

---

# 1 Einleitung

## 1.1 Epidemiologie

Die rheumatoide Arthritis (RA) hat entsprechend neuerer Daten eine Prävalenz von 0,5–1%, wobei Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. Angaben über die 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 [1].

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 [2]. Zwar scheint der Schweregrad der Erkrankung insgesamt abgenommen zu haben, dennoch besteht weiter eine erhöhte Mortalität. Der Verlust sozialer und finanzieller Selbstständigkeit stellt für die Patienten ein großes Problem dar.

## 1.2 Krankheitsverlauf/Prognose

Die Vorhersage des Verlaufes der Erkrankung für den einzelnen Patienten ist schwer. Dieses wäre unter anderem wünschenswert, um einerseits die Patienten identifizieren zu können, die von einer intensivierten Therapie profitieren, und andererseits diejenigen mit einem milden Verlauf vor einer unnötigen Therapie zu bewahren.

Prognostisch ungünstige Faktoren sind [1, 3, 181, 186]:

- positiver Rheumafaktor frühzeitig im Krankheitsverlauf
- höheres Alter bei Beginn der Erkrankung (>60 Jahre)
- Geschlecht; Frauen erleiden eine größere Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit; es besteht kein Unterschied hinsichtlich der radiologischen Progression; die krankheitsbedingte Mortalität ist bei Frauen höher
- fehlende soziale Bezugssysteme, schlechte ökonomische Bedingungen und niedriges Bildungsniveau
- Rauchen

### 1.3 Begründung der Leitlinie

Trotz geringer Inzidenz hat die rheumatoide Arthritis auf Grund der Schwere der Erkrankung und des chronischen Verlaufes eine erhebliche Bedeutung für den einzelnen Patienten und die Gesellschaft. Das früher übliche Schema einer langsam eskalierenden Therapie ist in den letzten Jahren in Frage gestellt worden und es gibt vermehrt Hinweise darauf, dass insbesondere der frühe Beginn einer Therapie mit Basistherapeutika entscheidend ist für die weitere Prognose [4, 5].

Um dieses „window of opportunity“ auszunutzen, sollte bei Vorliegen einer rheumatoiden Arthritis innerhalb von 3 Monaten eine krankheitsmodifizierende Therapie begonnen werden [6, 7]. Dieses ist nur zu gewährleisten, wenn bei entsprechendem Anfangsverdacht eine zügige Überweisung der Patienten zum Rheumatologen erfolgt und die Patienten hier zeitnah eine antirheumatische Therapie erhalten, falls diese indiziert ist.

### 1.4 Ziel/Adressaten der Leitlinie

Die oben genannte frühe Diagnosestellung und Therapieeinleitung soll durch diese Leitlinie verbessert werden. Sie richtet sich in erster Linie an die betreuenden Primärärzte, also Hausärzte, hausärztliche Internisten und Orthopäden. Aber 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 sowie Krankenschwestern und -pfleger. Hier dient die Leitlinie unter anderem der Verbesserung von Organisationsabläufen, z. B. einer schnelleren Übernahme von Patienten, die mit dem Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis zugewiesen werden. Darüber hinaus soll die Leitlinie dazu beitragen, diejenigen Informationen, welche der Patienten im Rahmen der Versorgung durch das multidisziplinäre Team erhält, zu synchronisieren.

Die beigefügte Patienteninformation beruht auf den in dieser Leitlinie enthaltenen Informationen und Empfehlungen.

### 1.5 Methodik/Aktualisierung

Es handelt sich bei der vorliegenden Leitlinie um die aktualisierte Fassung der Leitlinie **Management der frühen rheumatoiden Arthritis**, erstmals erschienen 7/2004.

Gemäß der damaligen Angabe erfolgte die jetzige Überarbeitung nach einem Zeitraum von 2 Jahren. Verantwortlich für die Überarbeitung sind die Autoren der Leitlinien.

Die Empfehlungen, der Hintergrundtext und die Anhänge wurden daraufhin überprüft, ob einer der aufgeführten Punkte eine Änderung erforderlich macht:

- neue Erkenntnisse (Primärstudien, systematische Übersichtsarbeiten);
- neue Erkenntnisse in Bezug auf Nutzen/Risiko-Bilanzen einzelner Maßnahmen, insbesondere Arzneimittel;
- Änderungen gesetzlicher Vorgaben;
- Rückmeldung der Leitlinien-Anwender über Unzulänglichkeit und/oder Ungenauigkeiten bestimmter Empfehlungen bzw. Angaben;
- Barrieren gegenüber der Umsetzung der Empfehlungen;
- Fehler in der ersten Ausgabe der Leitlinie.

Das an der Quell-Leitlinie orientierte Prinzip der Evidenzklassifizierung und Graduierung der Empfehlungen des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) wurde beibehalten und kann dem ursprünglichen Methodenreport

([www.rheumanet.org/uploads/content/m1/doc/methodenreport.pdf](http://www.rheumanet.org/uploads/content/m1/doc/methodenreport.pdf))

entnommen werden. In diesem ist auch das Procedere der Aktualisierung detailliert beschrieben.

Die Abstimmung der Änderungen der Hintergrundtexte und der Empfehlungen erfolgte durch die Leitlinienautoren-Gruppe.

Bei der jetzigen Überarbeitung wurde der Aufbau der Leitlinie hinsichtlich der Kapitelstruktur beibehalten, Änderungen erfolgten innerhalb dieser Struktur.

Die Leitlinie in der vorliegenden Form hat eine Gültigkeit von 3 Jahren; das Erscheinen der nächsten Überarbeitung ist für Oktober 2009 geplant.