

Einleitung

Die rheumatoide Arthritis ist eine systemische Autoimmunerkrankung, die bei unzureichender – das heißt auch verzögert beginnender – Behandlung durch Befall der Gelenke zu chronischen Schmerzen, Funktionseinschränkungen und eingeschränkter Lebensqualität führt. Auch wenn bis heute die individuelle Ursache der rheumatoiden Arthritis nicht festzustellen ist, ermöglichen die aktuell verfügbaren Therapiestrategien eine Kontrolle des Krankheitsprozesses und verhindern so die Gelenkzerstörung. Zentrale Elemente dieser Strategien sind eine frühe Diagnosesicherung der RA und das Erzielen einer Krankheitsremission, das heißt eine weitgehende Kontrolle der Krankheitsaktivität und damit die Erhaltung der Alltagsaktivitäten der Betroffenen und Teilhabe am sozialen Leben.

Hier setzt diese Leitlinie an, die auf das Management der frühen RA fokussiert, da in diesem Bereich in Deutschland das größte Optimierungspotenzial besteht.

Zentrale Elemente einer frühen Diagnose sind das Erkennen richtungweisender Symptome, deren korrekte Zuordnung und vor allem die Kenntnis, dass die frühe Diagnose und Therapie einen lebenslangen Unterschied für die Betroffenen machen kann. Deshalb wurde die Leitlinie in ihrer 3. Auflage um einen Leitfaden zur frühen Diagnosefindung erweitert.

1.1 Epidemiologie

Die rheumatoide Arthritis (RA) hat eine Prävalenz von 0,5–1%, wobei Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. Angaben zur Inzidenz schwanken zwischen 34/100.000 pro Jahr bis zu 83/100.000 pro Jahr (Angaben für Frauen).

Es gibt Hinweise darauf, dass die Inzidenz der rheumatoiden Arthritis abgenommen hat. Der Gipfel der Neuerkrankungsrate liegt bei Frauen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren, bei Männern im Alter von 65–75 Jahren (Symmons 2002).

Die rheumatoide Arthritis führt zu schmerzhaften, geschwollenen Gelenken mit Bewegungseinschränkungen und fortschreitender Gelenkzerstörung. In den ersten 10 Jahren der Erkrankung erleiden etwa die Hälfte aller Patienten schwere Einschränkungen ihrer Funktionsfähigkeit (Young 2000). Zwar scheint der Schweregrad der Erkrankung insgesamt abgenommen zu haben, dennoch besteht weiter eine erhöhte Mortalität (Meune 2009; Radovits 2010). Der Verlust sozialer und finanzieller Selbständigkeit stellt für die Patienten ein großes Problem dar.

1.2 Krankheitsverlauf/Prognose

Die Manifestationen der RA zu Beginn und im Krankheitsverlauf sind individuell sehr unterschiedlich, was die Diagnose erschwert. Eine Prognoseabschätzung ist zu Beginn der Erkrankung für den einzelnen Patienten bisher nur begrenzt möglich.

Das Ziel der Beurteilung der individuellen Erkrankung ist es eine Prognose-adaptierte Behandlung einzuleiten. Dabei gilt es z.B. selbstlimitierende von milden Verläufen zu unterscheiden, die auf eine klassische krankheitsmodifizierende Therapie mit großer Wahrscheinlichkeit ansprechen. Darüber hinaus gilt es diejenigen Patienten zu identifizieren, die zur Kontrolle der Krankheitsaktivität eine Biologikatherapie benötigen. Zusätzlich gilt es das optimale Maß an multidisziplinärer Behandlung und Rehabilitation für den einzelnen zu finden und anzuwenden. Bei allem Bestreben nach

1.4 · Ziel/Adressaten der Leitlinie

einem frühen Beginn der krankheitsmodifizierende Therapie gilt es ebenso, Betroffene vor unnötigen Therapien zu bewahren.

Prognostisch ungünstige Faktoren sind (Wolfe 1998; Symmons 2002; Nyhall-Wahlin 2006; Gorman 2006; Visser 2002; Boire 2005; van der Helm-van Mil 2008; Nell 2005; Schellekens 2000; Nielsen 2005; Vittecoq 2004; van der Helm-van Mil 2007):

- positiver Rheumafaktor und/oder Antikörper gegen citrullinierte Peptide/Proteine
- höheres Alter bei Beginn der Erkrankung (> 60 Jahre)
- weibliches Geschlecht: Frauen erleiden eine größere Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit und die krankheitsbedingte Mortalität ist höher
- fehlende soziale Bezugssysteme, schlechte ökonomische Bedingungen
- niedriges Bildungsniveau
- Rauchen
- bereits eingetretene knöcherne Destruktion (Erosionen, Knochenödem)
- und ein verzögerter Therapiebeginn mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten

1.3 Begründung der Leitlinie

Trotz geringer Inzidenz hat die rheumatoide Arthritis (RA) auf Grund der Schwere der Erkrankung und des chronischen Verlaufes eine erhebliche Bedeutung für jeden Betroffenen und die Gesellschaft. Das früher übliche Schema einer langsam stufenweisen Eskalation der medikamentösen Therapie ist in den letzten Jahren abgelöst worden von einer Strategie, deren Ziel von Beginn an eine Kontrolle der Krankheitsaktivität – eine Krankheitsremission – ist. Der frühzeitige Beginn einer solchen Therapie mit krankheitsmodifizierenden Substanzen und eine rasche Kontrolle der Krankheitsaktivität sind entscheidend für die weitere Prognose (Machold 1998; Emery 1995).

Um dieses sog. »window of opportunity« zu nutzen, soll bei Vorliegen einer rheumatoiden Arthritis innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Symptome eine krankheitsmodifizierende Therapie begonnen werden (O'Dell 2002; Boers 2003). Das gelingt in Deutschland nur bei etwa ¼ der Betroffenen (Westhoff 2010). Das Ziel ist zu erreichen, wenn möglichst frühzeitig die ersten Krankheitssignale richtig gedeutet werden, die Betroffenen zeitnah zum Rheumatologen überwiesen werden und unverzüglich eine krankheitsmodifizierende Therapie erhalten, wenn diese indiziert ist.

1.4 Ziel/Adressaten der Leitlinie

Das Ziel dieser Leitlinie ist, dass in Deutschland alle Betroffenen eine realistische Möglichkeit für eine frühe Diagnosestellung und Einleitung einer krankheitsmodifizierenden und bei Bedarf multidisziplinären Therapie haben. Sie richtet sich in erster Linie an alle primär versorgenden Ärzte, also Hausärzte, hausärztliche Internisten und Orthopäden. Auch alle weiteren an einer koordinierten, problemorientierten Versorgung von Rheumapatienten beteiligten Fachgruppen sind Adressaten. Neben den internistischen Rheumatologen gehören hierzu u.a. orthopädische Rheumatologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Pflegekräfte, Psychologen sowie Kranken- und Rentenversicherungen. Hier dient die Leitlinie unter anderem der Verbesserung von Organisationsabläufen, z.B.

einer schnelleren Übernahme von Patienten, die mit dem Verdacht auf eine RA zugewiesen werden. Darüber hinaus soll die Leitlinie dazu beitragen, diejenigen Informationen, welche der Patient im Rahmen der Versorgung durch das multidisziplinäre Team erhält, zu synchronisieren.

Da im heutigen Gesundheitssystem der informierte Patient entscheidend zum Erfolg seiner Behandlung beitragen kann, enthält die beigefügte Patienteninformation alle in dieser Leitlinie enthaltenen Informationen und Empfehlungen.