ Basistherapie besonders wirksam ist. Man sollte sich also möglichst früh zu dieser entscheiden – und nicht erst nach ein oder zwei Jahren, nachdem man seinen bisherigen Verlauf erlebt hat. In einer solchen Situation will man wissen, was man – rein statistisch – zu erwarten hat, wenn man mit DMARDs beginnt oder es sein lässt. Mehr als statistisch kann man es in der Tat nicht beantworten, weil jeder zu diesem Zeitpunkt ja noch nicht durch seinen bisherigen Verlauf als eine Person charakterisiert ist, die einen leichten, einen mittelschweren oder einen schweren Verlauf hat.

Von der Gesamtgruppe der Patienten mit früher RA bringt die Therapie bei etwa jedem dritten Patienten einen echten Nutzen. Ein weiteres Drittel hätte auch ohne Therapie keine nachweisbare Gelenkzerstörung gehabt, das dritte Drittel muss die Therapie wegen Unwirksamkeit oder Nebenwirkungen wieder beenden. Wer zu welchem Drittel gehört, weiß man vorher nicht.

Einige Basistherapeutika dürfen Sie nicht nehmen, wenn z.B. die Familienplanung noch nicht abgeschlossen ist (das heißt, Sie noch Mutter oder Vater werden wollen) oder bei Ihnen eine verborgene Tuberkulose festgestellt wurde, da diese dann ausbrechen kann.

Die systemische medikamentöse Therapie kann durch gezielte lokale Behandlung einzelner Gelenke erweitert werden.

3 Nicht-Medikamentöse Therapie

3.1 Multidisziplinäre Behandlung und Rehabilitation

Multidisziplinäre Behandlung und Rehabilitation bedeuten, gemeinsam gegen die Krankheit anzugehen. Das Ziel einer koordinierten, problemorientierten Behandlung durch konservativ und operativ tätige Rheumatologen, Hausärzte, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Pflegekräfte, Psychologen und anderen eingebundenen Berufsgruppen ist es, die individuellen medizinischen, psychosozialen, arbeitsbezogenen, verhaltenstherapeutischen und ggf. krankheitsbezogenen finanziellen Probleme aufzugreifen. Eine medizinische Rehabilitation ermöglicht die Weichenstellung für anschließende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation), die die Rückkehr ins Erwerbsleben unterstützen können.

Physiotherapie: Schmerzende und geschwollene Gelenke ruhig zu halten und damit zu schonen führt eher zu negativen Folgen wie zunehmende Schwäche und funktionelle Einschränkung durch Versteifung der Gelenke. Hier setzt die Bewegungstherapie an, die sowohl im Trockenen als auch im warmen Wasser durchgeführt werden kann. Gezielte Bewegungsübungen gleichen funktionelle - Schäden und Beeinträchtigungen aus, dynamische Übungen und

Ausdauertrainingsprogramme stärken Ihre Muskeln, Ihre Ausdauer sowie Ihre Belastbarkeit. Die Übungen haben keine negativen Auswirkungen auf Schmerz, Krankheitsaktivität oder Gelenkveränderungen.

Hydrotherapie: Mineralische Bäder können kurzfristige subjektive positive Effekte haben, die bisher wissenschaftlich nicht belegt sind.

Thermotherapie: Erfahrungsgemäß nützt die lokale Kälteanwendung bei einer akuten Entzündung in einzelnen Gelenken. Eine Überlegenheit der Ganzkörper-Kältetherapie gegenüber lokalen Kälteanwendungen konnte nicht gesichert werden.

Sport: Beachten Sie Ihre individuelle Belastbarkeit. Schwimmen, Radfahren, Walking Gymnastik und Tanzen sind empfehlenswert. Verzichten Sie auf Sport, wenn Sie einen akuten Krankheitsschub haben, vermeiden Sie ansonsten Fehlbelastungen und Sportarten, die ein hohes Verletzungsrisiko bergen, z.B. Kampfsport, Krafttraining mit hoher Belastung und Sportarten mit extremer Dauerleistung. Gehen Sie bei den Übungen nicht bis an die Schmerzgrenze.

Ergotherapie: Die Ergotherapie erhält mit gelenkschützenden Übungen die Beweglichkeit der Gelenke und die Muskelkraft der Hände. Sie lernen, Ihre Gelenke schonend einzusetzen und bekommen eine Vorstellung von den Hilfsmitteln, die Ihnen das alltägliche Leben erleichtern.

Orthopädische Schuhversorgung: Achten Sie auf gute Schuhe, die ausreichend Komfort, Mobilität und Stabilität bieten. Weiterhin können nach Bedarf Einlagen, orthopädische Schuhzurichtungen (z.B. Abrollhilfen für den Mittelfuß, den Fußballen und die Zehen) sowie in Einzelfällen auch orthopädische Schuhe verordnet und vom Orthopädie-Schuhmacher angefertigt werden. Dies wird die Gelenke entlasten, Ihre Schmerzen lindern und das Gehen verbessern.

Hilfsmittel: Öffner für Flaschen, Marmeladengläser, Stiftverdickungen und Griffe für Käämme, Zahnbürsten und Messer, Scheren mit automatischem Öffnungsmechanismus erleichtern Ihnen die Handhabung alltäglicher Gegenstände und schonen die Gelenke.

3.2 Psychologische Unterstützung

Psychologische Unterstützung kann der Verminderung von Schmerz, Stress, Behinderung im Alltag und Krankheitsaktivität dienen und die Selbstwirksamkeit erhöhen. Wesentliche Formen sind Entspannungstechniken sowie Schmerz-, Krankheits- und Stressbewältigungsprogramme außerhalb und innerhalb der Patientenschulung sowie Psychotherapie.

3.3 Patienteninformation/ Patientenschulung

Umfassende Informationen und Hilfe zur Selbsthilfe erhalten Sie auch über die Deutsche Rheuma-Liga (www.rheuma-liga.de), zum Beispiel den Ratgeber für

Betroffene »Rheumatoide Arthritis – Therapie und Lebensperspektiven«, Herausgeber: Deutsche rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Patientenschulungen tragen zu Schmerz- Krankheits- und Stressbewältigung bei. Diese Schulungen sind ein wesentlicher Bestandteil Ihrer multidisziplinären Versorgung.

4 Dokumentation der Krankheitsaktivität

Alle drei Monate sollte Ihre Krankheitsaktivität und der Verlauf Ihrer Erkrankung dokumentiert werden. Hierzu wird der DAS28 (Disease Activity Score) eingesetzt. Dieser Wert, der sich aus der Zahl der schmerzhaften und geschwollenen Gelenke, Ihrem Befinden und einem Entzündungswert errechnen lässt, dient dazu, Ihr Ansprechen auf die Therapie zu beurteilen.

Zur Dokumentation Ihres Krankheitsverlaufs und des Therapieerfolges gehört auch die jährliche Röntgenkontrolle von Händen und Füßen, um das Fortschreiten, bzw. den Stillstand der Erkrankung sichtbar zu machen.

5 Was kann ich selber tun?

Der tägliche Umgang mit Schmerzen und der eventuelle Verzicht auf bisher selbstverständliche Tätigkeiten sind nicht immer einfach zu verkraften. Umstellungen im täglichen Leben können erforderlich sein, sowohl in Bezug auf die berufliche wie auch die familiäre Situation.

Nehmen Sie Unterstützung in Anspruch: von Partnern, Angehörigen, Freunden und Kollegen und auch von Ärzten, Therapeuten, Beratern und anderen Menschen, die Sie unterstützen können.

Das Wissen über ihre Erkrankung nützt Ihnen bei der Therapie, daher informieren Sie sich über die Erkrankung.

6 Wo finden Sie weitere Unterstützung und Informationen?

- www.dgrh.de
- www.rheuma-weqweiser.de
- www.rheuma-liga.de
- www.rheumanet.org

7 Ergänzende Verfahren

Ergänzende (sog. alternative) Verfahren können zusätzlich zur notwendigen medikamentösen Behandlung bei RA eingesetzt werden. Ihre Wirkung ist wissenschaftlich nicht bewiesen und es ist dringend davon abzuraten, ausschließlich ergänzende Verfahren bei RA anzuwenden, da diese die von der RA verursachten

Gelenkschäden nicht aufhalten.

Ergänzende Verfahren sind z.B. Akupunktur (chinesische Heilkunst), Ayurveda (indische Heilkunst), Diät, Homöopathie, Phytotherapie (Heilpflanzen), Radon-Therapie (schwach radioaktives Edelgas), TaiChi (chinesische Bewegungstherapie), TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation = Elektrotherapie). Sprechen Sie jede ergänzende Therapie mit Ihrem Rheumatologen ab.

8 Rheumatologischer Akutfall

Haben Sie starke Beschwerden, geschwollene Gelenke und einen hohen Leidensdruck?

Es handelt sich nicht um einen Notfall im klassischen Sinne, der lebensbedrohlich ist. Zögern Sie jedoch nicht, Ihren Rheumatologen aufzusuchen, er wird die Medikation an die Krankheitsaktivität anpassen.

9 Anregungen für Ihren Besuch beim Rheumatologen

- Lassen Sie sich zu einem Rheumatologen überweisen, der die notwendige Therapie mit Ihnen abstimmt.
- Es kann hilfreich sein, den Arztbesuch schriftlich vorzubereiten.
- Vergegenwärtigen Sie sich genau ihre Beschwerden und nehmen Sie alle medizinischen Unterlagen mit.
- Lassen Sie sich die Therapie erklären und fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben. Es gibt keine dummen Fragen!
- Die folgenden Fragen können für Sie wichtig sein:
 - Welches Ergebnis ist durch die Behandlung zu erwarten?
 - Welche Nebenwirkungen und Komplikationen können auftreten?
 - Wie lange wird die Behandlung voraussichtlich dauern?
 - Darf ich während der Behandlung meinen normalen Lebensgewohnheiten nachgehen?
 - Vertragen sich die Medikamente mit meinen bereits einzunehmenden Medikamenten?
- Sie entscheiden gemeinsam mit dem Arzt über die notwendige Therapie
- Falls Sie unsicher sind, fragen Sie nach oder nehmen Sie sich eine paar Tage Bedenkzeit. Manchmal kann auch eine Zweitmeinung weiter helfen.
- Machen Sie sich nach Ihrem Arztbesuch Gedanken, was Sie an Informationen bekommen haben und ob Sie das alles gut verstanden haben. Wenn nicht, dann fragen Sie beim nächsten Arztbesuch unbedingt nach.
- Geben Sie dem Arzt auch eine Rückmeldung, wenn bei Ihnen die verordnete Therapie nicht anschlägt oder es zu Nebenwirkungen kommt. Äußern Sie auch mögliche Bedenken. Nur so kann Ihr Arzt die Therapie verändern und noch individueller anpassen.
- Seien Sie gegenüber Ihrem Arzt immer ehrlich, auch wenn Sie z.B. alternative Heilmethoden ausprobieren.

10 Glossar Patienteninformation

ACPA	Antikörper gegen citrullinierte Peptide/Proteine
Anämie	Blutarmut
Anamnese	Krankheitsgeschichte
Antigen	Stoffe, die im Immunsystem eine Gegenreaktion erzeugen
Antikörper	Eiweiße, die das Immunsystem bildet, um Antigene zu binden
Arthritis	Gelenkentzündung
Autoantikörper	Antikörper, die ein körpereigenes Antigen binden
Autoimmunität	Unfähigkeit des Immunsystems, körpereigene Strukturen zu erkennen
BSG	Blutsenkungsgeschwindigkeit, auch BKS, unspezifischer Entzündungsmarker
CCP	Cyclisch citrulliniertes Peptid, Antikörper gegen diese Peptide sind ein spezifischer Labormarker für eine RA
Chronisch	lang andauernd
CRP	C-reaktives Protein, unspezifischer Entzündungsmarker
DMARD	Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drug = Krankheitsmodifizierende antirheumatische Medikamente = Basistherapie
Erosion	Abbau, z.B. von Knochen
Glucocorticoid	Oberbegriff für die verschiedenen Cortisontypen
Herzinsuffizienz	Herzschwäche
Immunsuppression	Unterdrückung des Immunsystems
Indikation	Anzeige

Interdisziplinär	Beteiligung mehrerer medizinischer Disziplinen
Kontra-indikation	Gegenanzeige
MCV	Mutiertes citrulliniertes Vimentin, Antikörper gegen MCV sind hochspezifische Laborwerte für eine RA
Monoklonaler Antikörper	Antikörper, die auf einer einzigen speziellen Zelllinie produziert werden
Monotherapie	Behandlung mit einem Medikament, das nur eine Wirksubstanz enthält
MRT	Magnet-Resonanz-Tomographie (Kernspintomographie)
NSAR	Nicht-Steroidale Antirheumatika
Osteoporose	Abbau der Knochensubstanz
Polyarthritis	Alte Bezeichnung für rheumatoide Arthritis
Prognose	Voraussage
Prophylaxe	Vorbeugung
Remission	Stillstand einer Krankheit mit Symptommfreiheit
RF	Rheumafaktor, wenig spezifischer Laborwert für eine RA
Rheumatoid	zum rheumatischen Formenkreis gehörend
Steroid	Ist eine Stoffklasse der Lipide, aus denen über die Nebennierenrinde Cortisol entsteht
Subkutan	unter die Haut
Symptom	Krankheitszeichen
Synovialis	Gelenkinnenhaut
Systemisch	den ganzen Körper betreffend
TBC	Tuberkulose
Zytokin	Botenstoff

Im Internet finden Sie Therapie-Informationsbögen zu den einzelnen Medikamenten, denen Sie Behandlungsplan, Wirkungsweise sowie Nebenwirkungen entnehmen können. <http://dgrh.de/therapieueberwachen.html>

Erstellungsdatum: 08/2011

Überarbeitung von:

Nächste Überprüfung geplant: 12/2015

14.07.2015 Gültigkeit der Leitlinie nach Überprüfung durch das Leitliniensekretariat verlängert bis 30.08.2016

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. Insbesondere für Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!

© Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online