

RHEUMATOIDE ARTHRITIS

INFORMATIONEN
FÜR PATIENT*INNEN



Inhalt

Vorwort	3	Welche Medikamente erhalten Patient*innen mit Rheumatoider Arthritis?	16
1. Ausflug in die Geschichte	4	7. Besondere Medikamente unter der Lupe	20
2. Was ist Rheumatoide Arthritis?	5	Methotrexat: das Arbeitspferd in der Rheumatologie ...	20
Was passiert mit dem Immunsystem?	6	Biologika: maßgeschneiderte Medikamente gegen die Gelenkzerstörung	21
Wie entsteht eine RA? Kann man der Erkrankung vorbeugen?	6	JAK-Inhibitoren: zielgerichtete Medikamente in Tablettenform	22
Ist die Rheumatoide Arthritis erblich?	7	8. Was passiert, wenn neue Medikamente nicht ausreichend helfen?	24
Woran merke ich, dass ich eine RA haben könnte?	8	9. Und was ist mit den Nebenwirkungen?	25
3. Welche langfristigen Schäden hinterlässt die Erkrankung?	10	10. Was kann ich selbst tun, um eine Rheumatoide Arthritis günstig zu beeinflussen?	26
4. Zuverlässige Informationen und gute Betreuung	12	11. Nicht nur Pillen und Spritzen	27
Welche Ärztinnen und Ärzte sind für mich zuständig?... ..	12	12. Planen auf die lange Sicht	28
Hilfe zur Selbsthilfe – wo finde ich Rat und Hilfe von anderen Betroffenen?	13	13. Woran arbeitet die Wissenschaft?	29
5. Diagnose	14	14. Hilfe zur Selbsthilfe	30
6. Ich habe eine Rheumatoide Arthritis – wie geht es weiter?	15		
Ziele der Rheumabehandlung	15		

Vorwort

Sehr geehrte liebe Patientin, sehr geehrter lieber Patient,

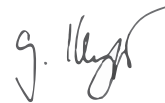
Sie halten eine Broschüre in den Händen, die für Menschen gedacht ist, die entweder selber an einer Rheumatoiden Arthritis erkrankt sind oder sich aus anderen Gründen über diese Erkrankung informieren wollen – sei es, dass Angehörige oder Bekannte von der Erkrankung betroffen sind oder ein persönliches oder berufliches Interesse daran besteht, mehr über diese Erkrankung zu erfahren. Dieses Werk erhebt nicht den Anspruch, ein wissenschaftliches Lehrbuch zu sein, dennoch sind die hier aufgeführten Daten aus dem Alltag der naturwissenschaftlichen Forschung und einer fachlich begründeten Medizin entnommen.

Ein Büchlein zu erstellen, welches sich mit der Rheumatoiden Arthritis befasst, ist eine erfreuliche und dankbare Aufgabe: Diese Erkrankung, die früher für die Betroffenen oft erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität und einen langsamen voranschreitenden Verfall der Gelenkfunktion bis zur Invalidität bedeutete, hat dank der modernen Medizin viel von ihrem Schrecken verloren. Dennoch ist die Betreuung dieser Patient*innen auch heute noch anspruchsvoll und verlangt tiefgehende Fachkennt-

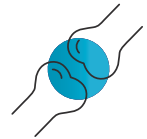
nisse, Erfahrung und Fingerspitzengefühl. Patient*innen mit diesem entzündlichen Gelenkleiden dürfen heute berechtigterweise höhere Ansprüche an die Qualität der Behandlung stellen, denn es gelingt uns, den verantwortlichen Rheumatolog*innen, immer besser, schädliche Auswirkungen der Gelenkentzündung zu verhindern. So können wir erreichen, dass die Mehrzahl der Patient*innen ein Leben führen kann, welches sich nur unwesentlich von dem eines Nicht-Betroffenen unterscheidet.

Wir hoffen, dass Sie auf den folgenden Seiten Antworten auf viele Fragen finden können, die Rheumakranke oder ihre Angehörigen oder Bekannte beschäftigen.

Mit freundlichen Grüßen



apl. Prof. Dr. med. Gernot Keyßer
(verantwortlich für den Inhalt)



1. Ausflug in die Geschichte

Menschen leiden seit Jahrtausenden an Gelenkschmerzen. Aus dem Griechischen stammend, bedeutet „Arthritis“ Gelenkentzündung. Der Begriff „Rheumatoide Arthritis“ stammt jedoch erst aus dem 19. und 20. Jahrhundert. In den Zeiten davor war es der Medizin noch nicht möglich, die einzelnen Formen von Gelenkentzündungen, wie die Gicht oder Verschleißerscheinungen, von einer Rheumatoiden Arthritis (RA) zu trennen. In den historischen Beschreibungen von Gelenkerkrankungen lässt sich daher oft schwer erkennen, von welchem rheumatischen Leiden eigentlich die Rede war. Klar ist, dass der Begriff „Rheumatismus“ aus dem Griechischen stammt. Er beruht auf den Lehren von Hippokrates, dem berühmtesten Arzt der griechischen Antike. Nach seiner Ansicht entstanden Krankheiten vor allem durch eine fehlerhafte Mischung der Körpersäfte, er sprach von „Rheuma“ als dem „Fließenden“, „einem Fluss schlechter Säfte“. Der Begriff „Rheumatismus“ als Gelenkerkrankung wurde im 17. Jahrhundert von Guillaume de Baillou geprägt. Baillou vermutete, dass sich krankmachende Säfte in den Gelenken ansammeln und dort zu Entzündungen führen.

Eine genauere Charakterisierung der Rheumatoiden Arthritis durch Röntgenaufnahmen und Laborbefunde wurde erst im

20. Jahrhundert möglich. Auch heute noch wird an der genauen Beschreibung des Krankheitsbildes gearbeitet. So hat es bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts gedauert, bis man die Rheumatoide Arthritis eindeutig von anderen Arthritisformen abgetrennt hat.



Die verbesserte Präzision in der Beschreibung der Krankheitsbilder war eine Voraussetzung, um zielgenaue Therapien zu entwickeln.

2. Was ist Rheumatoide Arthritis?

Die Rheumatoide Arthritis (Abkürzung: RA, ältere Bezeichnung: chronische Polyarthritis) ist eine Entzündung, die im Inneren des Gelenks beginnt. Das Gelenk eines gesunden Menschen ist mit einer dünnen Haut ausgekleidet, die eine zähe, durchsichtige Flüssigkeit produziert. Diese ermöglicht ein problemloses Gleiten der Gelenkknorpel und Knochen. Die Flüssigkeit erinnert an das Eiklar eines Hühnereis und wurde deshalb von Paracelsus Synovia genannt („syn“ „ovum“: „wie ein Ei“ [griechisch/lateinisch]). Die Zellschicht, welche die Gelenkschicht produziert, heißt Synovialmembran. Und genau dieses Gewebe ist es, welches den Ausgangspunkt einer Entzündung darstellen kann. Aus der **Abbildung 1** wird deutlich, dass bei einer RA die zarte Gelenkinnenhaut durch eingewanderte Entzündungszellen anschwillt. Es bilden sich vermehrt Blutgefäße, die neue Entzündungszellen in das Gelenk einwandern lassen. Eine massive Bildung von Gelenkflüssigkeit verstärkt die Gelenkschwellung weiterhin. Im Verlauf schiebt sich dieses neu gebildete Entzündungsgewebe auch auf den Knorpel und zerstört den unter dem Knorpel liegenden Knochen. Dieses sogenannte Pannusgewebe kann im Verlauf von Monaten und Jahren ein Gelenk fast vollständig zerstören. Die von den Entzündungszellen freigesetzten Botenstoffe, die Anspannung

der Gelenkkapsel durch die vermehrte Gelenkflüssigkeit und das wuchernde Entzündungsgewebe führen zu erheblichen Schmerzen bei den Betroffenen.

1a

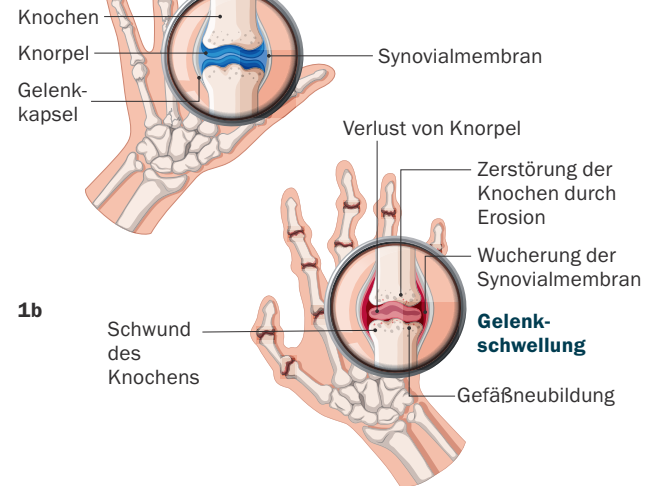


Abb. 1: Entstehung der Rheumatoiden Arthritis

1 a: Aufbau des gesunden Gelenks

1 b: Veränderungen durch die Rheumatoide Arthritis

Nähere Erläuterungen im Text

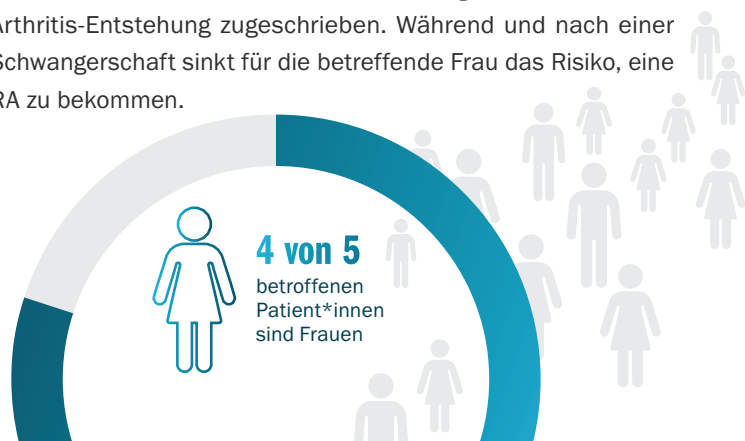
Was passiert mit dem Immunsystem?

Das zentrale Abwehrsystem unseres Körpers, das Immunsystem, spielt bei der RA die entscheidende Rolle für die Krankheitsentstehung. Auch wenn viele Mechanismen bei der Entstehung der Gelenkentzündung noch im Dunkeln liegen, wissen wir heute, dass ein wesentlicher Punkt für das Auftreten einer Arthritis die Bildung von sogenannten Autoantikörpern ist. Antikörper sind Eiweißstoffe, die unser Abwehrsystem im Normalfall bildet, um Eindringlinge, wie Bakterien oder Viren, zu bekämpfen. Wird das Abwehrsystem fehlgeleitet, richtet sich die Abwehrkraft dieser Eiweißstoffe gegen Bestandteile des eigenen Körpers („Auto“ heißt „selbst“, Autoantikörper sind also gegen uns selbst gerichtet). Bei der RA sind vor allem zwei Autoantikörper von Bedeutung: die sogenannten Rheumafaktoren und Antikörper gegen zyklische citrullinierte Peptide (Anti-CCP-Antikörper). Wir vermuten heute, dass ein wesentlicher Ort der Entstehung dieser Antikörper ein unterschwellig entzündetes Zahnfleisch und/oder Schädigungen des Lungengewebes sind. Dies erklärt unter anderem, warum Raucher*innen häufiger an einer Rheumatoiden Arthritis erkranken und warum viele Rheumapatient*innen einen schlechten Zahn- bzw. Zahnfleischstatus aufweisen. Offenbar wandern Zellen,

die die o.g. Autoantikörper produzieren, anschließend von den ursprünglichen Bildungsorten in der Lunge oder im Zahnfleisch in die Gelenke ein und setzen dort eine unheilvolle Entzündungsreaktion in Gang.

Wie entsteht eine RA? Kann man der rheumatoiden Erkrankung vorbeugen?

Die eigentlichen Auslöser einer Rheumatoiden Arthritis konnten bisher nicht identifiziert werden. Als sicher gilt jedoch, dass hormonelle Einflüsse begünstigend auf eine RA wirken. Etwa vier von fünf betroffenen Patient*innen sind Frauen. Daher werden weiblichen Geschlechtshormonen fördernde Eigenschaften für die Arthritis-Entstehung zugeschrieben. Während und nach einer Schwangerschaft sinkt für die betreffende Frau das Risiko, eine RA zu bekommen.



Auch geschlechtsunabhängige Faktoren tragen zur Wahrscheinlichkeit bei, eine RA zu erleiden. Neben dem schon erwähnten Rauchen tragen lungenschädigende Stoffe wie silikathaltiger Steinstaub zu einer Erhöhung des Risikos bei. Andere Faktoren können durchaus eine leichte Schutzwirkung haben. So weiß man, dass eine sehr gesunde Ernährung mit vielen Omega-3-Fettsäuren, wie sie in fettem Seefisch enthalten sind, einen leichten Schutz vor einer Rheumatoiden Arthritis bietet. Auch ein geringer Alkoholkonsum in der Größenordnung von max. 10 g Alkohol/Tag senkt das Risiko für eine RA. Diese Alkoholmenge entspricht einem kleinen Bier (0,3 l) oder einem Achtel Liter Wein (125 ml) Wein an fünf Tagen in der Woche. Alle diese Faktoren sind jedoch nur in großen Patientenstichproben zu erfassen. Für den einzelnen Betroffenen sind sie von geringer Bedeutung: Selbstverständlich gibt es viele Patient*innen mit einer RA, die nie geraucht und sich immer gesund ernährt haben und die trotzdem erkrankt sind. Deshalb ist auch die Frage, ob man einer RA vorbeugen kann, nicht leicht zu beantworten. Allerdings lässt sich das persönliche Risiko senken, vor allem durch Verzicht auf das Rauchen und durch gesunde Ernährung, die den Prinzipien der Mittelmeerkost entspricht (siehe Abschnitt 10).

Ist die Rheumatoide Arthritis erblich?

Da das Abwehrsystem bei der Rheumatoiden Arthritis eine zentrale Rolle für die Krankheitsentstehung spielt, sind vor allem Gene, welche die Funktion des Immunsystems steuern, als vererbte Risikofaktoren identifiziert worden. Ähnlich wie Blutgruppenmoleküle auf den roten Blutzellen, die jedem Menschen unveränderlich zu eigen sind, besitzen die Abwehrzellen (Leukozyten) einen für jeden Menschen typischen „Fingerabdruck“, der durch unsere Erbanlagen festgelegt wird. Dieses sogenannte HLA-System (HLA: Humane Leukozyten-Antigene) weist bei Patient*innen mit RA eine Häufung bestimmter Merkmale auf. Personen, die diese Erbmerkmale tragen, haben ein deutlich höheres Risiko, eine Rheumatoide Arthritis zu bekommen, vor allem dann, wenn sie zusätzlich rauchen. Dennoch hat die Mehrzahl der RA-Patient*innen keine Verwandten mit einer RA in der Familie. Auch die Kinder von Patient*innen mit RA bleiben in der überwiegenden Mehrzahl gesund.



Woran merke ich, dass ich eine RA haben könnte?

Bei vielen Patient*innen mit einer RA beginnt die Erkrankung langsam. Erscheint die Arthritis stürmisch, quasi über Nacht, ist dies ein schlechtes Zeichen, da diese Patient*innen einen aggressiven Verlauf haben können. Bei den meisten Patient*innen entwickeln sich die Gelenkschmerzen jedoch über Wochen bis Monate und werden allmählich stärker. Die Schmerzen können von Anfang an von Gelenkschwellungen begleitet sein. Schwellungen können jedoch auch den Gelenkschmerzen deutlich später nachfolgen. Prinzipiell kann jedes Gelenk bei einer Rheumatoiden Arthritis als erstes betroffen sein. Sehr häufig beginnt jedoch die RA in den kleinen Gelenken der Hände (**Abb. 2**). Dies sind typischerweise die Fingergrund- und Mittelgelenke. Auch die Handgelenke sind selten ausgespart. Zusätzlich bemerken die betroffenen Patient*innen eine Reihe von Allgemeinsymptomen. Dazu gehören ein vermehrtes Schwitzen an den Händen und eine vermehrte Müdigkeit. In der Frühphase fühlen sich die Betroffenen abgeschlagen und können einen leichten Gewichtsverlust bemerken. Ein typisches Krankheitszeichen ist eine Morgensteifigkeit, die entweder einzelne Gelenke betreffen kann oder als allgemeine Gliedersteife bemerkt wird. Die Morgensteifigkeit kann sich bis in die Mittagsstunden hineinziehen.



Abb. 2: Frühe Rheumatoide Arthritis mit Schwellungen der Fingergrund- und Mittelgelenke



Abb. 3: Fortgeschrittene Rheumatoide Arthritis mit Gelenkzerstörungen



Abb. 4: Rheumatoide Arthritis mit Sehnen-scheidenentzündung am Handrücken

Das Vollbild der Erkrankung besteht aus sicht- und tastbaren Schwellungen von vielen Gelenken. Die Rheumatoide Arthritis ist im typischen Verlauf eine Polyarthritis. Das bedeutet, dass fünf und mehr Gelenke betroffen sein können („Poly“ heißt „viel“). Dies bezieht sich auf die kleinen Gelenke von Händen und Füßen. Besonders unangenehm und schmerzhaft ist der Befall großer Gelenke, da hier die Beeinträchtigung für Patient*innen im Alltag besonders ausgeprägt ist. Es können sich starke Ergüsse in den Gelenken bilden. Bei einer Gelenkpunktion kann dann eine trübe und dünnflüssige, hochentzündliche Flüssigkeit gewonnen werden, die rasch wieder nachläuft, wenn keine Maßnahmen gegen die Entzündung ergriffen werden.

Zu den gefährlichsten und unangenehmsten Eigenschaften der Rheumatoiden Arthritis gehört, dass die Entzündung nicht nur zu Schmerz und Schwellung, sondern auch zu einer schrittweisen Zerstörung der Gelenke führen kann. Dabei entstehen typische Schadensbilder. An den Händen kommt es durch Zerstörung von Sehnen und Sehnenhalteapparat zu Verschiebungen in der Gelenkgeometrie. Das Resultat sind Verformungen der Gelenke mit deutlich eingeschränkter Gebrauchsfähigkeit der Hände

(Abb. 3). Charakteristisch ist die sogenannte Schwanenhals-Deformität, aber auch die Knopfloch-Deformität oder die Z-Deformität des Daumens gehören zum Bild der Rheumatoiden Arthritis.

Die Rheumatoide Arthritis kann alle Strukturen befallen, die mit einer Synovialmembran ausgekleidet sind. Daher betrifft der Entzündungsprozess nicht nur Gelenke, sondern auch Sehnen-scheiden und Schleimbeutel. Gerade der Befall von Sehnen-scheiden ist gefährlich, da die Zerstörungskraft der Entzündung auch das Sehngewebe erreichen kann. Reißen Sehnen infolge der Entzündung, hat dies erhebliche Auswirkungen auf die Gebrauchsfähigkeit der betroffenen Gliedmaße **(Abb. 4).**

Die Rheumatoide Arthritis kann auch die Halswirbelsäule schädigen. Die oberen Gelenke der Halswirbelsäule ermöglichen die Drehbewegung des Kopfes und gewährleisten die Verankerung der Halswirbelsäule mit dem Schädelknochen. Werden diese Gelenke durch die Bildung von Entzündungsgewebe zerstört und gelockert, kann eine Beteiligung der Halswirbelsäule sogar lebensbedrohlich werden: Die instabilen Wirbel können, wenn sie verrutschen, zu einer Schädigung des Rückenmarks und von lebenswichtigen Hirnstrukturen führen.

3. Welche langfristigen Schäden hinterlässt die Erkrankung?

Die Rheumatoide Arthritis kann an den Gelenken so schwere Schäden hinterlassen, dass eine vollständige Invalidität mit kompletter Gebrauchsunfähigkeit der Hände und dem Verlust der Gehfähigkeit die Folge ist. Derartige katastrophale Verläufe lassen sich durch die moderne Therapie vermeiden. Die Erkrankung hinterlässt jedoch auch außerhalb der Gelenke ihre Spuren. So führt eine schlecht eingestellte RA häufig zu einer Osteoporose. Darunter versteht man den Verlust von Knochenmasse mit vermehrter Neigung zu Knochenbrüchen. Sowohl die chronische Entzündung als auch der durch die Schmerzen verursachte Bewegungsmangel und die begleitende Kortison-Therapie tragen zum Knochenabbau bei. Wird der Osteoporose nicht vorgebeugt, können daraus Knochenbrüche, Verformungen der Wirbelsäule und eine erhebliche Schmerzbelastung entstehen.

In früheren Jahrzehnten führte die RA nicht selten zu Schäden an inneren Organen. Durch Ablagerung von Entzündungseiweißen oder durch begleitende Gefäßentzündungen konnte es zu Schäden des Herzens, der Lunge und der Niere kommen. Diese konnten im Verlauf der Erkrankung gefährlicher werden als die eigentliche Gelenkentzündung. Moderne Therapie haben diese schwerwiegenden Probleme jedoch deutlich seltener werden lassen.

Erst in den letzten Jahren wurde deutlich, dass die Rheumatoide Arthritis nach jahrelangem Verlauf dazu beitragen kann, dass Herzinfarkte und Schlaganfälle, aber auch andere Zeichen einer Arteriosklerose entstehen. Gleichzeitig wurde klar, dass eine gute Behandlung der RA auch das Risiko von Gefäßerkrankungen senkt.

Herzinfarkt, Schlaganfall und Osteoporose sind klar zu beschreibende Auswirkungen der Gelenkentzündung. Darüber hinaus leiden viele Betroffene unter Problemen, die schlechter fassbar sind. Dazu gehören ein ausgeprägtes Müdigkeitsgefühl, depressive Verstimmungen, der Verlust von Muskelmasse, Schlafstörungen und andere Beeinträchtigungen des Alltagslebens. Auch hier gilt: Eine gute Therapie verbessert das Wohlbefinden auch abseits von Gelenkschmerz und Gelenkschwellung.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass auch die Medikamente, mit denen eine rheumatische Erkrankung behandelt wird, ihre Spuren bei den Betroffenen hinterlassen können. Hier sind in erster Linie Kortisonpräparate zu nennen. Ihre Gabe in hohen Dosen über lange Zeiträume kann schwerwiegende Folgen haben, auf die im Abschnitt 9 eingegangen wird.



4. Zuverlässige Informationen und gute Betreuung

Welche Ärztinnen und Ärzte sind für mich zuständig?

Ihre erste Adresse ist sicher Ihre Hausärztin bzw. Ihr Hausarzt. Sie/er wird feststellen, ob der Verdacht auf eine rheumatische Erkrankung berechtigt ist, und zur weiteren Abklärung eine Überweisung in eine rheumatologische Praxis veranlassen. Rheumatologisch tätige Ärztinnen und Ärzte kommen in der überwiegenden Mehrzahl aus der Inneren Medizin. Allerdings gibt es glücklicherweise auch orthopädische Kolleg*innen, die die Zusatzbezeichnung „Rheumatologie“ erworben haben und Rheumapatient*innen dauerhaft betreuen. Eine rheumatologische Betreuung soll so schnell wie möglich erfolgen, wenn der Verdacht auf eine Rheumatoide Arthritis besteht. Deshalb bieten eine Reihe von rheumatologischen Praxen, aber auch die Rheumazentren Früharthritis-Sprechstunden an, in die akut und kurzfristig überwiesen werden kann. Dies ist sehr wichtig, da eine Verschleppung der Therapie schon früh das Entstehen von Gelenkzerstörungen fördern kann. Viele rheumatologisch tätige Ärztinnen und Ärzte sind in Rheumazentren zusammengefasst. Dabei sollten Sie darauf achten, dass es sich bei dem so bezeichneten Zentrum um ein Mitglied der Arbeitsgemeinschaft regionaler kooperativer Rheumazentren

(AGRZ) handelt, da diese Rheumazentren besonderen Qualitätsansprüchen genügen und alle Anforderungen erfüllen, die für die Versorgung von Rheumakranken notwendig sind.



Hilfe zur Selbsthilfe – wo finde ich Rat und Hilfe von anderen Betroffenen?

Die Patientenorganisation „Deutsche Rheuma-Liga“ ist eine der größten Patientenorganisationen dieses Landes. Seit Jahrzehnten arbeitet sie eng mit den rheumatologischen Fachorganisationen, den Kostenträgern (Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern) sowie mit Politiker*innen und Behörden zusammen. Daher ist jede Patientin bzw. jeder Patient mit einer Rheumatoiden Arthritis gut beraten, wenn sie/er sich Informationen über die Erkrankung, über Hilfs- und Gesprächsangebote mit Betroffenen sowie über Möglichkeiten eines Funktionstrainings bei der Rheuma-Liga beschafft. Jedes Bundesland hat einen eigenen Landesverband. Auch in kleineren Städten finden sich Selbsthilfegruppen der Rheuma-Liga, die gemeinsame Gesprächsnachmittage organisieren, kulturelle Angebote unterbreiten und Physiotherapie-Angebote organisieren.

Darüber hinaus gibt es natürlich eine Reihe von Internetangeboten. Auch hier sei zunächst auf die Homepage der Rheuma-Liga (www.rheuma-liga.de) verwiesen. Die meisten Landesverbände haben ihre eigene Homepage, auch zahlreiche vor Ort befindliche Rheumazentren bieten eigene Webseiten an. Die Homepage der

Deutschen Rheuma-Liga hat zudem eine Funktion zur Suche von Ärztinnen und Ärzte und Therapeut*innen, über die Betroffene sich die Anschriften und Kontaktdaten von Rheumatolog*innen in ihrer Nähe herunterladen können. Darüber hinaus hat die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) eine eigene Homepage, in der geprüfte fachliche Informationen angeboten werden.



Nicht jedes Angebot aus dem Internet, welches bei rheumatischen Erkrankungen Erleichterung verspricht, stammt aus einer seriösen Quelle. Vorsicht geboten ist bei Angeboten, die „Heilung“ bei Rheumatoider Arthritis versprechen, geheimnisvoll oder exotisch klingende Rheumaheilmittel oder Rheumadiäten anbieten oder Hilfe „ganz ohne Nebenwirkung“ bewerben. Im Zweifelsfall sollten Sie derartige Angebote immer mit Ihrer behandelnden Rheumatologin bzw. Ihrem behandelnden Rheumatologen besprechen.

5. Diagnose

Die ersten Weichen in Richtung Diagnose stellt fast immer die Hausärztin bzw. der Hausarzt. Erste Blutentnahmen können feststellen, ob eine entzündliche Gelenkerkrankung vorliegt oder nicht. In der Regel bestimmt die Hausärztin bzw. der Hausarzt auch die bereits erwähnten Autoantikörper, den Rheumafaktor und die CCP-Antikörper und überweist bei begründetem Verdacht in die rheumatologische Arztpraxis.

Hier wird zunächst eine gründliche körperliche Untersuchung erfolgen. Häufig wird bei der ersten Vorstellung eine Untersuchung der Gelenke mit Ultraschall durchgeführt. Durch diese Methode lassen sich bereits in frühen Krankheitsstadien Entzündungen und beginnende Zerstörungen der Gelenke feststellen. Zum Standard zur rheumatologischen Erstuntersuchung gehören auch Röntgenaufnahmen der betroffenen Gelenke, in aller Regel sind dies Hände und Füße. So können sich bereits in Frühstadien kleinere Zerstörungen an den Gelenken nachweisen lassen. Frühe Schadenszeichen an den Gelenken sind ein Hinweis dafür, dass die Erkrankung rasch und energisch behandelt werden sollte (**Abb. 5**). Darüber hinaus dient die rheumatologische Erstuntersuchung auch dazu, die rheumatische Gelenkentzündung von

anderen Erkrankungen abzugrenzen. Dazu gehören verschleißbedingte Gelenkerkrankungen wie die Arthrosen, aber auch die seltenen entzündlichen Bindegewebserkrankungen und Gefäßentzündungen, die in ihrer Anfangsphase wie eine Rheumatoide Arthritis aussehen können.



Abb. 5: Röntgenbild eines Patienten mit Rheumatoider Arthritis und teilweiser Zerstörung der Grundgelenke

6. Ich habe eine Rheumatoide Arthritis – wie geht es weiter?

Ziele der Rheumabehandlung

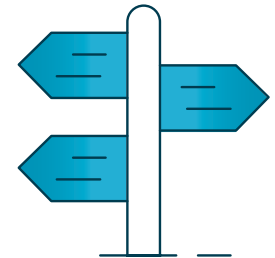
Hat die Rheumatologin oder der Rheumatologe die Diagnose zweifelsfrei gestellt, sollte unverzüglich mit einer Therapie begonnen werden.

Die Behandlung hat folgende Ziele:

- rasche Linderung von Gelenkschmerz und -schwellung
- Verhinderung der Gelenkzerstörung und von Beeinträchtigungen der Gelenkfunktion
- Verhinderung von Spätschäden der Erkrankung
- Gewährleistung einer vollständigen Teilhabe am bisherigen Berufs- und Alltagsleben
- Verhinderung von Begleiterkrankungen (insbesondere Herz- und Gefäßerkrankungen)
- Sicherung einer normalen Lebenserwartung

Die Ziele der rheumatologischen Behandlung lassen sich in einem einzigen Wort definieren: Remission! Der Begriff bedeutet, dass sich sämtliche Krankheitszeichen, auch die unangenehmen Begleiterscheinungen wie Müdigkeit und Abgeschlagenheit,

zurückgebildet haben. Patient*innen in Remission sollen nur durch die Notwendigkeit einer Medikamenteneinnahme und durch die Termine bei der behandelnden Rheumatologin bzw. beim behandelnden Rheumatologen an ihre Erkrankung erinnert werden! Auch wenn dieses Ziel heute noch nicht für alle Rheumapatient*innen erreicht werden kann, ist in den letzten Jahren der Anteil derer, bei denen eine Remission erreicht wurde, beständig gestiegen. Die Angst vor einer fortschreitenden Gelenkzerstörung ist bei konsequenter Behandlung unbegründet.



Auch wenn Medikamente die wichtigste Säule für die Versorgung von Rheumapatient*innen sind, ist es mit der Verschreibung von Arzneimitteln allein nicht getan. Für eine moderne Rheumatherapie müssen mehrere Fachdisziplinen zusammenarbeiten. Dazu gehört neben der Hausärztin bzw. dem Hausarzt und den zuständigen Rheumatolog*innen auch die Kooperation mit orthopädischen Kolleg*innen, die Zusammenarbeit mit Physio- und Ergotherapeut*innen, die Versorgung der Betroffenen mit rehabilitativen Maßnahmen sowie eine qualifizierte Patienteninformation und -schulung – um nur die wichtigsten Elemente zu nennen.

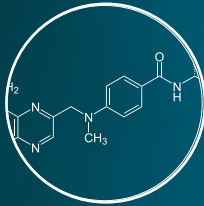


Welche Medikamente erhalten Patient*innen mit Rheumatoider Arthritis?

Die meisten Patient*innen mit Rheumatoider Arthritis haben den Wunsch, so wenig Medikamente wie möglich zu bekommen. Bei einem Großteil der Patient*innen kann dies auch im Verlauf ihrer Erkrankung erreicht werden. Dennoch sind gerade in der Anfangsphase mehrere Arzneimittel nötig, um rasch eine Besserung zu erwirken. Die für eine RA verschriebenen Medikamente gehören unterschiedlichen Gruppen an:

I. Basistherapeutika

Die wichtigste Medikamentengruppe sind sogenannte Basistherapeutika. Häufig wird dafür auch der englische Begriff DMARD (Disease Modifying Antirheumatic Drugs, krankheitsmodifizierende antirheumatische Medikamente) verwendet. Basistherapeutika sind die einzigen Medikamente, die auf mittlere und lange Sicht einen Stopp der Gelenkentzündung und der Gelenkzerstörung bewirken können – sie bilden daher, wie ihr Name sagt, die Basis der Rheumabehandlung. Jede Patientin bzw. jeder Patient mit einer RA muss ein Basistherapeutikum bekommen. Diese lassen sich in drei große Gruppen unterteilen.



1. Konventionelle Basistherapeutika:

Sie heißen so, weil sie schon seit Jahrzehnten erfolgreich für RA-Patient*innen eingesetzt werden. Zu ihnen gehört das wichtigste Medikament für die Behandlung der Rheumatoiden Arthritis, das Methotrexat (siehe Kapitel 7) sowie Präparate wie Leflunomid oder Sulfasalazin, die in Tablettenform gegeben werden.



2. Biologika:

Bei diesen Medikamenten handelt es sich um neuere, gentechnisch hergestellte Substanzen, die in aller Regel menschlichen Eiweißen entsprechen. Diese werden entweder als Spritze unter die Haut oder in eine Vene verabreicht. Derartige Substanzen hemmen gezielt Botenstoffe der Entzündung und unterbrechen so den Entzündungs- und Zerstörungsprozess im Gelenk (siehe Kapitel 7).



3. Janus-Kinase-Inhibitoren (JAK-Inhibitoren):

Hierbei handelt es sich um eine Substanzgruppe, die erst vor einigen Jahren in die Rheumatherapie eingeführt wurde. Diese Medikamente schalten ebenfalls sehr gezielt Schlüsselmoleküle der Entzündung aus (siehe Kapitel 7).

II. Kortikosteroide

Diese stark wirksamen Entzündungshemmstoffe wurden bereits in den 1940er und 1950er Jahren entwickelt und ähneln sehr stark körpereigenen Hormonen, welche Entzündungsprozesse abbremsen und beenden. In der modernen Medizin wird für die Behandlung der Rheumatoiden Arthritis ausschließlich Prednisolon empfohlen. Der Vorteil dieses Medikaments ist die sehr rasche Wirkung, die den Patient*innen schon nach wenigen Tagen eine spürbare Erleichterung verschafft. Außerdem bremsen Kortikosteroide zusammen mit DMARD die Zerstörung von Knorpel und Knochen. Daher wird auch heute in der Erstbehandlung der Rheumatoiden Arthritis zur Anwendung dieser Präparate geraten. Allerdings ist bei der Verschreibung von Prednisolon großes Finger-spitzengefühl gefragt, da die Nebenwirkungen bei unsachgemäßer Anwendung erheblich sein können (siehe Kapitel 9). Kortikosteroide werden meist als Tablette gegeben. Darüber hinaus ist auch ihre direkte Injektion in Kristallform in die Gelenke oft hilfreich und nach wie vor fester Bestandteil der Rheumatherapie.

III. Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)

Diese Medikamente werden in der Medizin sehr häufig angewendet, da sie nicht nur die Schmerzen bei RA, sondern bei einer Reihe anderer Gelenkerkrankungen lindern. Zusätzlich werden Schmerzen ganz verschiedener Ursachen durch NSAR günstig beeinflusst. Zu ihren häufig verschriebenen Vertretern gehören Ibuprofen oder Diclofenac und die moderneren Coxibe, die eine bessere Verträglichkeit für den Magen- und Darmtrakt aufweisen. Trotz ihrer weiten Verbreitung wird in der Behandlung der Rheumatoiden Arthritis nur zu einer zeitweisen Anwendung dieser Medikamente geraten, da Nebenwirkungen auf die Niere bzw. die Magen- und Darmschleimhaut auftreten können. Die Zerstörung von Gelenken verzögern sie nicht – dies können nur Basistherapeutika und Kortikosteroide.

IV. Analgetika

Darunter verstehen wir reine Schmerzmittel, die keine eigenständige entzündungshemmende Funktion haben. In diese Gruppe

fallen Präparate, die rezeptfrei in Apotheken erhältlich sind, wie Paracetamol, aber auch sehr starke, rezeptpflichtige, Schmerzmittel, die Verwandte des Morphiums darstellen. Analgetika finden vor allem bei Patient*innen Anwendung, die bereits starke Gelenkzerstörungen aufweisen und einen langjährigen Krankheitsverlauf haben. Eine frühzeitige Anwendung von Basistherapeutika sollte die Verschreibung von Analgetika überflüssig machen.

V. Begleitmedikamente

In diese Gruppe fallen Medikamente, die unangenehme Begleiterscheinungen der Erkrankung oder auch der antirheumatischen Medikamente auffangen sollen. Dazu gehören z. B. Präparate, die gegen die Osteoporose gerichtet sind, wie Vitamin D, Eisenpräparate bei einem echten begleitenden Eisenmangel, Präparate zum Magenschutz bei gleichzeitiger Verschreibung von nichtsteroidalen Antirheumatika und viele andere mehr.



7. Besondere Medikamente unter der Lupe

Methotrexat: das Arbeitspferd in der Rheumatologie

Methotrexat (MTX) wird bei den meisten Patient*innen mit einer RA als erstes Präparat verschrieben. Dieses Medikament wurde in den 1960er Jahren erstmals angewendet. Ursprünglich war MTX für die Krebsbehandlung entwickelt worden. Die in der Chemotherapie üblichen hohen Dosen waren für die RA jedoch schwer verträglich. Den Durchbruch erlebte diese Substanz daher erst in den 1980er Jahren, als erkannt wurde, dass MTX für die Rheumatoide Arthritis bereits in sehr geringer Dosis wirksam ist. Dadurch spielen die meisten Nebenwirkungen, die in der Krebstherapie beobachtet werden, in der Rheumatologie kaum eine Rolle. Methotrexat wird auch in den heutigen Therapieempfehlungen nationaler und internationaler rheumatologischer Fachgesellschaften als wichtigste Startersubstanz angesehen. Ihr Vorteil besteht darin, dass sie sowohl als Tablette als auch als Spritze zur Verfügung steht. Da sie nur einmal pro Woche gegeben werden muss, ist ihre Anwendung unkompliziert. Methotrexat kann und soll mit vielen anderen Basistherapeutika, vor allem mit den Biologika kombiniert werden, da dies zu einer deutlichen Wirkverstärkung führt. Methotrexat verzögert die Gelenkzer-

störung und schützt auf lange Sicht die Gefäße, sodass Rheumapatient*innen unter diesem Medikament seltener einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall bekommen als unbehandelte Patient*innen.



Biologika: maßgeschneiderte Medikamente gegen die Gelenkzerstörung

Diese Substanzklasse ist seit Beginn des 21. Jahrhunderts immer stärker in die Rheumatherapie vorgedrungen. Den Anfang bildeten Hemmstoffe eines wichtigen Eiweißes: Der sogenannte Tumornekrosefaktor (TNF) ist ein Botenstoff, der im Vordergrund der Entzündung und Gelenkzerstörung steht. Seine gezielte Ausschaltung durch Anti-TNF-Antikörper führt zu einem raschen Nachlassen von Schmerzen und Gelenkschwellungen. Mittlerweile wurden Biologika auch gegen andere Moleküle entwickelt, die an der Entzündungsreaktion beteiligt sind. Auf lange Sicht werden die Gelenke durch Biologika vor Zerstörung geschützt. Langzeitbeobachtungen bescheinigen diesen Medikamenten eine Schutz-

wirkung auf Herz und Gefäße und sprechen dafür, dass Biologika das Leben der Behandelten verlängern. Die Biologika sind relativ gut verträglich und anwendungsfreundlich. Leider sind sie auch sehr teuer. Daher wurden in den letzten Jahren sogenannte Biosimilars entwickelt („similar“ bedeutet auf Englisch „gleichartig“), die genauso verträglich und wirksam wie die Originalpräparate sind, jedoch deutlich weniger Kosten verursachen.

Eine Liste der aktuellen, für die Behandlung der Rheumatoiden Arthritis zugelassenen Biologika findet sich in der Tabelle auf Seite 23. Diese Liste wird wahrscheinlich aufgrund der intensiven Forschung für die Entwicklung neuer Medikamente in der nächsten Zeit noch länger werden.





JAK-Inhibitoren: zielgerichtete Medikamente in Tablettenform

Von dieser Wirkstoffgruppe sind aktuell vier Präparate für die RA-Therapie zugelassen (siehe Tabelle rechte Seite). JAK-Inhibitoren (JAKi) hemmen Entzündungsprozesse, indem sie sehr gezielt Signalwege intrazellulär zwischen Zelloberfläche und Zellkern blockieren. Diese Präparate sind in ihrer Wirksamkeit den Biologika offenbar gleichwertig. Die JAKi sind zudem relativ gut verträglich und durch die orale Einnahme anwenderfreundlich. Bezüglich der Sicherheitsdaten ähneln diese Medikamente den Biologika, allerdings traten in einigen klinischen Studien etwas häufiger Fälle von Varicella-Zoster-Infektionen (Gürtelrose) auf. Die Anwendung der JAKi unterliegt bei Patient*innen mit bestimmten Risikofaktoren (Alter ≥ 65 Jahre, kardiovaskuläre oder maligne Risikofaktoren) außerdem besonderen Empfehlungen sowie entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen.

PRÄPARAT		GERICHTET GEGEN:	BESONDERHEIT	BIOSIMILARS VORHANDEN?
BIOLOGIKA	Adalimumab	TNF	Zugelassen auch u. a. für CED und für entzündliche Augenbeteiligung sowie Psoriasis und Psoriasis-Arthritis.	Ja
	Etanercept	TNF	Erstes Präparat, das bei Kindern zugelassen wurde.	Ja
	Infliximab	TNF	Kann sowohl in die Vene als auch unter die Haut gespritzt werden. Zugelassen auch u. a. für CED.	Ja
	Golimumab	TNF	Injektion nur einmal pro Monat nötig.	Nein
	Certolizumab Pegol	TNF	Vorteile in der Schwangerschaft.	Nein
	Rituximab	CD20	Wird als intravenöse Injektion in die Vene gespritzt.	Ja
	Abatacept	CD80/86	Kann sowohl in die Vene als auch unter die Haut gespritzt werden.	Nein
	Tocilizumab	IL-6-Rezeptor	Kann sowohl in die Vene als auch unter die Haut gespritzt werden. Bereits bei Kindern ab 1 Jahr zugelassen.	Nein
	Sarilumab	IL-6-Rezeptor	Wird als subkutane Injektion unter die Haut gespritzt.	Nein
	Anakinra	IL-1	Bereits bei Kindern ab 8 Monaten zugelassen.	Nein
JAK-INHIBITOREN	Tofacitinib	JAK1/3	Orale Einnahme	Nein
	Baricitinib	JAK1/JAK2	Orale Einnahme	Nein
	Upadacitinib	JAK1	Orale Einnahme	Nein
	Filgotinib	JAK1	Orale Einnahme	Nein

CD: Cluster of Differentiation; CED: Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen; IL: Interleukin; JAK: Januskinase; PDE: Phosphodiesterase; TNF: Tumornekrosefaktor

8. Was passiert, wenn neue Medikamente nicht ausreichend helfen?

In den rheumatologischen Arztpraxen wird mittlerweile sehr genau kontrolliert, ob die Medikamente ihre Wirkung tatsächlich erfüllen. Dazu stehen den Rheumatolog*innen wissenschaftlich geprüfte Messinstrumente zur Verfügung. So wird die Zahl der schmerzhaften und geschwollenen Gelenke genau erfasst, die Höhe der Entzündungswerte im Labor gemessen und die von den Patient*innen persönlich empfundene Stärke von Schmerz und Entzündung anhand messbarer Skalen erfragt. Anhand dieser Werte können die Ärztinnen und Ärzte feststellen, ob die Therapie erfolgreich ist. Auch die Betrachtung der Röntgenbilder im Verlauf kann zeigen, ob Zerstörungen zunehmen oder ob die Erkrankung aufgehalten wurde. Daher kann bereits nach einem Vierteljahr festgestellt werden, ob der eingeschlagene Weg richtig ist oder ob das bisherige Medikament mit einem weiteren Präparat kombiniert werden muss. Auf diese Weise kann bei den meisten Patient*innen heutzutage eine Remission erreicht werden. Dies kann allerdings bedeuten, dass in der Anfangsphase der Behandlung drei oder auch mehr Medikamente zum Einsatz kommen. Dazu könnten z. B. ein Kortikosteroid, Methotrexat, ein Biologikum oder auch ein JAK-Inhibitor gehören. Die dauerhafte Kontrolle der Entzündungsaktivität durch eine rheumatologische Arztpraxis

ist wichtig, um Gelenkschäden und Langzeitfolgen der Erkrankung zu stoppen und das Ziel einer kompletten Remission zu erreichen.



9. Und was ist mit den Nebenwirkungen?

Auch wenn die modernen Rheumamedikamente viel besser verträglich sind als Präparate vergangener Generationen, sind Nebenwirkungen einer antirheumatischen Therapie ein Thema, welches mit den Patient*innen besprochen werden muss. Grundsätzlich gilt dabei jedoch, dass die „Nebenwirkungen“ der Rheumatoiden Arthritis – Gelenkzerstörungen, Beeinträchtigung der Lebensqualität und langfristige Schäden an Herz und Kreislauf – wesentlich stärker ins Gewicht fallen als die Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie. Dennoch sollten Sie über mögliche Nebenwirkungen einer Behandlung Bescheid wissen. Dies geschieht in aller Regel durch ein ausführliches Gespräch mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und mit Hilfe von Informationsmaterial, wie es z. B. durch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie für jedes einzelne Präparat in patientenverständlicher Form zur Verfügung gestellt wird. So müssen Sie wissen, dass es gefährlich sein kann, wenn Methotrexat versehentlich täglich gegeben wird oder bei Patient*innen verabreicht wird, die eine Einschränkung der Nierenfunktion haben. Auch Prednisolon kann in höheren Dosierungen zu erheblichen Nachteilen für Patient*innen führen. Dazu gehört die Entwicklung von Infektionen, einer Osteoporose oder die Förderung von Bluthoch-

druck und der Zuckerkrankheit. Selbst die als gut verträglich geltenden Biologika können eine vermehrte Neigung zu Infektionen aller Schweregrade bewirken. Dies gilt ebenfalls für die JAK-Inhibitoren. Zudem sollte bei ihrer Anwendung auf die entsprechenden Empfehlungen hinsichtlich bestimmter Risiken besonders geachtet werden.

Dennoch sei hier betont, dass – über alle Patient*innen hinweg gesehen – die positiven Auswirkungen dieser Medikamente ihre Nachteile weit überwiegen. Letztendlich kann auch der unsachgemäße Umgang mit Alltagsgegenständen wie mit einem Auto oder einer Heckenschere zu schweren Schäden und Komplikationen führen – wichtig ist eine zielgerichtete Aufklärung und eine kontinuierliche Betreuung und Überwachung der Patient*innen. Dies wird in einer qualifizierten rheumatologischen Betreuung geleistet. Man geht davon aus, dass eine unbehandelte Rheumatoide Arthritis das Leben verkürzen kann. Die Empfehlung lautet deshalb, eine antirheumatische Therapie aus Angst vor Nebenwirkungen nicht zu verzögern oder gar zu vermeiden.

10. Was kann ich selbst tun, um eine Rheumatoide Arthritis günstig zu beeinflussen?



Der wichtigste Rat für Sie ist sicher der, sich frühzeitig in eine qualifizierte rheumatologische Betreuung zu begeben und darauf zu vertrauen, dass die modernen Therapieverfahren für eine Rheumatoide Arthritis einen langfristig positiven und hilfreichen Effekt für die Betroffenen haben. Allerdings können Patient*innen in der Tat selbst einiges zum Gelingen der Behandlung beitragen. Der wichtigste Punkt ist dabei der Verzicht auf das Rauchen. Es ist erwiesen, dass Raucher*innen nicht nur ein höheres Risiko haben, eine Rheumatoide Arthritis zu bekommen, sondern auch einen ungünstigeren Verlauf nehmen, wenn sie bereits erkrankt sind. Rauchen schwächt die Wirkung von Rheumamedikamenten ab und verstärkt die schädigende Wirkung der Rheumatoiden Arthritis auf Herz und Gefäße.

Außerdem kann empfohlen werden, dass die Patient*innen eine Umstellung ihrer Ernährungsweise bedenken. So hat eine Reihe von Studien belegen können, dass das Einhalten einer sogenannten

Mittelmeerdiät positive Effekte auf Herz und Kreislauf, aber auch die Stärke der Gelenkentzündungen haben kann. Eine Mittelmeerdiät beruht auf einer Ernährungsweise, wie sie vor etwa 100 Jahren in Ländern wie Griechenland oder Italien üblich war. Sie beinhaltet die Einschränkung des Genusses von „rotem Fleisch“ (Schweinefleisch und Rindfleisch), welches nicht häufiger als einmal wöchentlich gegessen werden sollte. Zur Mittelmeerdiät gehört auch die reichliche Aufnahme von Gemüse und Obst und der gelegentliche Genuss von Rotwein. Auf Ihrem Speiseplan sollten häufig Fisch und Meeresfrüchte zu finden sein, dagegen nur selten fette Milchprodukte. Süßes kommt in erster Linie in Form von Trockenfrüchten, Nüssen und Honig auf den Tisch. Hauptlieferant von Fetten ist das Olivenöl. Genauere Angaben finden sich in der Ernährungsbroschüre der Deutschen Rheuma-Liga (www.rheuma-liga.de/ernaehrung/).

Ein sehr wichtiger Beitrag der Rheumapatient*innen zu ihrer Therapie ist ein ausreichendes Maß an Bewegung. Gelenke leben von Aktivität. Daher sollte jeder, soweit wie es möglich ist, Sport treiben und aktiv bleiben. Ein weiterer positiver Effekt ist, dass durch ausreichendes körperliches Training gefäßschädigende Faktoren wie Übergewicht, Bluthochdruck und Zuckerkrankheit seltener auftreten.

11. Nicht nur Pillen und Spritzen

Patient*innen mit einer langfristig bestehenden Rheumatoiden Arthritis benötigen Hilfe von mehreren Fachdisziplinen. Sind Gelenkschäden bereits eingetreten, ist oft die orthopädische Mithilfe gefragt. Zerstörte Gelenke können umgeformt oder durch eine Gelenkprothese ersetzt werden. Sehnenscheiden mit chronisch geschwollener Synovialmembran können operativ entlastet werden, auch ein Befall der Halswirbelsäule erfordert gelegentlich eine spezialisierte chirurgische Stabilisierung.

Unverzichtbar ist bei vielen stark betroffenen Patient*innen eine Physiotherapie. Dadurch kann die Entwicklung von Fehlstellungen vermieden werden. Außerdem wird das Gelenk durch die Kräftigung der umgebenden Muskulatur entlastet und durch den Erhalt der Bewegungsfähigkeit einer Osteoporose vorgebeugt. In Rehabilitationseinrichtungen lernen Patient*innen mit Hilfe von Ergotherapeut*innen die Bewältigung von Alltagshemmnissen und den Gebrauch von Hilfsmitteln. Durch die behandelnden Rheumatolog*innen, Reha-Einrichtungen und Mitarbeiter*innen der Rheuma-Liga erfolgt die Beratung zu Fragen der Arbeitsfähigkeit, der Familienplanung, der Gestaltung von Freizeitaktivitäten und vieles andere mehr.



12. Planen auf die lange Sicht

Das heutige Ziel der Rheumatherapie ist die komplette Teilhabe der Patient*innen am Alltagsleben. Dazu gehört sowohl der Erhalt Ihrer Arbeitsfähigkeit als auch die Gestaltung eines normalen Freizeit- und sozialen Lebens. Eine unbehandelte Rheumatoide Arthritis führt nicht nur zu frühzeitiger Invalidität, sondern auch zu einer Verkürzung der Lebensspanne. Die antirheumatische Therapie in ihrer gesamten Komplexität wird dieser Lebenszeitverkürzung gegensteuern. Sie wird dafür sorgen, dass Sie eine normale Lebenserwartung haben und Ihr Alter in guter Gesundheit und mit intaktem sozialem Umfeld leben können.





13. Woran arbeitet die Wissenschaft?

Trotz aller Fortschritte in der modernen Medizin gelingt es auch heute noch nicht, eine Rheumatoide Arthritis endgültig zu heilen. Ein enormer Fortschritt wäre eine Therapie, die nach einer gewissen Zeit abgebrochen werden könnte, weil die Erkrankung ausgeheilt ist. Dies ist heute noch Zukunftsmusik. Allerdings sind moderne Therapiestrategien bereits jetzt darauf ausgelegt, die Behandlung auf das niedrigst mögliche Niveau einzustellen, wenn der oder die Betroffene in einer stabilen Remission ist. So gibt es immer mehr Patient*innen, die völlig ohne Prednisolon behandelt werden können. Auch die Verminderung von Medikamentendosen oder die Streckung der Abstände zwischen den Biologika-Gaben sind heutzutage häufig möglich. Allerdings gelingt nur in den seltensten Fällen ein kompletter Stopp der Behandlung. Es besteht jedoch aller Grund zu Optimismus: Die Behandlung der Rheumatoiden Arthritis ist eine wichtige Erfolgsgeschichte der neuzeitlichen Medizin. Die Forschungen an diesem Krankheitsbild sind längst nicht abgeschlossen. Es ist zu erwarten, dass die Therapie der RA in den kommenden Jahren weitere Fortschritte verzeichnen wird.

14. Hilfe zur Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen

Kontakte zu Organisationen für RA-Patient*innen



Deutsche Rheuma-Liga
Bundesverband e.V.
www.rheuma-liga.de



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und
Jugendrheumatologie
www.gkjr.de



Bundesverband Kinderrheuma e.V.
www.kinderrheuma.com



NAKOS – Nationale Kontakt- und Informa-
tionsstelle zur Anregung und Unterstützung
von Selbsthilfegruppen
[www.nakos.de/informationen/basiswissen/
selbsthilfeorganisationen](http://www.nakos.de/informationen/basiswissen/selbsthilfeorganisationen)



Deutsche Gesellschaft für
Rheumatologie
[www.dgrh.de/Start/
Patientenbereich.html](http://www.dgrh.de/Start/Patientenbereich.html)

Notizen



Biogen GmbH
Riedenburger Straße 7 • 81677 München • www.biogen.de

