

RHEUMATOIDE ARTHRITIS

INFORMATIONEN ZUR DIAGNOSE UND THERAPIE

Herausgegeben von
IKK classic
Tannenstraße 4b
01099 Dresden

Impressum

Diese Informationsbroschüre ist eine Zusammenfassung des bei Drucklegung geltenden Rechts. Maßgeblich sind stets Gesetz und Satzung der IKK classic.

Ausführliche Informationen zu einzelnen Themen erhalten Sie in Ihrem IKK Servicecenter oder unter ikk-classic.de

Inhaltsverzeichnis

Wenn die Gelenke nicht mehr „wollen“	Seite 4	Die Behandlung von Begleiterkrankungen	Seite 29
Das Krankheitsbild der rheumatoiden Arthritis	Seite 6	Gute Erfolge bei früher Behandlung!	Seite 29
Chronische Entzündung.....	Seite 6	Zahlreiche Risikofaktoren können Sie selbst beeinflussen!	Seite 29
Fehlsteuerung im menschlichen Abwehrsystem (Immunsystem).....	Seite 7	Besonders häufig vorkommende Begleiterkrankungen	Seite 29
Andere rheuma-typische Krankheitsmechanismen	Seite 7	Kontrolle des Krankheits- und Therapieverlaufs	Seite 31
Hauptangriffspunkte: die Gelenke	Seite 7	Beurteilung der Krankheitsaktivität	Seite 31
Typische Krankheitszeichen, Beschwerden und Auswirkungen	Seite 8	Beurteilung der Medikamenten-verträglichkeit.....	Seite 32
Weitere rheumagefährdete Bereiche	Seite 8	Überprüfung zur Notwendigkeit einer Überweisung.....	Seite 32
Krankheitsverlauf.....	Seite 9	Wer betreut Sie mit Ihrer rheumatoiden Arthritis?	Seite 33
Wie wird die rheumatoide Arthritis festgestellt?	Seite 9	Die Hausärztin/Der Hausarzt als erste(r) Ansprechpartner(in) und Koordinator(in)	Seite 33
Gesicherte Diagnose grundlegend für Behandlungserfolg	Seite 9	Andere Leistungserbringer als Koordinator(in)	Seite 34
Früherkennung besonders wichtig.....	Seite 10	Überweisung an Rheumatologen/innen.....	Seite 34
Erstfeststellung (Primärdiagnostik).....	Seite 10	Hinzuziehung anderer Leistungserbringer.....	Seite 35
Die ACR/EULAR-Klassifikation	Seite 11	Wann ist die Einweisung in ein Krankenhaus notwendig?	Seite 35
Was passiert, wenn die Diagnose gesichert vorliegt?.....	Seite 12	Mögliche Rehabilitationsleistungen	Seite 36
Vorgaben und Ziele der Behandlung	Seite 12	IKK Promed	Seite 36
Worauf kommt es bei der Behandlung an?.....	Seite 12	Was macht IKK Promed zu einer besonderen Versorgungsform?.....	Seite 36
Welche Ziele verfolgt das DMP-Programm „Rheumatoide Arthritis“?	Seite 13	Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft	Seite 37
Genau hier haben Sie es selbst in der Hand!	Seite 14	Erhöhung Ihrer Fähigkeit zum Selbstmanagement und aktive Mitwirkung durch Sie	Seite 37
Auf gesunde Ernährung achten	Seite 14	Koordination Ihrer Behandlung.....	Seite 37
Übergewicht und viszerales Bauchfett abbauen	Seite 15	Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität	Seite 38
Körperlich aktiv werden	Seite 16	Aktive Begleitung durch Ihre IKK	Seite 38
Mit dem Rauchen aufhören	Seite 17	Ihre Teilnahme am Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei.....	Seite 38
Die Behandlung mit Medikamenten	Seite 19	Anhang	Seite 39
Die Basistherapie mit DMARDs	Seite 19	ACR/EULAR-Klassifikationssystem	Seite 39
Begleitmedikation	Seite 23	Hilfreiche Links und Adressen für Rheumapatienten/innen.....	Seite 40
Maßnahmen bei Multimedikation	Seite 25		
Ergänzende Maßnahmen zur medikamentösen Therapie	Seite 26		
Schutzimpfungen.....	Seite 26		
Heilmitteltherapie	Seite 26		
Funktionstraining.....	Seite 27		
Hilfsmittel.....	Seite 28		

WENN DIE GELENKE NICHT MEHR „WOLLEN“

Für Sabine R. hatte der Tag schlecht begonnen – mal wieder. Beim morgendlichen Kaffeezubereiten hatte sie einen Großteil des Becherinhalts verschüttet. Das passierte in letzter Zeit immer häufiger. Denn es fiel ihr immer schwerer, den Henkel des Bechers richtig zu umfassen. Mehrere ihrer Finger waren regelrecht steif und ließen sich nur mit Mühe krümmen – vor allem morgens. Anfangs hatte sie versucht, die Hand zu wechseln und es mit ihren 53 Jahren aufs Alter geschoben. Doch Ihr Zustand verschlimmerte sich relativ schnell und in Schüben. Mittlerweile waren an beiden Händen mehrere Gelenke dick angeschwollen und druckempfindlich. Zudem ließ sie in den betroffenen Gliedern besonders nachts immer öfter ein pochender und stechender Schmerz wach werden.

Im Laufe des Tages besserte sich zwar die Beweglichkeit ihrer Finger wieder. Doch als Kostümschneiderin an den städtischen Bühnen wurden für Sabine R. typische Verrichtungen, wie Maßnehmen, Abstecken oder Nähen, immer mehr zur Qual. Hinzu kam, dass sie sich in letzter Zeit fast ständig müde und abgeschlagen fühlte, so, als sei eine Erkältung im Anmarsch. Als dann nach einem ausgedehnten Sonntagsspaziergang plötzlich auch ein Zeh am rechten Fuß zu schmerzen begann, suchte sie schließlich ihren Hausarzt auf. Dieser fragte nach, ob in ihrer Familie schon ähnliche Symptome aufgetreten seien. Sofort fiel ihr ein: Ihre Mutter hatte unter gleichen Beschwerden gelitten wie sie. Insofern überraschte es sie nicht, als ihr Hausarzt den Verdacht „rheumatoide Arthritis“ äußerte.

Der medizinische Laie verbindet mit „Rheuma“, so die volkstümlich verkürzte Bezeichnung der rheumatoiden Arthritis, vor allem eine chronische Gelenkerkrankung. Kennzeichnend sind hierbei entzündliche Prozesse, die ihren Ausgangspunkt in der Tat in der Innenhaut der Gelenke nehmen. Im weiteren Verlauf breitet sich die Krankheit jedoch meist – vor allem unbehandelt – immer weiter aus. Im Zuge dessen werden nicht nur Gelenke zerstört, sondern es können auch angrenzende Knochenstrukturen, Sehnen, Bänder, Schleimbeutel sowie innere Organe in Mitleidenschaft gezogen werden.

Insofern gilt die rheumatoide Arthritis als systemische Erkrankung, also als Krankheit, die nicht nur punktuell auftritt, sondern mehr oder weniger den ganzen Körper betrifft.

Außerdem spielt bei der rheumatoiden Arthritis eine Fehlsteuerung des körpereigenen Abwehrsystems, des sogenannten Immunsystems, eine wichtige Rolle. Mediziner sprechen daher ebenso von einer besonderen Form einer Autoimmunerkrankung. „Auto“ bedeutet, dass sich die Abwehr hier gegen körpereigenes Gewebe richtet, also zum Beispiel gegen Gelenkstrukturen.

Die rheumatoide Arthritis ist die am weitesten verbreitete entzündliche Gelenkerkrankung. Laut dem Berufsverband deutscher Internistinnen und Internisten (Fachärztinnen/Fachärzte für Innere Medizin) sind rund 1% der deutschen Bevölkerung betroffen, Frauen davon rund dreimal häufiger als Männer. Obwohl „Rheuma“ in jedem Lebensalter auftreten kann, ist das Erkrankungsrisiko zwischen 55 und 75 Jahren besonders hoch.

Die rheumatoide Arthritis kann mit starken Schmerzen und Bewegungseinschränkungen einhergehen und dadurch die Lebensqualität erheblich mindern. Außerdem kann sie im schlimmsten Fall die Lebenserwartung verkürzen. Die gute Nachricht ist aber: Mit modernen Behandlungsmethoden kann die Erkrankung zum Stillstand gebracht oder ihr Fortschreiten zumindest erheblich verzögert werden.

Je früher die Krankheit erkannt und behandelt wird, desto besser gelingt dies. Daher bieten wir unseren von Rheuma betroffenen Versicherten mit IKK Promed die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm speziell für chronisch Kranke an. Damit erhalten betroffene Versicherte Zugang zu einer Therapie, die den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigt. Außerdem sind in diesem Behandlungsprogramm ausschließlich Maßnahmen vorgesehen, deren Wirksamkeit nach den bestmöglichen wissenschaftlichen Standards nachgewiesen wurde.

Wenn Sie die vorliegende Broschüre in den Händen halten, haben Sie die Teilnahmebedingungen für IKK Promed erfüllt und sind in diesem speziellen Behandlungsprogramm bereits eingeschrieben. Wir möchten Sie im Folgenden nun umfassend über das Krankheitsbild und die Ihnen in diesem Rahmen zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten aufklären. Damit wollen wir erreichen, dass Sie Ihre Krankheit besser verstehen. Außerdem wollen wir Ihnen Möglichkeiten aufzeigen, wie Sie mit den hieraus resultierenden Beeinträchtigungen optimal umgehen können. Des Weiteren liegt es uns am Herzen, mit dieser Information einen Beitrag zur Verbesserung oder zumindest zum Erhalt Ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu leisten. Denn wenn Sie zur „Fachfrau“ beziehungsweise zum „Fachmann“ für Ihre eigene Krankheit werden, können sie alle zur Verfügung stehenden Optionen noch besser ausschöpfen. Schließlich sollen all diese Maßnahmen, auch ein möglichst guter Kenntnisstand, dabei helfen, Ihre Lebensqualität zu verbessern.

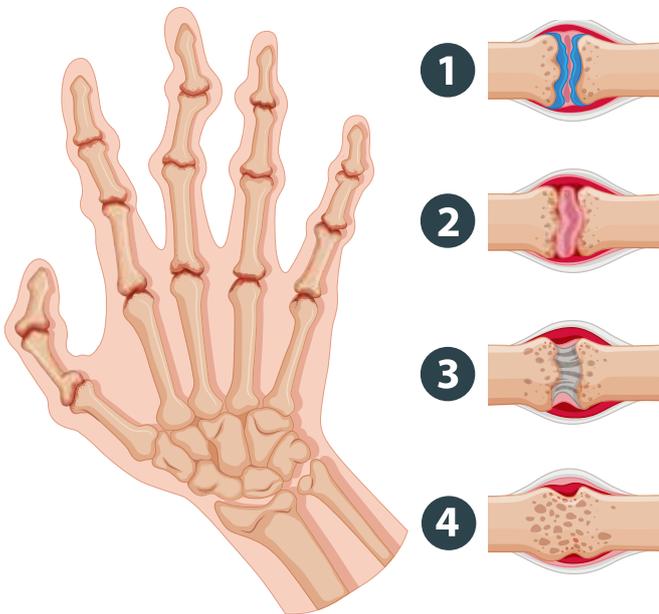
In diesem Sinn wünschen wir Ihnen für Ihre Behandlung und den weiteren Verlauf Ihrer Erkrankung alles Gute.

DAS KRANKHEITSBILD DER RHEUMATOIDEN ARTHRITIS

Chronische Entzündung

Die rheumatoide Arthritis wird traditionell als **chronische Entzündungskrankheit** verstanden. Chronisch bedeutet in diesem Zusammenhang: Beschwerden, wie zum Beispiel schmerzende und mit Morgensteife (mindestens 1 Stunde) verbundene Gelenkschwellungen halten länger als sechs Wochen an.

Der Entzündungsprozess kommt durch ein komplexes Zusammenspiel von bestimmten Entzündungszellen (Fresszellen, T- und B- Zellen) und vermehrt produzierten Botenstoffen (siehe nebenstehender Infokasten) in Gang.



Das Entzündungsgeschehen bei der rheumatoiden Arthritis

Dies führt dazu, dass die Gelenkinnenhaut anschwillt und zu wuchern beginnt. Ohne entzündungshemmende Behandlung greift dieser Prozess auf Gelenkknorpel und angrenzende Knochen über und zerstört diese nach einiger Zeit. Dadurch verliert das Gelenk schließlich seine Bewegungsfähig- und Funktionstüchtigkeit.

Die sogenannte „Entzündungskaskade“

Der Ausdruck „Kaskade“ bezeichnet in Anlehnung z. B. ans Französische (cascade) im ursprünglichen Sinn einen mehrstufigen Wasserfall. In der Biochemie versteht man unter einer Kaskade eine mehrstufige Verkettung von biochemischen Reaktionen und Abläufen.

Eine zentrale Rolle bei der Initiierung einer Entzündungskaskade spielt unser Immunsystem. Erkennt es zum Beispiel Krankheitserreger, setzt es einen Ablauf in Gang, den man – in vereinfachter Form – anhand der folgenden Stufen veranschaulichen kann:

- 1. Stufe** ein schädlicher Reiz (Noxe) ausgelöst z. B. durch Krankheitserreger oder Gewebeschäden infolge einer Verletzung;
- 2. Stufe** die gesteigerte Produktion von bestimmten Botenstoffen (z. B. Zytokine und andere sog. Entzündungs-Mediatoren¹⁾, wie Bradykinin, Serotonin, Histamin, Prostaglandine und Leukotriene);
- 3. Stufe** Rötung, Schwellung, Schmerz und/oder Überwärmung als typische Folgeerscheinungen;
- 4. Stufe** gestörte Funktion wie z. B. Gelenkfehlstellungen bis hin zur -zerstörung.

Im Detail ist das Entzündungsgeschehen komplizierter, und es sind mehr als die hier genannten Stoffe beteiligt. Im Zusammenhang mit der rheumatoiden Arthritis kommt es aber vor allem auf die unter Stufe 2 genannten Botenstoffe an. Denn in deren Signalübertragungswege greifen die sogenannten DMARDS (Basismedikamente bei rheumatoider Arthritis) hemmend ein. (siehe unter „Die Behandlung mit Medikamenten auf Seite 19).

¹ Als Entzündungsmediatoren bezeichnet man körpereigene Stoffe, die eine Entzündung einleiten und aufrechterhalten.

Fehlsteuerung im menschlichen Abwehrsystem (Immunsystem)

Eine Entzündung ist eigentlich eine „normale“ Abwehr- und Reparaturreaktion unseres Immunsystems. Ausgelöst wird sie zum Beispiel dann, wenn in unseren Körper Krankheitserreger eindringen. Voraussetzung ist natürlich, dass unser Immunsystem diese auch als solche erkennt. Dazu verfügen unsere Abwehrkräfte über einen speziellen „Erkennungsdienst“. Er besteht aus besonders trainierten Zellen, und zwar den bereits im vorangehenden Abschnitt genannten T- und B-Zellen. Diese können äußere Feinde, wie Keime, anhand einer Art „Fingerabdruck“, den sogenannten **Antigenen**, identifizieren und zuordnen.

Bei der rheumatoiden Arthritis wird die Entzündungsreaktion allerdings durch eine **Fehlsteuerung unseres Immunsystems** ausgelöst. Infolgedessen stufen unsere Abwehrkräfte auch Antigene von körpereigenen Zellen als „schädlichen Reiz“ ein (siehe Infokasten „Ablauf der Entzündungskaskade“). In diesem Sinn gilt die rheumatoide Arthritis, wie bereits im einleitenden Kapitel dieser Broschüre erwähnt, nicht nur als Entzündungs- sondern auch als Autoimmunerkrankung. „Autoimmun“ bedeutet, dass unser Abwehrsystem in diesem Fall eben nicht nur äußere Feinde, sondern auch körpereigenes Gewebe attackiert. Wie es im Detail zu dieser Fehlsteuerung kommt, hat man trotz intensiver Forschung noch nicht herausfinden können.

Was man weiß, ist, dass es eine erbliche (genetische) Veranlagung gibt. Außerdem geht man davon aus, dass weitere Umstände und Faktoren den Ausbruch der Erkrankung begünstigen können. Tabakkonsum steht im Verdacht, einer dieser Faktoren zu sein. Nachgewiesen ist, dass Rauchen auf jeden Fall den weiteren Krankheitsverlauf negativ beeinflusst.

Andere rheuma-typische Krankheitsmechanismen

Aufgrund neuerer Forschungsergebnisse ist die Erkenntnis gereift, dass das Entzündungsgeschehen allein als Erklärung für das ausgesprochen vielschichtige Krankheitsbild der rheumatoiden Arthritis nicht ausreicht. Hieran anknüpfend werden zwei weitere „Krankheitsmechanismen“ unterschieden:

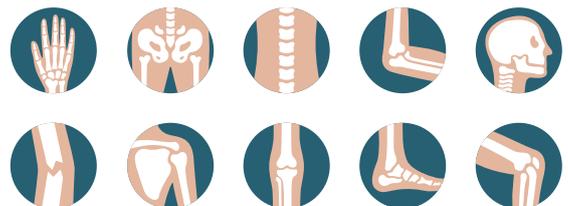
- zum einen die bereits oben beschriebene **Gelenkzerstörung**, die auf Gelenkknorpel und angrenzende Knochen übergreift; dieses Übergreifen ähnelt in gewisser Weise einem Wucherungsprozess.
- Zum anderen die ebenfalls für diese Erkrankung typischen, allerdings lokal begrenzten **Gewebeschädigungen**; hiervon können zum Beispiel die Sehnen, die Wandungen der Blutgefäße, das Herz und das Auge betroffen sein.

Bei diesen beiden Prozessen kommen – über die reine Beteiligung von Entzündungszellen hinaus – auch noch andere Mechanismen zum Tragen. Bedeutsam ist dies, weil ein in diesem Sinn differenzierteres Krankheitsverständnis der rheumatoiden Arthritis Ansatzpunkte für neue Behandlungsmöglichkeiten bietet.

Hauptangriffspunkte: die Gelenke

Hauptangriffspunkt der rheumatoiden Arthritis sind die **Gelenke**. Prinzipiell können dies, von einigen Ausnahmen abgesehen, alle Gelenke sein. Doch häufig zeigen sich die ersten Krankheitszeichen an den kleinen Finger-, Hand und Zehengelenken. Sie werden fachsprachlich als sogenannte Prädispositionsgelenke (sinngemäß: bevorzugte Gelenke) bezeichnet. Im weiteren Verlauf können auch größere Gelenke, wie zum Beispiel Hüft-, Knie-, Sprung-, Ellbogen- oder Schultergelenke vom Entzündungsgeschehen erfasst werden. Auch die Halswirbelsäule kann betroffen sein.

Einige Gelenke und Knochenstrukturen bleiben ausgespart. Bei den Händen sind dies die Fingerendgelenke und die Daumensattelgelenke. Am Fuß bleiben die Zehenendgelenke und die Grundgelenke an den großen Zehen verschont. Von der Halswirbelsäule einmal abgesehen, ist auch die Wirbelsäule weiter abwärts nicht gefährdet.



Häufig von rheumatoider Arthritis betroffene Bereiche im menschlichen Stützapparat (Skelett)

Typisch für die rheumatoide Arthritis ist das symmetrische Verteilungsmuster mit einem Befall der Gelenke auf beiden Seiten des Körpers.

Typische Krankheitszeichen, Beschwerden und Auswirkungen

So vielschichtig das Krankheitsbild der rheumatoiden Arthritis ist, so unterschiedlich und breit gestreut sind auch ihre Krankheitszeichen (Symptome), Beschwerden und Auswirkungen. Ein sehr unbestimmtes aber durchaus häufiges Anzeichen ist zu Beginn ein **allgemeines Krankheitsgefühl** mit Erschöpfung, Müdigkeit, Fieber, Gewichtsabnahme und Nachtschweiß. Da dies auf viele Krankheiten hindeuten kann, ist bei rheumatoider Arthritis letztlich erst das Gesamtbild an Symptomen, Beschwerden und Auswirkungen aussagekräftig.

Spezifischer sind die Folgeerscheinungen des Entzündungsgeschehens in **jeweils von rheumatoider Arthritis betroffenen Gelenken**:

- **Schmerzen**, die vor allem in Ruhe, also zum Beispiel nachts auftreten;
- die sogenannte **Morgensteife**, die länger als 60 Minuten anhalten kann, sich aber zunächst im Laufe des Tages bessert;
- druckschmerzhafte, prallelastische **Schwellungen**.

Gelingt es nicht, dem Entzündungsgeschehen durch eine frühzeitige Behandlung Einhalt zu gebieten, greift die Krankheitsaktivität im weiteren Verlauf – ähnlich wie bei einer Wucherung – auf Gelenkknorpel und angrenzende Knochen über. Auf diese Weise kann das betroffene Gelenk so weit zerstört werden, dass es vollständig seine Beweglich- und Funktionstüchtigkeit einbüßt. Sichtbares Anzeichen für diesen Vorgang sind die für eine fortgeschrittene rheumatoide Arthritis **charakteristischen Fehlstellungen** betroffener Gelenke.

Weitere rheumagefährdete Bereiche

Darüber hinaus können sich auch die **Sehnen** (z. B. an den Fingern), die **Bänder** und die **Schleimbeutel** (z. B. an den Knien oder Schultern) rheumatisch entzünden. Ohne entzündungshemmendes Eingreifen kommt es im weiteren Verlauf zur bereits weiter oben beschriebenen Schädigung von Gewebeanteilen. Infolgedessen können sogenannte **„Rheumaknoten“** entstehen, die später dann auch zu einem Sehnen- oder Bänderriss führen können.

Andere **Körpersysteme** beziehungsweise **Organe** sind vor der Ausweitung der rheumatoiden Arthritis und/oder den hieraus resultierenden Folgeerscheinungen ebenfalls nicht gefeit, so zum Beispiel Haut, Augen, Lunge, Nervensystem und Magen-Darmtrakt. Dies betrifft leider immerhin fast die Hälfte der Rheuma-Patienten. Besonders bedeutsam, weil potenziell lebensverkürzend, sind in diesem Zusammenhang die möglichen Auswirkungen auf die **Blut- und Herzkranzgefäße sowie das Herz**. Sie können zum Beispiel eine Entzündung von Gefäßwänden, Herzmuskel und Herzbeutel bedingen. Auch Durchblutungsstörungen bis hin zum Absterben von Gewebe (Nekrosen) sind möglich. Aufgrund dessen haben Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis ein erhöhtes Risiko für Arterienverkalkung (Arteriosklerose) und Herzinfarkte.

Was ist ein Rheumaknoten?

Rheumaknoten sind kleine harte Knötchen unter der Haut, die laut Deutsche Rheuma-Liga bei 20 bis 40 Prozent der Betroffenen mit rheumatoider Arthritis auftreten. Sie bestehen vor allem aus Fresszellen des Immunsystems (sogenannte Makrophagen).

Ihre Aufgabe besteht normalerweise darin, fremdes Material, Bakterien oder abgestorbene Zellen zu „fressen“. Im Rheumaknoten verändern sich diese Fresszellen aber von normalen Körperzellen mit einem Kern zu mehrkernigen Riesenzellen. Wenn Pathologen/innen (auf Gewebeuntersuchungen spezialisierte Ärzte) unter dem Mikroskop zum Beispiel solche mehrkernigen Riesenzellen entdecken, sprechen sie von Granulombildung.

Rheumaknoten treten bevorzugt an Stellen auf, die einer mechanischen Belastung ausgesetzt sind, etwa auf der Streckseite des Ellenbogens. Sie sind meist unempfindlich gegenüber Druck oder Berührungen und bilden sich vor allem bei Patienten/innen mit längerer Erkrankungsdauer und schwerem Krankheitsverlauf.

Krankheitsverlauf

So unterschiedlich die Erscheinungsformen und Symptome der rheumatoiden Arthritis sind, so variantenreich ist auch ihr Verlauf. In vielen Fällen beginnt sie schleichend. Man geht sogar heute davon aus, dass dem ersten deutlichen Auftreten von Symptomen und Beschwerden ein langer und im Verborgenen schwelender Erkrankungsprozess vorausgeht. Dann kann es unter Umständen sehr schnell gehen, und es stellen sich in kurzer Zeit starke Beschwerden ein. Manchmal werden im Zuge dessen innerhalb von Wochen und Monaten sehr viele Gelenke befallen. In anderen Fällen verharret das Krankheitsgeschehen scheinbar jahrelang im Stillstand, bis schubweise plötzlich weitere Gelenke beziehungsweise andere Körperregionen dazukommen.

Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei der rheumatoiden Arthritis um eine chronische Erkrankung, die nach derzeitigem Stand der Medizin (noch) nicht heilbar ist. Trotzdem konnten bei der Behandlung deutliche Fortschritte erzielt werden, die Grundlage

dieses Behandlungsprogramms sind. So kann die Krankheit – vor allem bei frühzeitiger Diagnose und Therapie – zum völligen Stillstand oder zumindest zu einem deutlich verzögerten Fortschreiten gebracht werden. Auf diese Weise kann auch dem Risiko für lebensbeeinträchtigende Folgeerscheinungen, wie zum Beispiel Bewegungs- und Funktionseinschränken, wirksam begegnet werden.

Wichtig: Voraussetzung ist, dass Sie bei der Behandlung alle ärztlichen Anweisungen sorgfältig befolgen und bei der Behandlung aktiv und eigenverantwortlich mitarbeiten.

Im übernächsten Kapitel, in dem es um die Behandlung der rheumatoiden Arthritis geht, werden wir hierauf genauer eingehen. Doch bevor wir uns den Therapiemöglichkeiten zuwenden, wollen wir im nächsten Kapitel zunächst erläutern, wie die rheumatoide Arthritis zuverlässig festgestellt werden. Denn ohne klare Diagnose macht auch die beste Behandlung keinen Sinn.

WIE WIRD DIE RHEUMATOIDE ARTHRITIS FESTGESTELLT?

Gesicherte Diagnose grundlegend für Behandlungserfolg

Eine Behandlung kann nur dann erfolgversprechend sein, wenn sie bei genau der Krankheit angewendet wird, für die sie auch gedacht beziehungsweise zugelassen ist. Insofern ist die gesicherte Feststellung einer Erkrankung ausgesprochen grundlegend für jede Therapie. Dies gilt erst recht bei der rheumatoiden Arthritis. Denn ihre Beschwerden sind gerade in früheren Stadien nicht immer eindeutig zuzuordnen. So können sie zum Beispiel auch im Rahmen anderer entzündlicher oder nicht entzündlicher Gelenkerkrankungen, wie Arthrose (Gelenkverschleiß) oder Gicht, auftreten. Entsprechend zählt das Vorliegen einer hinreichend gesicherten Diagnose zu den unbedingten Voraussetzungen für eine Teilnahme am IKK Promed-Programm „Rheumatoide Arthritis“.



Diese Voraussetzung ist bei Ihnen erfüllt. Denn wenn Sie diese Broschüre in den Händen halten, nehmen Sie bereits an unserem speziellen Programm zur strukturierten Behandlung dieses Gelenkleidens teil. Das Diagnoseverfahren haben Sie somit schon durchlaufen. Dennoch wollen wir im Folgenden noch einmal einen kurzen zusammenfassenden Überblick über die ärztlich empfohlenen Untersuchungen zur Feststellung dieser Erkrankung geben. Denn zum einen trägt auch dies zu einem besseren Krankheitsverständnis bei. Zum anderen wird Ihnen so im Nachhinein vielleicht noch etwas klarer, warum Sie welche Untersuchung über sich ergehen lassen mussten.

Auch sind einige der Untersuchungen weiterhin von Bedeutung, so zum Beispiel zur Überwachung des Krankheitsverlaufs und zur Erfolgskontrolle Ihrer Behandlung.

Früherkennung besonders wichtig

Bei der rheumatoiden Arthritis ist eine Früherkennung besonders wichtig, da die Gelenkzerstörung in den ersten zwei Jahren dieser Erkrankung besonders stark voranschreitet. Daher gilt: Je früher die Behandlung der rheumatoiden Arthritis einsetzt, desto besser lässt sich ihr Fortschreiten und das Risiko für bleibende Gelenkschäden eindämmen. Am besten gelingt dies, wenn mit der Behandlung bereits in den ersten drei Monaten nach Krankheitsausbruch begonnen werden kann.

Erstfeststellung (Primärdiagnostik)

Die erste Anlaufstelle zur Abklärung von Gelenk-Beschwerden wird in aller Regel die Hausarztpraxis sein. Im Rahmen der dort stattfindenden sogenannten Primärdiagnostik, also der Erstfeststellung, wird zunächst die **Krankheitsgeschichte** (Anamnese) erhoben. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der **Schmerzsymptomatik**: Welche Gelenke schmerzen? – Seit wann bestehen die Schmerzen? – Bei welcher Gelegenheit treten sie auf (z. B. nachts, in Ruhe)? – Wie stark sind die Schmerzen? – Welcher Art sind die Schmerzen (z. B. stechend, brennend, drückend, ziehend)?

Bewegungseinschränkungen, wie eine rheumatypische **Morgensteife** von mindesten 60 Minuten, werden ebenfalls bei dieser Gelegenheit erfasst. Weiterhin von Interesse ist die Frage nach einem **allgemeinen Krankheitsgefühl**, unter Umständen begleitet von erhöhter Temperatur (37,5°C - 38,0°C).

Es folgt eine **körperliche Untersuchung**. Sie zielt auf den Nachweis **druckschmerzhafter und geschwollener Gelenke** sowie deren **Verteilungsmuster** ab. Außerdem geht es darum, neben der Morgensteife weitere **Bewegungseinschränkungen** festzustellen. Auch richtet sich der Blick darauf, ob, und wenn ja, in welchen Bereichen des Körpers sich das rheumatische Krankheitsgeschehen sonst noch, also **außerhalb der Gelenke**, festgesetzt hat. Ist zum Beispiel die Lunge vom rheumatischen Krankheitsgeschehen betroffen und beeinträchtigt (sog. interstitielle Lungenerkrankung)? Sind rheumabedingte Gefäßentzündungen feststellbar (rheumatoide Vaskulitis)? Oder liegen schon Rheumaknoten vor? Im Zusammenhang mit diesen Erscheinungsformen, die die nicht-knöchernen Strukturen des Körpers betreffen, spricht man auch von **Weichteilrheumatismus**. Hierzu zählen ebenso die durch rheumatoide Arthritis ausgelösten Schäden und Beschwerden zum Beispiel an Sehnen, Bändern und Muskeln.

Außerdem können bestimmte Blutwerte im Rahmen einer **Laboruntersuchung** zusätzliche und untermauernde Hinweise auf das Vorliegen einer rheumatoiden Arthritis liefern. Hierzu zählen zum Beispiel die **Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)** und das **C-reaktive Protein (CRP)**. Sind die Werte hierfür erhöht, deutet dies auf eine Entzündung im Körper hin. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass es für eine Entzündung im Körper auch zahlreiche andere Krankheitsursachen geben kann.

Der sog. **Rheumafaktor (RF)** weist ebenfalls keineswegs so eindeutig in die Richtung einer rheumatoiden Arthritis, wie der Name es zunächst vermuten lässt. Denn nicht alle Rheuma-Kranke sind „rheumafaktorpositiv“. Außerdem kann dieser Faktor auch bei anderen Erkrankungen und fortgeschrittenem Alter erhöht sein. Aussagekräftiger ist der Nachweis bestimmter Antikörper (gegen cyclische citrullinierte Peptide). Sie werden unter der Kurzbezeichnung **„ACPA“** zusammengefasst und sind bei anderen Erkrankungen nur sehr selten auffällig. Allerdings kommen sie – wie der Rheumafaktor – nicht bei allen Rheuma-Patienten vor.

Schließlich ist im Rahmen der Erst-Feststellung eine **Röntgenuntersuchung** beider Hände und Füße vorgesehen. Sie dient zur Abklärung, ob und inwieweit bereits Schäden an den betroffenen Gelenken und angrenzenden Knochenstrukturen eingetreten sind.

Wichtig: Innerhalb von drei Monaten nach Erstdiagnose sollte eine Vorstellung bei einer Fachärztin oder einem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie erfolgen.

Im Anhang dieser Broschüre finden Sie unter „Hilfreiche Links und Adressen für Rheumapatienten/innen“ zum Auffinden von auf die Behandlung der rheumatoiden Arthritis spezialisierten Ärztinnen und Ärzten (siehe Seite 40).

In diesem Zusammenhang haben wir allerdings eine herzliche Bitte an Sie: Stimmen Sie alle Behandlungsschritte, auch das Aufsuchen einer Rheumatologin/eines Rheumatologen, vorher mit der/dem Sie betreuenden Hausärztin/Hausarzt ab.

Denn Ihm/Ihr kommt im Rahmen von IKK Promed die zentrale Rolle des Koordinators/der Koordinatorin zu. Wir werden an späterer Stelle (siehe Seite 33 f.) noch ausführlicher aufgreifen, wer Sie ärztlich betreut und wem dabei welche Rolle zugeordnet ist.



Die ACR/EULAR-Klassifikation

Die Feststellung einer rheumatoiden Arthritis ist trotz der Vielzahl der gerade beschriebenen und zur Verfügung stehenden Untersuchungen eine Herausforderung. Denn jeder hierbei erhobene Befund liefert für sich allein genommen noch keine endgültige Sicherheit. Erst das Gesamtbild, welches sich aus allen Ergebnissen zusammen ergibt, gibt Aufschluss darüber, ob eine rheumatoide Arthritis gesichert vorliegt oder nicht.

Um in diesem Sinn letzte Gewissheit zu gewinnen, bedienen sich Ärzte der sogenannten **ACR/EULAR-Klassifikation**. Dieses Klassifikationssystem wurde vom American College of Rheumatology (ACR) und der European League Against Rheumatism (EULAR) entwickelt. Seine Anwendung ist allerdings an die folgenden beiden Voraussetzungen geknüpft:

- Bei mindestens einem Prädilektionsgelenk konnte im Rahmen der vorangehend beschriebenen Untersuchungen – klinisch gesichert – eine Entzündung der Gelenkinnenhaut (Synovitis) nachgewiesen werden. Unter Prädilektionsgelenken versteht man die Gelenke, die von der rheumatoiden Arthritis bevorzugt befallen werden. Welche Gelenke dies im Einzelnen sind, wurde bereits im Abschnitt „Hauptangriffspunkt: die Gelenke“ auf Seite 7 erläutert.
- Andere Ursachen, z. B. durch Verletzung, Gelenkverschleiß oder Gicht, konnten als Erklärung für die hiermit verbundenen Beschwerden und Krankheitszeichen ausgeschlossen werden.

Das ACR/EULAR-Klassifikationssystem unterteilt die Anzeichen für eine rheumatoide Arthritis in die folgenden **vier Sparten** (Kategorien):

1. Anzahl der geschwollenen / druckschmerzhaften Gelenke;
2. Rheumatypische Laborwerte (Spezifische Laborparameter);
3. Auf eine Entzündung hindeutende Laborwerte (Unspezifische Entzündungsparameter);
4. Dauer der Beschwerden / Krankheitszeichen (Symptombdauer).

Innerhalb dieser Sparten können für die jeweiligen Anzeichen je nach ihrer Ausprägung Punkte vergeben werden, und zwar in einer Skala von „0“ bis „5“ in Kategorie I, von „0“ bis „3“ in Kategorie II sowie von „0“ bis „1“ in den Kategorien III und IV. Die Null steht für keine beziehungsweise eine zu vernachlässigende Ausprägung, während die höchste Punktzahl der jeweils stärksten Ausprägung vorbehalten ist.

Die hierbei ermittelten Höchstwerte werden zusammengerechnet. Ergibt sich dabei **eine Gesamtpunktzahl von mindestens „6“ bis maximal „10“**, gilt die Diagnose „rheumatoide Arthritis“ als hinreichend gesichert.

Wer dieses Berechnungsschema im Detail nachvollziehen möchte, kann sich im Anhang auf Seite 39 einen genauen Einblick verschaffen.

Was passiert, wenn die Diagnose gesichert vorliegt?

Wenn bei IKK-versicherten Patientinnen und Patienten eine rheumatoide Arthritis schon vorher gesichert vorlag oder nach dem hier beschriebenen Verfahren verbindlich festgestellt wurde, ist eine Teilnahme an unserem IKK Promed-Programm „Rheumatoide Arthritis“ und der in diesem Rahmen vorgesehenen strukturierten Behandlung prinzipiell gesehen möglich.

Wichtig: Ihre Ärztin / Ihr Arzt bespricht mit Ihnen eingehend, ob und inwieweit Sie von den im folgenden Kapitel beschriebenen Therapiezielen und der hieran anknüpfenden Behandlung auch wirklich profitieren können. Dabei setzt die Einschreibung in IKK Promed selbstverständlich ebenfalls voraus, dass Sie von Beginn in alle diesbezüglichen Überlegungen und Planungen mit einbezogen und damit auch einverstanden sind. Denn sonst macht das Ganze keinen Sinn. Ihre Zustimmung ist somit die wesentlichste Voraussetzung zur Teilnahme an unserem Behandlungsprogramm.

Weitere Voraussetzung zur Teilnahme an diesem Behandlungsprogramm ist: Das 18. Lebensjahr muss vollendet sein. Im Detail haben wir alle erforderlichen Voraussetzungen zur Teilnahme am Behandlungsprogramm „Rheumatoide Arthritis“ in einer gesonderten Information für Sie zusammengestellt. Sie dürfte Ihnen ebenfalls bereits ausgehändigt worden sein. Wenn das nicht Fall ist, wenden Sie sich bitte an unser IKK Promed-Team.

VORGABEN UND ZIELE DER BEHANDLUNG



Worauf kommt es bei der Behandlung an?

Wie es leider für viele chronische Erkrankungen kennzeichnend ist, haben auch Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis vor allem mit einem zu kämpfen: dem erheblichen Verlust an Lebensqualität. Nicht nur, dass teils heftige Schmerzen und Bewegungseinschränkungen zur Normalität werden – sie erschweren dadurch auch viele Dinge des alltäglichen Lebens, sei es im Job oder in der Freizeit. Die in der Einleitung dieser Broschüre geschilderte Situation mit dem beschwerlichen Umgreifen des morgendlichen Kaffeebechers ist hierfür nur ein Beispiel von vielen.

Damit sich eine Besserung dieser Umstände einstellen kann, kommt es nicht nur auf die **bestmögliche ärztliche und medikamentöse Behandlung** an.

Ganz maßgeblich ist auch: **Ihr eigenes Engagement:**

- Dies fängt damit an, dass ärztlich verordnete Maßnahmen nur dann wirken können, wenn sie konsequent von Ihnen befolgt werden. Außerdem gehört dazu die gewissenhafte Wahrnehmung aller vereinbarten Termine sowie die regelmäßige Einnahme der verschriebenen Medikamente. Schließlich ist auch ein Nachfragen beim Arzt, wenn Sie ggf. etwas nicht verstanden haben, Ihrem ureigenen Interesse und Engagement zuzurechnen.
- Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Bereitschaft, bestimmten gesundheitsfördernden Empfehlungen im Hinblick auf Ihren Lebensstil Rechnung zu tragen. Bedenken Sie dabei bitte, dass es um Ihre Lebensqualität geht. Und dass mit dem Einsatz von Medikamenten allein nicht das Optimum zur Besserung Ihres Krankheitsverlaufs erreicht werden kann. Denn das beste Arzneimittel kann nur in begrenztem Umfang seinen Nutzen entfalten, wenn bestimmte Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten seine Wirkung unterlaufen.
- Schließlich ist es von ebenso elementarer Bedeutung, dass Sie verstehen und verinnerlichen: Ich muss trotz aller Schmerzen und Bewegungseinschränkungen körperlich (wieder) aktiv werden, um meinen Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen.

Wir werden weiter unten noch ausführlich darauf zurückkommen, in welchen Bereichen genau Sie es selbst in der Hand haben, einen positiven Einfluss auf Ihr Krankheitsgeschehen zu nehmen.

Natürlich wissen wir: Vieles ist leichter gesagt als getan. Dennoch ist es wichtig, Sie zu all dem zu ermutigen, was Ihr Leiden mindern und Ihren Krankheitszustand bessern kann. Genau aus diesem Grund hat sich die Behandlung im Rahmen von IKK Promed den nachfolgenden Zielen verschrieben.

Welche Ziele verfolgt das DMP-Programm „Rheumatoide Arthritis“?

Es liegt uns am Herzen, dass Sie – trotz Ihrer Erkrankung – ein so weit wie möglich **selbstbestimmtes** Leben führen können. Dies möchten wir mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln unterstützen. Die Behandlung Ihrer rheumatoiden Arthritis im Rahmen von IKK Promed verfolgt deshalb die hier nun aufgelisteten Ziele:

- den Erhalt und die Verbesserung Ihrer gesundheitlichen Lebensqualität;
- die Steigerung Ihrer unter Umständen durch Ihre Krankheit beeinträchtigten Lebenserwartung;
- ein möglichst lang anhaltendes und vollständiges Eindämmen Ihrer Beschwerden und Symptome oder zumindest das Erreichen einer nur noch geringen Krankheitsaktivität;
- die Vermeidung von funktionseinschränkenden (strukturellen) Gelenkschäden;
- die Verbesserung der durch Ihre Krankheit beeinträchtigten körperlichen Beweglichkeit und Funktionalität;
- die angemessene Behandlung Ihrer Begleiterkrankungen;
- die Verringerung Ihrer Schmerzen.



GENAU HIER HABEN SIE ES SELBST IN DER HAND!

Auf gesunde Ernährung achten

Zunächst die gute Nachricht vorweg: Als Rheuma-Patient/in müssen Sie **keine spezielle Diät** einhalten. Auch den Versprechungen, mit denen zum Beispiel oft teure angebliche Rheuma-Wunder- oder Nahrungsergänzungsmittel daherkommen, sollten Sie mit Vorsicht genießen. Sie strapazieren nicht nur Ihren Geldbeutel, sondern es mangelt Ihnen in den allermeisten Fällen auch an dem, worauf wir im Rahmen von IKK Promed den allergrößten Wert legen: an einer gesichert nachgewiesenen Wirksamkeit!

Doch warum ist es gerade für Rheuma-Patienten/innen so wichtig, auf eine gesunde Ernährung zu achten?

Wir haben bereits erklärt, dass und warum die rheumatoide Arthritis als **Autoimmunerkrankung** gilt („Fehlsteuerung im menschlichen Abwehrsystem“, siehe Seite 7). Das Abwehrsystem richtet sich bei dieser Erkrankung gegen das körpereigene Gewebe. Folglich ist es ein wichtiger Ansatzpunkt der medikamentösen Behandlung, die (Fehl-)Wirksamkeit der körpereigenen Abwehr durch bestimmte Medikamente zu hemmen. Sie werden aufgrund dieser Abwehrhemmenden Eigenschaften auch als Immunsuppressiva bezeichnet. Wir werden auf die Behandlung mit solchen Präparaten noch an späterer Stelle genauer eingehen (siehe Seite 19 ff.). Allerdings kann das Immunsystem dann auch seiner eigentlichen Aufgabe, nämlich der Bekämpfung äußerer „Feinde“, nur noch in abgeschwächtem Maße nachkommen. Aufgrund dessen sind die Abwehrkräfte von in dieser Form behandelten Rheumapatienten/innen nicht ganz so schlagkräftig wie bei gesunden Menschen gleichen Alters.

Eine gesunde Ernährung mit einer ausreichenden und ausgewogenen Versorgung zum Beispiel an **Vitaminen**, wie A, C, D und B-Vitamine, und **Spurenelementen**, so zum Beispiel Eisen, wirkt dem entgegen und **stärkt die erwünschte Wirkung des Immunsystems**. Das bedeutet aber nicht, dass Sie diesen Bedarf nun über Multivitamin-Präparate oder entsprechende Nahrungsergänzungsmittel decken müssten.

Ganz im Gegenteil, dass kann unter Umständen sogar zu einer schädlichen Überversorgung führen. Wenn Sie aber zum Beispiel den Ratschlägen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) folgen, ist eine ausreichende Versorgung mit allen lebenswichtigen Stoffen in der Regel auch über die normale Nahrungsaufnahme gewährleistet. Den Adresseintrag für die DGE finden Sie im Anhang dieser Broschüre unter „Hilfreiche Links und Adressen für Rheumapatienten/innen“ (siehe Seite 40).

Darüber hinaus gilt es für Rheumapatienten dennoch, einige Besonderheiten zu beachten. So sollten Sie nicht zu viel **Arachidonsäure** über die Nahrung aufnehmen. Sie zählt zu den ungesättigten Fettsäuren und kommt hauptsächlich in tierischen Lebensmitteln vor. Größere Mengen sind vor allem in Fleisch, fettreichen Milch- und Käseprodukten, wie Camembert mit 45% i. Tr., tierischen Fetten, wie Butter, und Innereien enthalten. Hier sollten Sie also Maß halten, denn Arachidonsäure ist an der Bildung von bestimmten Entzündungsmediatoren (Prostaglandine und Leukotriene) beteiligt. Sie spielen bei entzündlichen Prozessen im Körper eine wichtige Rolle (siehe unter „Die sogenannte ‚Entzündungskaskade‘“ auf Seite 6).

Es gibt aber auch ungesättigte Fettsäuren, die das Gegenteil bewirken, also über entzündungshemmende Eigenschaften verfügen. Hierzu zählt zum Beispiel die **Eicosapentaensäure**. Sie findet sich zum Beispiel in fetten Seefischen, wie Lachs oder atlantischer Hering. Klinische Tests scheinen dafür zu sprechen, dass eine erhöhte Aufnahme von Eicosapentaensäure zu leichten Verbesserungen der Anzahl geschwollener Gelenke und der Schmerzstärke führen kann.

Wichtig: Die vorangehenden Ausführungen sollen Ihr Bewusstsein für die besondere Wichtigkeit einer gesunden Ernährungsweise bei rheumatoider Arthritis schärfen. Im Rahmen der im Behandlungsprogramm vorgesehenen Patientenschulung erhalten Sie weitere wichtige Informationen hierzu.

Übergewicht und viszerales Bauchfett abbauen

Bei der Frage, wie man rheumatologisch entzündeten Gelenken – in Eigenverantwortung – Entlastung verschaffen kann, spielt natürlich ebenso das Thema „Abbau von Übergewicht“ eine Rolle. Stellen Sie sich vor, welche Last ein so vergleichsweise zartes und zerbrechliches Gelenk, wie das Knie, tagtäglich tragen muss. Und führen Sie sich nun vor Augen, was passiert, wenn in einem so stark beanspruchten Gelenk auch noch eine rheuma-bedingte Entzündung wütet. Vor diesem Hintergrund braucht es sicher nicht mehr vieler Worte, um zu erklären, warum Übergewicht bei rheumatoider Arthritis unbedingt abgebaut werden sollte.

Ob Sie übergewichtig sind, können Sie leicht selbst feststellen. Hierzu müssen Sie lediglich Ihren so genannten **Körpermassenindex** (englisch: Body-Mass-Index, als Kürzel „BMI“) bestimmen. Der BMI berechnet sich nach folgender Formel:

Der BMI wird berechnet aus dem Körpergewicht (in Kilogramm) geteilt durch die Körpergröße (in Metern) zum Quadrat. Die Einheit des BMI ist demnach kg/m^2 .

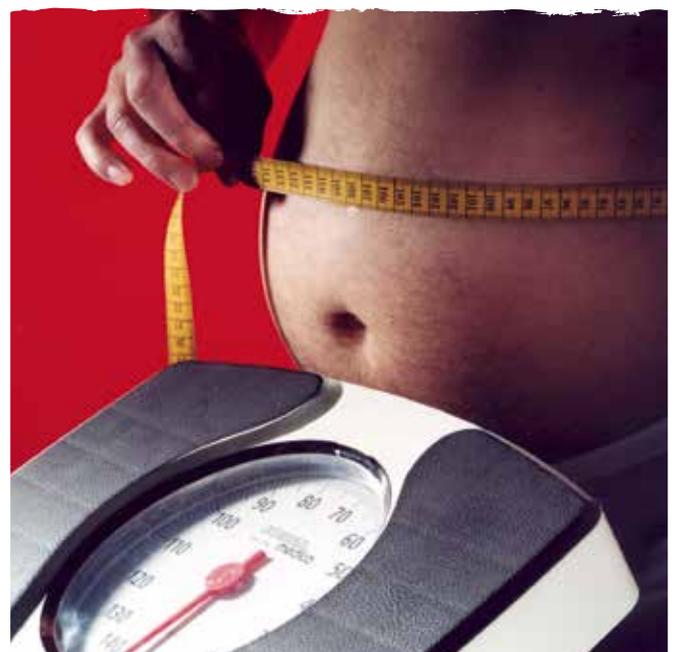
Beispiel: Ein Mann ist 87 kg schwer und 1,77 m groß. Sein Body-Mass-Index errechnet sich wie folgt:

$$\frac{87 \text{ kg}}{1,78 \text{ m} \times 1,78 \text{ m}} = 27,46 \text{ kg}/\text{m}^2$$

Als normales Körpergewicht gelten BMI-Werte zwischen 20 und 25 kg/m^2 . Übergewicht beginnt mit Werten über 25 kg/m^2 . Diese Einteilung kommt unabhängig vom Geschlecht zur Anwendung. Der Mann aus dem oben genannten Beispiel bewegt sich also bereits deutlich im übergewichtigen Bereich. Auch die Frage, wo und in welcher Form sich die überschüssigen Pfunde im Körper ansammeln, ist von Belang. Als problematisch erweisen sich vor allem die Fettpolster im Bauchbereich. Mediziner sprechen in diesem Zusammenhang von **viszeralem Bauchfett**.

Hintergrund ist: Seine Fettzellen sind ausgesprochen stoffwechselaktiv und schütten unter anderem entzündungsfördernde Botenstoffe (z. B. das zu den Zytokinen zählende Interleukin-6) aus. Dies wirkt sich zum einen nachteilig auf das bei Rheuma bereits stark aktivierte Entzündungsgeschehen aus (siehe unter „Die sogenannte ‚Entzündungskaskade‘“ auf Seite 6). Zum anderen kurbelt es auch die Produktion des C-reaktiven Proteins in der Leber an. Erhöhte CRP-Werte wiederum spielen nicht nur bei der Diagnostik von rheumatoider Arthritis eine Rolle (siehe Seite 9), sondern sind unter anderem auch eng mit der Entstehung der Arteriosklerose verknüpft. Durch ein Zuviel an viszeralem Bauchfett erfährt das bei Rheumapatienten/innen ohnehin schon erhöhte Risiko für eine Schädigung der Blutgefäße durch Arterienverkalkung (siehe Seite 8) also eine zusätzliche Begünstigung.

Einen aussagekräftigen Anhaltspunkt für ein Zuviel an diesem Fett liefert der Bauchumfang. Gemessen wird er mittig zwischen Rippenbogen und Beckenkamm. Den Rippenbogen ertasten Sie im oberen Tailenbereich dort, wo der Brustkorb endet. Etwa eine Hand breit darunter beginnt der Beckenknochen. Er steht an dieser Stelle etwas vor und lässt sich daher gut erfühlen.



Die Messung des Bauchumfangs mittig zwischen Rippenbogen und Beckenkamm

Wichtig: Für Männer (jeder Körpergröße) gilt derzeit ein Bauchumfang ab 102 cm, für Frauen ab 88 cm als kritisch.

Neben den bereits genannten nachteiligen Auswirkungen birgt „bauchbetontes Übergewicht“ noch weitere Gesundheitsrisiken. Denn es fördert die gleichzeitige Ausprägung eines gefährlichen Quartetts: erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck, Diabetes Typ 2 und Übergewicht. Die Medizin bezeichnet dieses Zusammentreffen als **Metabolisches Syndrom**. Es gilt als Hochrisikofaktor für Herz-Kreislauferkrankungen wie zum Beispiel Herzinfarkt und Schlaganfall.

Für Rheumapatienten/innen ist dies von besonderer Bedeutung. Denn Herz-Kreislauferkrankungen und Diabetes mellitus gehören zu den häufig vorkommenden Begleiterkrankungen bei rheumatoider Arthritis. Im Rahmen von IKK Promed kommt ihrer Behandlung daher ebenfalls ein hoher Stellenwert zu, so dass wir der Bekämpfung dieser zusätzlichen Gesundheitsgefahren einen eigenen Abschnitt gewidmet haben (siehe unter „Besonders häufig vorkommende Begleiterkrankungen“, auf Seite 29).

Bleibt die Frage, was Sie tun können, wenn Sie bei einer Überprüfung nach den hier vorgestellten Verfahren feststellen, dass Sie übergewichtig sind und einen „kritischen“ Bauchumfang haben. Einen wichtigen Schlüssel zur Beantwortung dieser Frage liefert unser Appell, auf gesunde Ernährung zu achten – selbstverständlich unter Beachtung einiger weniger bereits genannter rheumabedingter Besonderheiten (siehe oben). Ein weiterer Schlüssel zur Verringerung von Gewicht und Bauchumfang besteht in der Steigerung Ihrer körperlichen Aktivität und Bewegung. Auch diesem Thema haben wir aufgrund seiner Wichtigkeit für Rheuma-Patienten/innen – gleich im Anschluss – einen eigenen Abschnitt gewidmet.

Körperlich aktiv werden

Regelmäßige körperliche Bewegung ist ebenfalls ein wichtiger Bestandteil dessen, wo Sie es selbst in der Hand haben, Ihren Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Dies kann bis hin zu sportlicher Betätigung reichen. Das ist aber kein Muss. Hauptsache ist, dass Sie überhaupt aktiv werden.

Warum sind regelmäßige Bewegung bis hin zu einem gezielten körperlichen Training so wichtig?

Es gibt ein ganzes Bündel an Effekten, das sich beim regelmäßigen körperlichen Aktivwerden positiv auswirkt:

- Die Beweglichkeit, gerade auch die der Gelenke, verbessert sich. Sie kennen diesen Effekt bereits, wenn sich im Laufe der Tagesaktivitäten zum Beispiel Ihre Morgensteife verliert.
- Muskeln, Bänder und Sehnen können – z. B. bei einem speziellen Aufbaustraining – gestärkt werden. Dies entlastet Gelenke und Knochen.
- Regelmäßige körperliche Bewegung kurbelt den Stoffwechsel an und steigert den Kalorienverbrauch. Das kommt dem Abbau von Übergewicht zugute. Auch kann es wesentlich dazu beitragen, das Gewicht zu halten.
- Bestimmte Bewegungsarten, vor allem die, die auf eine Steigerung der körperlichen Ausdauer ausgerichtet sind, trainieren Herz, Kreislauf und die Elastizität der Gefäße.
- Regelmäßige körperliche Betätigung – vor allem an der frischen Luft – wirkt sich kurz- wie langfristig positiv auf das Immunsystem aus.
- Ein aktiver Lebensstil mit Bewegung und/oder Sport hebt die Stimmung. Dies ist gerade bei einer chronischen Erkrankung ein nicht zu vernachlässigender Vorteil.

Allerdings ist es mehr als verständlich, dass Sie aufgrund Ihrer Beschwerden zunächst verunsichert sind und sich fragen: Wie soll das gehen? Welche Aktivität ist die richtige für mich? Und in welchem Umfang kann beziehungsweise soll ich mich belasten? Das wissen wir, Ihre IKK, natürlich auch. Deshalb werden Sie im Rahmen des von IKK Promed verfolgten Behandlungsansatzes nicht einfach „ins kalte Wasser“ geworfen. Vielmehr wird der behandelnde Arzt beziehungsweise die behandelnde Ärztin gemeinsam mit Ihnen geeignete Maßnahmen für Ihr körperliches Training abstimmen. Dabei berücksichtigt er/sie selbstverständlich zum Beispiel

- Ihre aktuellen Beschwerden; dies gilt besonders, wenn sich Ihr Zustand (z. B. schmerzbedingt) im Rahmen eines akuten Schubs verschlechtert;
- die unter Umständen bereits vorhandenen funktionalen Beeinträchtigungen Ihres Bewegungsapparates;
- Ihre Begleiterkrankungen;
- Ihre Alltagsumstände;
- Ihre Vorlieben, Wünsche und Ziele beim angestrebten körperlichen Training sowie
- Ihre individuelle Belastbarkeit, Fitness und Motivation.

Außerdem hat die Deutsche Rheumaliga auf ihrer Webseite unter „Infothek/Publikationen“ eine Reihe hilfreicher Anregungen für auf Rheumapatienten zugeschnittene Bewegungsübungen zusammengestellt. Den entsprechenden Adresseintrag finden Sie im Anhang unter „Hilfreiche Links und Adressen für Rheumapatienten/innen“ auf Seite 40.

Wenn Sie sich mit sportlichen Betätigungen nicht anfreunden können, bietet auch der Alltag genügend Möglichkeiten, ein gewisses Maß an Bewegung einzubauen. Dies kann bedeuten, zum Beispiel

- die Treppe einem Aufzug vorzuziehen,
- spazieren zu gehen – durchaus mit kleinen Gehstrecken beginnend, dafür aber regelmäßig,
- vielleicht mal das Fahrrad für eine Erledigung oder einen kleineren Einkauf zu benutzen,
- beim Fernsehgucken die Werbepausen zum Aufstehen, kurzem Umhergehen oder Recken und Strecken zu nutzen.

Übrigens: Häufig wird die rheumatoide Arthritis von Erschöpfungszuständen begleitet. Bei einem ständigen Auftreten bezeichnet man diese Zustände auch als sogenanntes Fatigue-Syndrom. Selbst in solchen Fällen kann sich eine Steigerung der körperlichen Aktivität günstig auf Ihre Beschwerden auswirken.

Mit dem Rauchen aufhören

Der Appell, mit dem Rauchen aufzuhören, zählt zum Standard-Repertoire von Gesundheits-Ratgebern oder Broschüren, die sich mit der Behandlung von Krankheiten beschäftigen. Dies ist nicht verwunderlich. Denn man kennt mittlerweile mehr als 90 gesundheitsgefährdende Schadstoffe, die in Tabakrauch enthalten sind. Sie nehmen – gesichert oder mutmaßlich – entweder einen verändernden Einfluss auf das Erbgut des Organismus oder wirken krebserregend. Trotzdem unterliegt dieser Appell, mag er medizinisch gesehen noch so sinnvoll sein, gewissen Abnutzungserscheinungen – eben, weil man ihn so häufig liest.

Beispiele für in Tabakrauch enthaltene Schadstoffe und seine Wirkung:

- Stickstoffoxide,
- Wasserstoffcyanide,
- Kadmium,
- Zink,
- Kohlenstoffdisulfide,
- flüchtige Aldehyde,
- Stickstoffoxide,
- Benzole,
- N-Nitrosamine,
- Vinylchlorid,
- polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe,
- Polonium – 210,
- Cadmium,
- Blei,
- Nickel,
- Chrom,
- Aluminium

Das Zigarettenrauchen verursacht in der Bundesrepublik jährlich mehr Todesfälle als AIDS, Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Suizide zusammengenommen. Die Rate in Zusammenhang mit Tabakkonsum stehenden Todesfällen liegt auch bedeutend höher als die alkohol- oder drogenbedingte Sterblichkeit. Raucherinnen und Raucher leben durchschnittlich 10 Jahre kürzer als Nichtraucherinnen und -raucher.

(Quelle: S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“)



Dennoch verdient der Ratschlag, dem Tabakkonsum besser zu entsagen, im Zusammenhang mit der Behandlung der rheumatoiden Arthritis besondere Aufmerksamkeit. Denn es gibt Studien, die zeigen, dass rauchende Rheuma-Patienten/innen mehr und auch stärkere Medikamente benötigen. Speziell wurde dies für Medikamente nachgewiesen, die im Rahmen der Basistherapie (siehe Seite 19) zum Einsatz kommen. Dies führt insgesamt gesehen zu einem ungünstigeren Krankheitsverlauf als bei nicht-rauchenden Rheuma-Patienten/innen.

Außerdem birgt regelmäßiger Tabakkonsum bestimmte Gesundheitsgefahren, die häufig bei Rheuma auftretenden Begleiterkrankungen zusätzlichen Vorschub leisten. So stellt Rauchen einen wesentlichen Risikofaktor für die Entstehung der Arterienverkalkung dar. Auch das Auftreten von Lungenerkrankungen, wie COPD und im schlechtesten Fall Lungenkrebs, werden in nicht unerheblichen Maß auf regelmäßigen Tabakkonsum zurückgeführt. Dies ist für rauchende Rheuma-Patienten/innen insofern von Belang, da bei Ihnen – wie bereits erwähnt – ohnehin schon eine rheumatisch bedingte Beeinträchtigung der Lunge droht.

Es gibt also für rauchende Rheuma-Patienten/innen genügend Gründe, um ernsthaft über den dauerhaften Verzicht aufs Rauchen nachzudenken. Trotzdem fällt die Umsetzung dieses Vorhabens vielen schwer.

Warum? Nun, der Umstand, dass viele Raucher/innen um die Gesundheitsrisiken des Tabakkonsums durchaus wissen und trotzdem weiterrauchen, kann ein typisches Merkmal einer stoffbedingten Abhängigkeit sein. Diesen Gesichtspunkt sollte man ernst nehmen und sich an dieser Stelle fragen beziehungsweise eingestehen: Ist es nicht besser, bei der Rauchentwöhnung Hilfe von außen in Anspruch zu nehmen?

Dies macht aus einer ganzen Reihe von Gründen Sinn. Denn im Rahmen fachlicher Hilfsangebote steht heute eine ganze Reihe an Möglichkeiten zur Verfügung, die ihre Wirksamkeit erwiesen haben. Einen sehr empfehlenswerten Einstieg in dieses Thema bietet das **Rauchfrei-Ausstiegsprogramm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**. Den entsprechenden Adresseintrag finden Sie im Anhang unter „Hilfreiche Links und Adressen für Rheumapatienten/innen“ auf Seite 41.

DIE BEHANDLUNG MIT MEDIKAMENTEN

Die tragende Säule der medikamentösen Rheuma-Behandlung bilden die sogenannten **DMARDs**. Ihren Einsatz bezeichnet man daher auch als **Basistherapie**. DMARD ist das Kürzel der englischen Bezeichnung „**D**isease-**m**odifying **a**nti-**r**heumatic **d**rugs“. Übersetzt heißt dies: Krankheitsverändernde antirheumatische Medikamente.

Es mag den Laien verwundern, dass hier der Gesichtspunkt der „Krankheitsveränderung“ so ausdrücklich Eingang in die Namensgebung gefunden hat. Denn eigentlich erwartet man ja von jedem Arzneimittel eine krankheitsverändernde Wirkung.

Sinn macht dies allerdings, da es neben den DMARDs auch die **Steroidalen Antirheumatika** (Glukokortikoide, auch als „Kortison“ geläufig, siehe Seite 23) und die **Nichtsteroidalen Antirheumatika** (siehe Seite 24) gibt. Sie wirken zwar entzündungshemmend und/oder schmerzlindernd, greifen aber – im Gegensatz zu den DMARDs – nicht langfristig verändernd in den eigentlichen Krankheitsverlauf der rheumatoiden Arthritis ein. Deshalb kommen sie lediglich als Begleitmedikation zum Einsatz.

Wichtig: Die krankheitsverändernde Therapie sollte unmittelbar nach der Feststellung der rheumatoiden Arthritis begonnen werden.

Denn es ist belegt, dass sich ein früher Behandlungsbeginn günstig auswirkt auf:

- das Ausmaß der Gelenkzerstörungen (radiologische Progression),
- den Erhalt und die Wiederherstellung der durch das fortschreitende rheumatische Krankheitsgeschehen bedrohten beziehungsweise bereits eingeschränkten Funktionalität z. B. des Bewegungsapparates und/oder anderer Organe,
- das Erreichen eines anhaltenden Stillstands der Krankheitsaktivität inklusive der hiermit verbundenen Beschwerden,
- die Verlängerung der unter Umständen durch die rheumatoide Arthritis verkürzten Lebenserwartung.

Selbstverständlich bemessen sich die in diesem Sinn anstehenden und nachfolgend im Detail beschriebenen Therapieentscheidungen an der Krankheitsaktivität der rheumatoiden Arthritis. Dies gilt gleichermaßen im Hinblick auf das Ausmaß bereits eingetretener Schäden zum Beispiel an den Gelenk- und angrenzenden Knochenstrukturen. Es ist aber im Rahmen von IKK Promed ebenso wichtig und erwünscht, dass auch Begleiterkrankungen und Sicherheitsaspekte Berücksichtigung finden. Der Behandlung von Begleiterkrankungen ist ein eigener Abschnitt gewidmet (siehe Seite 29 ff.).

Die Basistherapie mit DMARDs

Welche Arten von DMARDs kommen zum Einsatz?

Unter der Bezeichnung DMARDs sind sehr unterschiedliche Wirkstoffe zusammengefasst. Jeder von ihnen ist durch einen besonderen Wirkmechanismus gekennzeichnet. Dies hier im Detail darzustellen, würde den Rahmen dieser Broschüre sprengen. Letztlich verfolgen aber alle DMARDs insofern den gleichen Wirkansatz, indem sie bestimmte Signalübertragungswege der Entzündungskaskade stören. Wir haben die Abläufe der Entzündungskaskade bereits an früherer Stelle veranschaulicht, hier auch ihre enge Anbindung an unser Immunsystem (siehe Seite 6). Insofern verwundert es nicht, dass sich alle DMARDs mehr oder weniger stark auf unser Abwehrsystem auswirken. Im Hinblick auf diesen Effekt, den man in der Fachsprache „Modulation“ nennt, werden DMARDs ebenso als „Immunsuppressiva“ bezeichnet.

Eine weitere Gemeinsamkeit der DMARDs besteht darin, dass ihre Anwendung etwas Geduld erfordert. Sie wirken nämlich nicht sofort, sondern benötigen eine gewisse Anlaufzeit. Diese kann je nach verabreichtem Wirkstoff einige Wochen oder sogar Monate in Anspruch nehmen kann. Dies ist ein weiteres Argument dafür, dass der Einstieg in die krankheitsverändernde Therapie mit DMARDs so schnell wie möglich nach der gesicherten Diagnose der rheumatoiden Arthritis erfolgen sollte.

Man unterteilt die DMARDs in drei Gruppen:

- herkömmliche, in chemischer Synthese hergestellte DMARDs (engl. **conventional synthetic DMARDs**, kurz: „**csDMARDs**“)
- zielgerichtete, in chemischer Synthese hergestellte DMARDs (engl. **target synthetic DMARDs**, kurz: „**tsDMARDs**“)
- biotechnisch hergestellte DMARDs (engl. „**biological DMARDs**“, kurz „**bdDMARDs**“)

Der prominenteste Vertreter aus der Gruppe der **csDMARDs** ist **Methotrexat**. Er kommt weltweit am häufigsten bei der Behandlung der rheumatoiden Arthritis zum Einsatz. Insofern handelt es sich hierbei um einen **sehr bewährten Wirkstoff**, weshalb er auch zum **Einstieg in die DMARD-Therapie** empfohlen wird.

Nun werden einige von Ihnen vielleicht im Rahmen eigener (Online-)Recherchen schnell herausfinden, dass Methotrexat ursprünglich ein Krebsbehandlungsmittel ist, welches im Rahmen bestimmter Chemotherapien Verwendung findet. So etwas schürt natürlich Vorbehalte und Ängste. Doch hier können wir Ihren Bedenken folgendes entgegenhalten: Bei rheumatischen Erkrankungen kommt Methotrexat in einer **viel niedrigeren Dosis** (beim Start 15 mg) zur Anwendung – und das auch nicht täglich, sondern **nur einmal die Woche**. Die Verabreichung kann dabei in Tablettenform erfolgen, oder der Wirkstoff wird unter die Haut (subkutan, Höchstdosis 25 mg) gespritzt.

Dennoch besteht – wie letztlich bei jedem Medikament – ein Risiko für Nebenwirkungen. Hierzu gehört zum Beispiel – wie mehr oder weniger bei allen DMARDs – eine **erhöhte Infektanfälligkeit**. Sie ist eine unmittelbare Folge der immunsuppressiven Effekte, die von diesen Wirkstoffen ausgeht (siehe oben „Immunsuppressiva“). Aus diesem Grund wird **vor!** Einsatz von DMARDs generell eine **Überprüfung Ihres Schutzimpfstatus** empfohlen (siehe Seite 26). Ihre Ärztin beziehungsweise Ihr Arzt wird daher gerade zu Beginn der Therapie ein verstärktes Auge auf die unerwünschten, aber selbstverständlich auch auf die erwünschten Wirkungen des jeweils verordneten Präparats haben.

Eine Besonderheit von Methotrexat ist die Hemmung eines Enzyms, welches zur Verwertung der Folsäure im Körper gebraucht wird. Deshalb wird bei der Methotrexat-Behandlung zum Ausgleich die **zusätzliche Gabe von Folsäure** (Folsäure-Substitution) empfohlen. Denn sie spielt eine wichtige Rolle bei der Zellteilung und Blutbildung und ist deshalb für den Körper unentbehrlich.

Wenn Unverträglichkeiten eine weitere Anwendung von Methotrexat verbieten oder Gegenanzeigen eine solche von vornherein ausschließen, stehen mit **Leflumonid** oder **Sulfasalazin** alternative Wirkstoffe aus der Gruppe der csDMARDs zur Verfügung. Gegenanzeigen bei Methotrexat sind zum Beispiel: eine Nierenschwäche, eine zeitnah geplante oder bestehende Schwangerschaft, eine Knochenmarkserkrankung oder eine schwere Leberfunktionsstörung.

Wichtig: Wenn Ihnen mögliche Gegenanzeigen oder früher aufgetretene Medikamenten-Unverträglichkeiten bekannt sind, sprechen Sie dies bitte rechtzeitig vor Einstieg in die DMARD-Therapie bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt an.



Auch wenn es sich – wie oben bereits erwähnt – zum Beispiel bei Methotrexat um ein bewährtes Antirheumatikum handelt, sprechen nicht alle Betroffenen in gewünschtem Maß auf die Behandlung mit csDMARDs an. In diesen Fällen bietet sich als zusätzliche oder alternative Möglichkeit der Einsatz von **bDMARDs** an. In dieser Gruppe werden Wirkstoffe zusammengefasst, die biotechnologisch hergestellt werden. Man nennt sie deshalb auch **Biologika**. Sie **hemmen** zum Beispiel bestimmte **entzündungsfördernde Botenstoffe**, wie etwa den **Tumornekrose-Faktor alpha**, kurz TNF alpha. Entsprechend bilden die sogenannten TNF-Blocker (z. B. Adalimumab, Certolizumab, Etanercept, Golimumab, Infliximab) eine größere Untergruppe bei den bDMARDs. Daneben gibt es aber auch Wirkstoffe, die bestimmte für das Entzündungsgeschehen wichtige **Immunzellen** (z. B. Abatacept, Rituximab) oder **Rezeptoren** (z. B. Tocilizumab) **blockieren**.

Die Anlaufzeit bis zur vollen Wirkentfaltung ist bei allen bDMARDs **kürzer** als bei den csDMARDs. Außerdem zeigt der Einsatz der Biologika bessere Erfolge beim **Aufhalten** der durch die rheumatoide Arthritis verursachten **Knochenzerstörungen**. Allerdings können sie nur in Form von Spritzen oder Injektionen verabreicht werden.

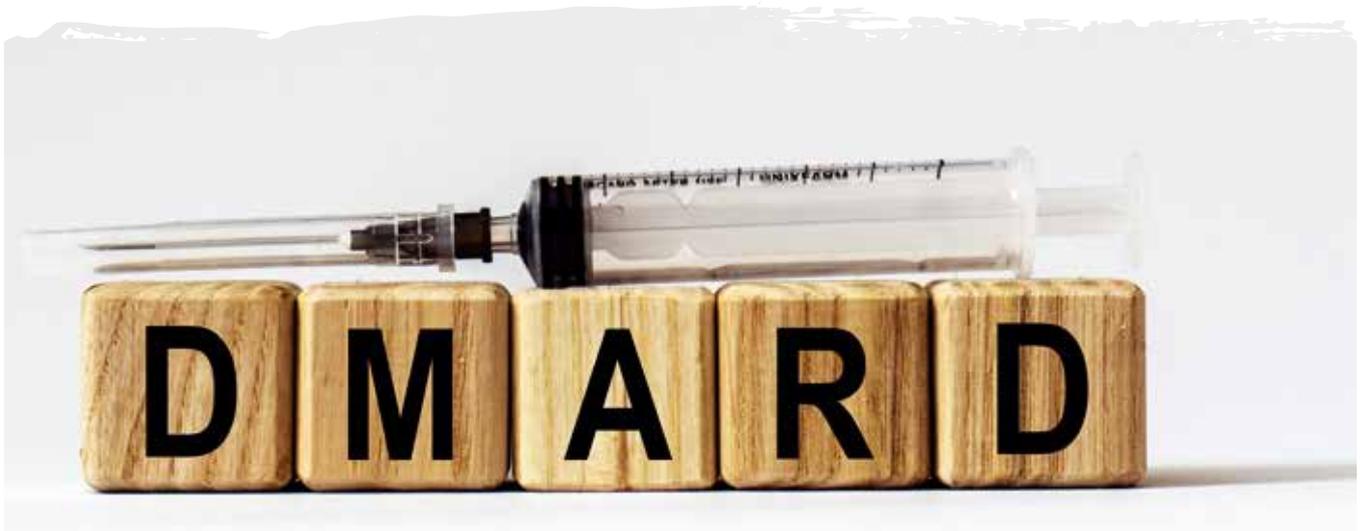
Bei den **tsDMARDs** handelt es sich um eine relativ neue Wirkstoffgruppe. Hier stehen z. B. Baricitinib und Tofatinib als sogenannte **Janus-Kinase-Hemmer** (JAK-Hemmer) zur Verfügung. Januskinasen sind Enzyme, die im Inneren von Zellen des Immunsystems an der Signalweiterleitung von entzündungsfördernden Botenstoffen beteiligt sind.

Wie der Namensteil „target“ es bereits zum Ausdruck bringt, entfaltet sich die Wirkung der tsDMARDs im Vergleich zu den csDMARDs gezielter. Die Behandlungserfolge sind ähnlich gut wie bei den Biologika. Allerdings besteht gegenüber diesen ein wesentlicher Vorteil in der Anwendung. Die JAK-Hemmer können nämlich einfach einmal täglich als Tablette eingenommen werden.

Die unterschiedlichen Stufen der DMARD-Therapie

Wie im vorangehenden Abschnitt dargestellt, steht bei Rheuma ein breites Spektrum an Wirkstoffen zur krankheitsverändernden Basis-Therapie mit DMARDs zur Verfügung. Das ist auch gut so. Denn die Behandlung der rheumatoiden Arthritis stellt trotz aller Fortschritte noch immer eine Herausforderung dar. So sind Wirkung und Verträglichkeit bei jeder Patientin beziehungsweise jedem Patienten verschieden. Auch stellt es oft eine Gradwanderung dar, die rheumabedingte Fehlsteuerung der Abwehrkräfte zu drosseln, ohne sie vollkommen lahm zu legen. Schließlich sind bei anstehenden Therapieentscheidungen ebenso die aktuelle Krankheitsaktivität, das Krankheitsstadium sowie bereits eingetretene funktionale Schäden zu berücksichtigen.

Um auf all diese Faktoren angemessen reagieren zu können, hat man ein Stufenschema entwickelt, wie man in die DMARD-Therapie einsteigen und sie dann gegebenenfalls ausweiten kann.



Therapiestufe 1 (Starttherapie)

Die erste Therapiestufe kennzeichnet den Einstieg in die Basisbehandlung mit DMARDs. Erste Mittel der Wahl sind die csDMARDs, hier ganz besonders Methotrexat. Falls dieser Wirkstoff zum Beispiel wegen der bereits oben genannten Gegenanzeigen nicht einsetzbar ist, stehen die ebenfalls bereits oben angeführten Alternativen „Leflunomid“ (Standardddosis 10 bis 20 mg täglich je nach Krankheitsaktivität) oder Sulfasalazin (Standardddosis 2000 mg täglich) zur Verfügung.

Therapiestufe 2 (erste Eskalation)

Die zweite Therapiestufe steckt den Rahmen ab für die Fälle, in denen die Starttherapie nicht zum gewünschten Ergebnis führt. Dies bedeutet: Nach spätestens 12 Wochen ist noch immer **kein Ansprechen** auf die Behandlung feststellbar. Oder es konnte nach 24 Wochen noch **keine sogenannte „Remission“** erreicht werden. Hierunter versteht man in diesem Zusammenhang das weitestgehende Nachlassen des Entzündungsgeschehens bis hin zur im besten Fall völligen Beschwerdefreiheit.

Folgende Möglichkeiten stehen in diesen Fällen zur Verfügung:

- der **Wechsel** zu einem anderen Wirkstoff aus der Gruppe der csDMARDs in Einzeltherapie oder die **Kombination** zweier unterschiedlicher Wirkstoffe aus der Gruppe der csDMARDs;
Voraussetzungen: mäßige (moderate) Krankheitsaktivität, keine für die Behandlungsaussichten ungünstigen Umstände (Prognosefaktoren);
- **(Erst-)Einsatz** eines Wirkstoffs aus der Gruppe der bDMARDs – oder tsDMARDs – wenn möglich, allerdings immer in **Kombination** mit Methotrexat;
Voraussetzungen: hohe Krankheitsaktivität, ungünstige Prognosefaktoren (z. B. Rauchen, Nachweis Rheumafaktor), unzureichendes Ansprechen auf die oben genannte Kombination zweier Wirkstoffe aus der Gruppe der csDMARDs.

Therapiestufe 3 (zweite Eskalation)

Die dritte Therapiestufe kommt zur Anwendung, wenn auch der oben beschriebene (Erst-)Einsatz von bDMARDs oder tsDMARDs zunächst nicht zum gewünschten Erfolg führt oder von Unverträglichkeiten begleitet wird. Es gibt dann folgende Wechseloptionen:

- bei erfolglosem (Erst-)Einsatz eines bDMARDs: Wechsel zu einem anderen bDMARD mit gleichem oder anderem Wirkprinzip oder zu einem tsDMARD. Ein nochmaliger Wechsel ohne Änderung des Wirkprinzips ist nicht sinnvoll.
- bei erfolglosem (Erst-)Einsatz eines tsDMARDs: Umstieg auf ein bDMARD.

Wichtig: Die beiden hier beschriebenen „Eskalationen“ (singemäß etwa „Ausweitungen“) der Starttherapie sind für den medizinischen Laien ohne Frage „schwere Kost“ und nicht leicht nachzuvollziehen. Deshalb weisen wir hier ausdrücklich darauf hin, dass die zweite und dritte Therapiestufe in die Hände von Fachärztinnen beziehungsweise Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie gehört. Diese sind auf diesen Anwendungsbereich spezialisiert. Sie werden alle Therapieentscheidungen mit Ihnen gemeinsam fällen und Ihnen diese selbstverständlich vorher auch erläutern.

„Herunterfahren“ der DMARD-Therapie

In den vorangehenden Abschnitten haben wir beschrieben, dass bei Ausbleiben eines Erfolgs zu Beginn der DMARD-Therapie nicht gleich alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Vielmehr gibt es eine ganze Reihe an Optionen, die Anwendung der DMARDs zu variieren und auszuweiten. Das zu wissen, ist für den Fall der Fälle sicher zunächst einmal beruhigend. Dennoch besteht unser Hauptbestreben im Rahmen von IKK Promed natürlich unverändert darin, die eingangs dieses Kapitels formulierten Behandlungsziele (siehe unter „Welche Ziele verfolgt das DMP-Programm ‚Rheumatoide Arthritis‘?“ auf Seite 13) zu erreichen. Ein Ziel sticht dabei besonders hervor:

„ein möglichst langanhaltendes und vollständiges Eindämmen Ihrer Beschwerden und Symptome oder zumindest das Erreichen einer nur noch geringen Krankheitsaktivität;“

Dieses Ziel umreißt genau das, was man bei rheumatoider Arthritis als Remission bezeichnet. Wenn dies gelungen ist, kommt ein Herunterfahren (Deeskalation) der DMARD-Therapie in Betracht. Oder genauer ausgedrückt: Wenn sich der Zustand einer anhaltenden Remission unter DMARDs nach Beendigung der begleitenden Kortison-Gabe (siehe unten) über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten stabilisiert hat,

- kann die DMARD-Dosis schrittweise verringert werden, oder
- es können die Abstände zwischen zwei aufeinanderfolgenden Anwendungen (Tabletteneinnahme, Injektion oder Spritze) verlängert werden.

Dieses Vorgehen zielt darauf ab, die individuell notwendige Mindest-Dosis zum Erhalt der Remission zu finden. Das erfordert natürlich eine engmaschige Verlaufskontrolle, die – nicht anders, wie die Eskalation und Deeskalation der DMARD-Therapie – von Ihrer Rheumatologin beziehungsweise Ihrem Rheumatologen vorgenommen werden sollte. Sie oder er wird Ihnen die hier notwendige Vorgehensweise erläutern und alle hiermit im Zusammenhang stehenden Entscheidungen mit Ihnen abstimmen. Dies betrifft selbstverständlich auch den Fall, dass die Krankheitsaktivität unter der heruntergefahrenen DMARD-Therapie wieder aufflammt. Die Dosis muss dann aller Wahrscheinlichkeit nach auf den ursprünglichen Stand erhöht werden, damit eine erneute Remission gelingt.

Manchmal gelingt es sogar, eine längerfristige therapiefreie Remission zu erreichen. Das ist aber leider noch sehr selten der Fall. Dessen ungeachtet gilt dabei aber immer: **Ein abruptes Absetzen der DMARD-Therapie sollte – so oder so – in jedem Fall vermieden werden.**

Begleitmedikation

Es gibt zwei Gründe, warum die DMARD-Therapie trotz des entscheidenden Vorzugs der langfristigen Krankheitsveränderung einer Begleitmedikation bedarf: Zum einen brauchen sie, wie bereits erläutert, eine längere Anlaufzeit. Zum anderen haben sie keinen unmittelbar schmerzlindernden Effekt. Um die Anlaufzeit der DMARDs zu überbrücken, setzt man Glukokortikoide ein. Für die Schmerzlinderung greift man auf Nichtsteroidale Antirheumatika zurück.

Glukokortikoide (Steroidale Antirheumatika)

Als (synthetische) Glukokortikoide bezeichnet man künstlich hergestellte Wirkstoffe, die die Effekte des körpereigenen Steroidhormons Cortisol (deshalb auch Steroidales Antirheumatikum) und seiner Vorstufe Kortison nachahmen. Umgangssprachlich ist für diese Wirkstoffgruppe vor allem der Name „**Kortison**“ geläufig.

Glukokortikoide sind ausgesprochen **effektive und auch schnell wirkende Entzündungshemmer**. Sie sind daher ideale Kandidaten, um die längere Anlaufzeit der DMARD-Therapie zu überbrücken. Somit werden sie als Ergänzung zur Startherapie mit den csDMARD-Wirkstoffen verabreicht.



Allerdings eilt „Kortison“ beim medizinischen Laien der Ruf voraus, gefährlich und nebenwirkungsreich zu sein. Dieser Vorbehalt ist aber in dieser pauschalen Form ungerechtfertigt. Denn die meisten Nebenwirkungen treten nur auf, wenn Kortison-Präparate über einen längeren Zeitraum und in hohen Dosen eingenommen werden. Als Begleitmedikation zur DMARD-Therapie ist ihr Anwendungszeitraum aber von vornherein **auf drei bis höchstens(!) sechs Monate angelegt**. Ist aus dringenden medizinischen Gründen dennoch ein längerer Einsatz notwendig, wird die Möglichkeit zur Dosisverringerung bis hin zum Absetzen von Ihrer Ärztin beziehungsweise ihrem Arzt mit Sicherheit sorgfältig und regelmäßig überprüft.

Auch später, das heißt nach bereits erfolgtem Absetzen, kann die kurzfristige Verordnung von Glukokortikoiden erneut angezeigt sein. Dies ist dann der Fall, wenn aufgrund von Unverträglichkeit ein Wirkstoffwechsel im Rahmen der DMARD-Therapie notwendig wird oder sich zum Beispiel im Rahmen eines sogenannten Rheumaschubs die Entzündungsaktivität akut (wieder) erhöht. Auch dann sollte die Anwendungsdosis der Glukokortikoide aber möglichst niedrig sein und – sobald es von den Beschwerden her vertretbar ist – schnell wieder verringert werden.

Kortison-Präparate werden normalerweise in **Tablettenform** eingenommen. Als tägliche Startdosis kann **bis zu 30 mg Prednisolonäquivalent** verabreicht werden. Innerhalb von acht Wochen wird im Anschluss hieran eine **Verringerung der Dosis** auf 5 mg oder weniger pro Tag empfohlen.

Was bedeutet „Prednisolonäquivalent?“

Das erste Kortison-Präparat auf dem Markt war Prednison. Prednisolon als Weiterentwicklung und viele andere Folgepräparate versuchten, durch chemische Veränderungen am Wirkstoff das Risiko-Nutzen-Verhältnis von synthetisch hergestellten Glukokortikoiden zu verbessern.

Die Konsequenz ist, dass es heute zahlreiche dieser Medikamente gibt, die unterschiedliche Mengen Kortison in unterschiedlicher chemischer Zusammensetzung enthalten. Deshalb wurde der Begriff „Prednisolonäquivalent“ eingeführt. Mit ihm will man die Wirksamkeit und die Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen vergleichbar machen.

Hierfür gibt es spezielle Umrechnungstabellen, anhand derer man ablesen kann, wieviel Milligramm des einen Präparats der Grammatik eines anderen Präparats entsprechen.

Sind einzelne Gelenke besonders stark entzündet, kann es als zusätzliche Maßnahme zur DMARD-Therapie sinnvoll sein, dort hinein eine Glukokortikoid-Spritze zu setzen.

Nicht-Steroidale Antirheumatika (NSAR)

Nicht-Steroidale Antirheumatika, wie z. B. Ibuprofen oder Diclofenac, hemmen die sogenannten Prostaglandine, die zu den Entzündungsmediatoren zählen (siehe „Die sogenannte „Entzündungskaskade“ auf Seite 6). Dadurch können auch sie die gelenkschädigenden Entzündungsprozesse bis zu einem gewissen Grad eindämmen. Des Weiteren verfügen sie über eine schmerzstillende Wirkung. Da sie außerdem zum Teil rezeptfrei erhältlich sind, werden sie bei rheumatoider Arthritis sehr häufig eingenommen.

Doch Vorsicht: Auch rezeptfrei erhältliche Arzneimittel sind keineswegs frei von Nebenwirkungen. Zum Beispiel dienen die von den NSAR geblockten Prostaglandine auch dem Schutz der Magen- und Darmschleimhaut. Das Risiko für eine Magenschleimhautentzündung oder sogar für Magen- und Darmgeschwüre zählen daher zu den nicht zu unterschätzenden Komplikationen bei der Einnahme von NSAR. Deshalb sollten auch diese Medikamente in der niedrigst wirksamen Dosis so kurz wie möglich eingenommen werden.

Wichtig: Bitte nehmen Sie nie zwei verschiedene nichtsteroidale Antirheumatika gleichzeitig ein. Denn dies erhöht das oben beschriebene Nebenwirkungsrisiko noch einmal deutlich.

Bedenken Sie bitte außerdem dabei, dass NSAR, so verlockend ihre Einnahme bei rheumatoider Arthritis auch sei, **keinen(!) krankheitsverändernden Effekt** bezüglich des weiteren Verlaufs haben. Deshalb sollte sie wirklich nur im Bedarfsfall eingesetzt werden.



Maßnahmen bei Multimedikation

Wenn Sie die vorangehenden Abschnitte gelesen haben, wissen Sie bereits, dass es bei Antirheumatika auch unerwünschte, sogenannte **Nebenwirkungen** gibt. Dies ist nicht nur bei Präparaten zur Rheuma-Therapie so. Nicht umsonst gibt es im Hinblick auf Medikamente den gängigen Ausspruch: Keine Wirkung ohne Nebenwirkung.

Wenn Sie nun neben der rheumatoiden Arthritis unter weiteren Erkrankungen leiden und deshalb mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen müssen, nimmt das Risiko möglicher Nebenwirkungen zu. Mediziner sprechen in diesem Zusammenhang von **Multimedikation**. In solchen Fällen kann es auch verstärkt zu **Wechselwirkungen** zwischen den verschiedenen Präparaten kommen. Dies bedarf der regelmäßigen Überprüfung durch Ihre Ärztin beziehungsweise Ihren Arzt. Denn so können Neben- und Wechselwirkungen frühzeitig erkannt und gegebenenfalls Dosisanpassungen und Therapieänderungen vorgenommen werden. Wie wichtig das sein kann, zeigen zum Beispiel die bereits beschriebenen Therapiestufen der DMARD-Therapie (siehe Seite 22).

Die Faustregel ist: Sobald Sie **regelmäßig mindestens fünf Arzneimittel einnehmen**, wird Ihre Ärztin beziehungsweise Ihr Arzt zu Ihrem eigenen Schutz die folgenden Maßnahmen ergreifen:

- Mindestens einmal im Jahr (bei Bedarf auch öfter) wird sie/er alle von Ihnen tatsächlich eingenommenen Arzneimittel erfassen und dokumentieren. Hierbei finden auch eigenverantwortlich eingenommene Präparate im Sinne einer Selbstmedikation Berücksichtigung.
- Bei dieser Gelegenheit werden auch alle möglichen Neben- und Wechselwirkungen dieser Medikamente aufgenommen.
- Auch können und sollten die Notwendigkeiten zur weiteren Anwendung sowie die Dosis der von Ihnen eingenommenen Medikamente überprüft werden. Hieran anknüpfend können – unter Rücksprache mit anderen an der Behandlung Beteiligten – ebenfalls entsprechende Dosis- und Therapieanpassungen erfolgen.
- In bestimmten Fällen kann dies auch den gänzlichen Verzicht auf ein Medikament bedeuten. Dies wird Ihre Ärztin beziehungsweise Ihr Arzt mit Ihnen besprechen und hierbei auch Ihre eigenen Therapieziele sowie Ihre individuelle Situation mit in die Waagschale werfen.

Wichtig: Sie haben Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines jeweils aktuellen Medikamentenplans. Hierüber werden Sie im Rahmen der Arzneimittelerfassung ausdrücklich informiert.

Natürlich können nur die Arzneimittel im Rahmen der ärztlichen Kontrolle Berücksichtigung finden und im Medikamentenplan erfasst werden, von denen Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Kenntnis erlangt hat. Es ist deshalb wichtig, dass Sie ihr beziehungsweise ihm über alle tatsächlich von Ihnen eingenommenen Präparate sorgfältig Auskunft geben. Dies betrifft ebenso alle Änderungen in der weiteren Medikation, die sich zum Beispiel aus anderen Arztkonsultationen und Behandlungen ergeben.



ERGÄNZENDE MAßNAHMEN ZUR MEDIKAMENTÖSEN THERAPIE

Schutzimpfungen

Wie in den vorangehenden Abschnitten erläutert, konzentriert sich die medikamentöse Behandlung der rheumatoiden Arthritis auf Präparate, die unter anderem hemmend in unser Immunsystem eingreifen. Deshalb bezeichnet man diese Arzneimittel auch als Immunsuppressiva. Dies geht, wie ebenfalls bereits erwähnt, zu Lasten unserer körpereigenen Infektabwehr. Mit anderen Worten: Wenn Sie mit immunsuppressiven DMARDs behandelt werden, unterliegen Sie einem höheren Risiko, sich mit übertragbaren krankheits-erregenden Bakterien und Viren anzustecken, als gesunde Gleichaltrige.

Für Sie ist es daher besonders wichtig, Ihre Abwehrkräfte für die Erkennung und Bekämpfung bestimmter, besonders gefährlicher Keime zu trainieren und zu stärken. Genau dies leisten Schutzimpfungen.

Wichtig: Deshalb sollte – vor Beginn der Basistherapie – Ihr aktueller Impfstatus überprüft werden. Sie können Ihre Ärztin oder Ihren Arzt insofern dabei unterstützen, indem Sie rechtzeitig genug Ihren Impfausweis vorlegen. In ihm sind alle bisher vorgenommenen Impfungen vermerkt.

Schutzimpfungen funktionieren wie folgt: Mittels entsprechender Impfstoffe werden dem Körper bestimmte abgetötete Krankheitserreger (Totimpfstoffe) oder bestimmte Teile von Krankheitserregern (Antigene, siehe Seite 7, den Totimpfstoffen gleichgestellt) zugeführt. Sie „gaukeln“ dem Körper eine Infektion mit echten Keimen vor. Auf diese Weise werden die körpereigenen Abwehrkräfte aktiviert und in der Erkennung sowie Bekämpfung dieser Erreger trainiert. Wenn es dann zur tatsächlichen Ansteckung kommt, ist unser Immunsystem bestens vorbereitet und kann viel schneller und gezielter auf diese Eindringlinge reagieren.

Wichtig: Die Verwendung von Totimpfstoffen bei rheumatoider Arthritis gilt als unproblematisch. Verstärkte Impfreaktionen oder eine im Zusammenhang mit der Impfung stehende Zunahme der Krankheitsaktivität konnten bisher nicht beobachtet werden.

Allerdings gibt es ebenso Impfstoffe, die – in stark abgeschwächter Form – lebende Krankheitserreger enthalten. Solche sogenannte Lebendimpfstoffe sollten während einer Therapie mit Immunsuppressiva **nicht** verabreicht werden.

Maßgabe für einen ausreichenden Impfschutz ist die sogenannte Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Sie fußt auf den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (kurz: STIKO). Einen guten Überblick über diese Empfehlungen liefert die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) betriebene Seite impfen-info.de. Den entsprechenden Adresseintrag finden Sie im Anhang unter „Hilfreiche Links und Adressen für Rheumapatienten/innen“ auf Seite 41.

Heilmitteltherapie

Im Rahmen von IKK Promed sind bei rheumatoider Arthritis auch Heilmittel vorgesehen. Zum Einsatz kommen vor allem Anwendungen aus den Bereichen der **Physio- und Ergotherapie**. Hierbei handelt es sich aber immer nur um **ergänzende Maßnahmen** zur eigentlichen Basistherapie. Dennoch können diese Behandlungen bei bestimmten Beschwerden durchaus sinnvoll sein. Ihre Ärztin beziehungsweise Ihr Arzt wird mit Ihnen gemeinsam erörtern, ob und inwieweit Sie hiervon profitieren können. Wenn das Ergebnis dieser Erörterung zugunsten solcher Maßnahmen ausfällt, kann eine entsprechende ärztliche Verordnung erfolgen.

Aus **physiotherapeutischen Anwendungen** lässt sich vor allem dann ein Nutzen ziehen, wenn Sie unter den **hier genannten Krankheitsfolgen** leiden:

- Einschränkungen von Gelenkfunktionen, wie zum Beispiel Beweglichkeit und Stabilität;
- Beeinträchtigungen in den Bereichen Muskelkraft, Muskelausdauer und Koordination;
- aus diesen Einschränkungen und Beeinträchtigungen resultierende Schmerzen.

Helfen können bei solchen Beschwerden zum Beispiel:

- Krankengymnastik,
- Bewegungsbäder unter krankengymnastischer Anleitung,
- physikalische Anwendungen, wie zum Beispiel Wärme- oder Kältetherapie.

Wichtig: Maßgabe für diese Behandlungen ist, nicht anders, wie bei den anderen Therapien, die aktuelle Krankheitsaktivität. Hieran sind die jeweiligen Anwendungen immer wieder individuell anzupassen.

Von **ergotherapeutischen Maßnahmen** können Sie insbesondere dann profitieren, wenn rheumatisch bedingte **Beeinträchtigungen** Sie einschränken

- in Ihren Alltagsaktivitäten, hier vor allem in den Bereichen
- der Mobilität,
- der Selbstversorgung und
- des häuslichen Lebens.

Die Anwendung ergotherapeutischer Maßnahmen ist bei Rheuma-Patientinnen und -patienten auf das folgende **Ziel** ausgerichtet: Betroffene im Hinblick auf die **gelenkschonende Verrichtung** der oben genannten **Alltagsaktivitäten** zu beraten und anzuleiten. Dies schließt unter Umständen auch den Umgang mit gelenkschonenden Hilfsmitteln (siehe unten) mit ein.

Ein Teil der ergotherapeutischen Anwendungen zielt speziell auf die Behebung und/oder den Ausgleich krankheitsbedingter Schäden im Bereich der Bewegungsfunktionen. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von motorisch-funktioneller Behandlung. Dort kann auch die Versorgung mit ergotherapeutischen Schienen erfolgen. Ein Beispiel hierfür sind Handgelenks-Orthesen zur Vermeidung von Fehlstellungen, zur Schmerzlinderung und zur Funktionsverbesserung.

Funktionstraining

Eine weitere Möglichkeit, dafür zu sorgen, dass **Beweglichkeit, Kraft, Ausdauer und Koordination** wieder beziehungsweise besser funktionieren, bietet das sogenannte **Funktionstraining**. Hierunter versteht man Bewegungsprogramme, wie sie zum Beispiel bundesweit von der **Deutschen Rheuma-Liga** angeboten werden. Diese wurden gemeinsam mit Krankengymnastik-Experten entwickelt und sind daher besonders auf die Anforderungen und Bedürfnisse von Rheuma-Patientinnen und -Patienten ausgerichtet. Entsprechend spielt hierbei natürlich auch der Gesichtspunkt der Schmerzlinderung eine herausgehobene Rolle.

Die Übungen finden als **Warmwasser- oder Trockengymnastik** statt und werden von besonders geschulten Therapeutinnen und Therapeuten angeleitet.

Das Trainings-Prinzip lautet dabei: fördern, ohne zu überfordern. Ein Einstieg ins laufende Programm ist von daher im Allgemeinen jederzeit möglich.

Zur Teilnahme ist eine **ärztliche Verordnung** notwendig. Wenn Sie also an diesem Angebot Interesse haben, sollten Sie gemeinsam mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt besprechen, ob und inwieweit die Teilnahme an einem solchen Funktionstraining für Sie hilfreich und sinnvoll sein kann.



Vielleicht regt Ihre Ärztin oder Ihr Arzt aber auch von sich aus eine Teilnahme an. Denn das Funktionstraining, so wie es von der Rheuma-Liga angeboten wird, bietet neben den positiven körperlichen Effekten einen weiteren nicht zu unterschätzenden **Zusatznutzen: Es findet in der Gruppe statt.**

Dies bringt drei Vorteile mit sich:

- Zum einen **motiviert** das Zusammengehörigkeitsgefühl unter Gleichgesinnten zu einer regelmäßigen Teilnahme.
- Zum anderen ermöglicht der Kontakt mit „Leidensgenossen“ einen **Erfahrungsaustausch**.
- Außerdem können so auch **Geselligkeit** und das Knüpfen **neuer sozialer Kontakte** eine positive Wirkung entfalten. Denn beides kommt durch das zurückgezogene Leben von chronisch kranken Menschen oft zu kurz.

Das bedeutet: ein **Mehr an Lebensqualität** – also genau das, was wir mit unserem IKK Promed-Programm erreichen wollen. Weitere Informationen zum Funktionstraining der Rheuma-Liga erhalten Sie in der Geschäftsstelle des jeweiligen Landesverbandes der Rheuma-Liga oder direkt in einer der örtlichen Arbeitsgemeinschaften. Im Online-Portal der Rheuma-Liga sind unter Angebote/Funktionstraining/Angebote Funktionstraining alle Landesverbände verlinkt aufgelistet. Den entsprechenden Adresseintrag finden Sie im Anhang unter „Hilfreiche Links und Adressen für Rheumapatienten/innen“ auf Seite 41.

Hilfsmittel

Wenn trotz aller hier empfohlenen Behandlungsmaßnahmen rheumatische Gelenkbeschwerden bestehen bleiben, sind die Möglichkeiten für an IKK Promed teilnehmende Betroffene noch nicht ausgeschöpft. Denn es gibt über die hier vorgestellten Therapien hinaus eine ganze Palette an rheumagerechten Hilfsmitteln, so zum Beispiel

- Adaptionshilfsmittel.
- Bandagen,
- Einlagen,
- Mobilitätshilfen,
- Orthesen,
- Schuhe,
- therapeutische Bewegungsgeräte.

Alle Hilfsmittel, mit denen gesetzlich Krankenversicherte im Bedarfsfall fachgerecht versorgt werden können, sind im sogenannten „Hilfsmittelverzeichnis“ aufgelistet. Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung, dem selbstverständlich auch die Innungskrankenkassen angehören, hat eine Online-Version dieses Verzeichnisses veröffentlicht. Dort können Sie sich über die oben genannten Produkte eingehend informieren. Den entsprechenden Adresseintrag finden Sie im Anhang unter „Hilfreiche Links und Adressen für Rheumapatienten/innen“ auf Seite 41.

Unser Tipp: Wenn Sie für sich einen Bedarf an rheumagerechten Hilfsmitteln sehen, sprechen Sie am besten Ihre behandelnde Ärztin oder Ihren behandelnden Arzt beim nächsten Termin hierauf an. Sie oder er wird die Möglichkeit einer fachgerechten Versorgung mit Ihnen erörtern und den entsprechenden Einsatz ggf. verordnen oder sogar in die Wege leiten.

Bei Fragen zum Hilfsmittelverzeichnis und Ihren entsprechenden Leistungsansprüchen können Sie aber auch selbstverständlich eine unserer Mitarbeiterinnen beziehungsweise einen unserer Mitarbeiter kontaktieren. Sie oder er wird Ihnen hierzu gerne ebenfalls Auskunft geben.



DIE BEHANDLUNG VON BEGLEITERKRANKUNGEN

Es ist ohne Frage zusätzlich belastend, wenn man als Betroffene oder Betroffener eines ohnehin schon chronischen Leidens, wie der rheumatoiden Arthritis, erfahren muss: Diese Erkrankung wird von einem **hohen Risiko für zahlreiche weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen** begleitet. Man spricht in diesem Zusammenhang von sogenannten Komorbiditäten beziehungsweise – für den medizinischen Laien leichter verständlich – von Begleiterkrankungen.

Gute Erfolge bei früher Behandlung!

Doch es gibt die durchaus ermutigende Nachricht: Diese Begleiterkrankungen lassen sich heute in der Regel – wie die rheumatoide Arthritis selbst – **gut behandeln**. Dabei gilt auch hier: Je früher die Behandlung einsetzt, desto besser sind die Erfolge. Insofern macht es ausgesprochen Sinn, wenn die (Haus-)Ärztin/der (Haus-)Arzt, die/der mit der Koordination Ihrer Behandlung betraut ist, hierauf ein sorgsames Auge hat. Dies bedeutet im Detail,

- bereits bekannte oder bestehende Begleiterkrankungen sorgfältig zu erfassen und konsequent zu behandeln oder
- einem Krankheitsverdacht in dieser Richtung sofort nachzugehen, eine gesicherte Diagnose anzustreben und die entsprechende Therapie so rasch wie möglich anzuschließen.

Zahlreiche Risikofaktoren können Sie selbst beeinflussen!

Auch gibt es **zahlreiche Risikofaktoren**, die Sie **selbst beeinflussen können**, um den Ausbruch solcher Begleiterkrankungen einzudämmen oder ihren Verlauf zumindest zu „entschärfen“. Dabei können Sie zuallermeist zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen: Denn die Risikofaktoren, auf die es hier ankommt, sind nahezu identisch mit denen, die man auch bei rheumatoider Arthritis minimieren sollte.

Aufgrund ihrer Wichtigkeit seien sie an dieser Stelle noch einmal genannt – ergänzt um ebenfalls zu berücksichtigende Umstände:

- ein bewegungsarmer Lebensstil,
- Übergewicht und viszerales Bauchfett,
- Rauchen,
- Bluthochdruck,
- Diabetes mellitus (im Volksmund „Zuckerkrankheit“),
- erhöhte Blutfette (Fettstoffwechselstörung).

Nicht oder nur sehr bedingt beeinflussbar sind Risikofaktoren, wie die rheumatoide Arthritis selbst, eine hohe Krankheitsaktivität und die Einnahme bestimmter Medikamente, wie DMARDs und Glukokortikoide.

Besonders häufig vorkommende Begleiterkrankungen

Die rheumatoide Arthritis ist ein unabhängiger Risikofaktor für **Herz-Kreislauferkrankungen**. Warum das so ist, haben wir bereits im Abschnitt „Weitere rheumagefährdete Bereiche“ (siehe Seite 8) erläutert. Infolgedessen sind Rheuma-Patientinnen und -Patienten häufiger als die Allgemeinbevölkerung zum Beispiel von Herzschwäche, einer Verengung der Herzkranzgefäße oder einem Herzinfarkt betroffen. Solche Begleiterkrankungen zählen zu den Hauptgründen, warum bei rheumatoider Arthritis die Lebenserwartung verkürzt sein kann. Positiv zu bewerten ist jedoch, dass eine niedrige Krankheitsaktivität bei Rheuma die Gefahr von akuten Herz-Kreislaufereignissen mindert. Eine optimale Behandlung Ihrer Grunderkrankung im hier vorgestellten Sinn ist daher umso wichtiger.

Zu den häufig vorkommenden Begleiterkrankungen bei rheumatoider Arthritis zählt auch **Diabetes mellitus**, beim medizinischen Laien auch als Zuckerkrankheit geläufig. Dies kann zum einen lebensstilbedingt sein (z. B. Bewegungsarmut, Übergewicht). Zum anderen wirkt sich hier aber ebenfalls eine längerfristige Behandlung mit Glukokortikoiden (Kortison) aus.

Diese steigern nämlich den Blutzuckerspiegel und hemmen gleichzeitig die Insulinproduktion. Als Folge kann ein sogenannter Steroid-Diabetes entstehen. Deshalb sollte im Rahmen einer systemischen Glukokortikoid-Therapie darauf geachtet werden, dass der Blutzucker kontrolliert wird.

Zur rheumatoiden Arthritis gesellen sich auch häufig **Depressionen**. Auch wenn die Ursachen für diese Begleiterkrankung vielschichtig sind, wirken sich die rheumabedingten Einschränkungen und Belastungen sicher beschleunigend und verstärkend auf die Ausprägung einer Depression aus. Ist es so weit gekommen, hat dies auch umgekehrt einen negativen Einfluss auf die Beschwerden und den Verlauf der rheumatoiden Arthritis.

Von daher ist es wichtig, die **Hauptsymptome** zu kennen: eine deutlich gedrückte, depressive Stimmung, Interessen- und Freudlosigkeit sowie Antriebsmangel mit schneller Ermüdbarkeit und eingeschränkter Aktivität. Typische **Zusatzsymptome** sind zum Beispiel: Schlafstörungen, verminderter Appetit, Konzentrationsstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl, eine schwarzsehende Sichtweise der Zukunft und Gedanken an Selbsttötung. Das Auftreten solcher Symptome sollten Sie ernst nehmen und Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt mitteilen, damit diese/dieser die notwendigen unterstützenden Behandlungsschritte veranlassen kann.

Leider geht mit der rheumatoiden Arthritis auch ein erhöhtes **Krebsrisiko** einher. Dies betrifft vor allem bösartige Entartungen im Lymphsystem (Non-Hodgkin-Lymphom). Warum das so ist, ist noch nicht hinreichend geklärt. Immerhin gibt es bisher keine Anhaltspunkte dafür, dass die DMARD-Therapie damit im Zusammenhang stehen könnte. Frühzeitig erkannt, lassen sich die meisten Krebserkrankungen aber heute sehr gut behandeln und immer häufiger heilen. Dies trifft auch auf das hier genannte Non-Hodgkin-Lymphom zu.

Rheuma-Patientinnen und -Patienten sind einem erhöhten **Infektionsrisiko** ausgesetzt. Sie infizieren sich häufiger mit Viren und Bakterien und erkranken hieran schwerer als Menschen ohne rheumatoide Arthritis. Es gibt Untersuchungen, die darauf hinweisen, dass bestimmte Abwehrzellen dadurch, dass sie bei Rheuma ständig autoimmun gefordert sind, eine Art Burnout-Effekt entwickeln. Dies wäre auch eine Erklärung dafür, dass die Infektanfälligkeit mit zunehmender Krankheitsaktivität noch weiter ansteigt.

Des Weiteren erhöht sich das Infektionsrisiko unter dem Einfluss bestimmter Antirheumatika aufgrund deren immunsuppressiver Wirkung. Wir haben hierauf bereits an verschiedenen Stellen hingewiesen (siehe zum Beispiel Seite 19). Dies betrifft ganz besonders den Einsatz von Glukokortikoiden und bDMARDs. Aber auch die anderen DMARDs sind von dieser Auswirkung nicht ausgenommen. Dies kann außerdem dazu führen, dass Infekt-typische Beschwerden und Laborwerte überdeckt und verfälscht werden.

Umso wichtiger sind Maßnahmen, die die **Infektabwehr stärken**, wie regelmäßige Bewegung zum Beispiel an der frischen Luft (siehe Seite 16), eine an bestimmten Vitaminen und Spurenelementen reichhaltige Ernährung (siehe Seite 14) sowie die Überprüfung und gegebenenfalls Auffrischung von Schutzimpfungen (siehe Seite 26).

Sollte dies nicht zum gewünschten Ziel führen und dennoch eine schwere Infektion auftreten, kann – möglichst in Absprache mit Ihrer Rheumatologin/Ihrem Rheumatologen – eine Therapiepause in Betracht kommen. Dies gilt besonders, wenn bDMARDs zur Anwendung kommen.

Die rheumatoide Arthritis gilt auch als unabhängiger Risikofaktor für **Knochenbrüche**. Ihre Krankheitsaktivität kann nicht nur im fortgeschrittenen Stadium zu einem gelenknahen Knochenschwund führen, sondern begünstigt auch das Auftreten einer systemischen **Osteoporose**. Systemisch heißt: den ganzen Körper beziehungsweise Bewegungs- und Stützapparat betreffend. Eine länger währende Behandlung mit Glukokortikoiden verstärkt das Osteoporose-Risiko zusätzlich.

Der **individuelle Risikostatus** im Hinblick auf das Auftreten einer Osteoporose sollte daher bei Rheuma-Patientinnen und -Patienten einmal jährlich ärztlich erhoben und abgeschätzt werden. Ergibt sich hieraus die Notwendigkeit zur Einleitung einer medikamentösen Osteoporose-Therapie, ist die Durchführung einer sogenannten DXA-Messung zu prüfen. Die DXA-Messung (Dual-Energy X-Ray Absorptiometry, zu Deutsch: Doppel-Röntgen-Absorptiometrie) ist das bekannteste und bewährteste Verfahren zur **Knochen dichtemessung**. Zu den **vermeidbaren Risikofaktoren**, die das Auftreten der Osteoporose fördern, zählen zum Beispiel Bewegungsmangel, Kalzium- und Vitamin-D-Mangel, Untergewicht, Rauchen und hoher Alkoholkonsum.

KONTROLLE DES KRANKHEITS- UND THERAPIEVERLAUFS

Es liegt in der Natur der Sache, dass die medizinische Behandlung und Betreuung von chronisch kranken Patienten auf Langfristigkeit angelegt ist. Die Versorgung von Menschen, die unter rheumatoider Arthritis leiden, bildet hier keine Ausnahme. Ganz im Gegenteil, eine ärztliche Langzeitbetreuung mit regelmäßigen Vorstellungsterminen und Verlaufskontrollen ist ein wesentlicher Bestandteil des entsprechenden IKK Promed-Programms. Im Rahmen des Behandlungsprogramms sind vierteljährliche Untersuchungstermine vorgesehen, bei stabilem Krankheitsverlauf reicht gegebenenfalls auch eine halbjährliche Vorstellung. Welches Intervall für Sie am besten passt, wird Ihre Ärztin/Ihr Arzt gemeinsam mit Ihnen festlegen. Im Folgenden geben wir einen erläuternden Überblick über die Standardinhalte der regelmäßigen ärztlichen Verlaufsuntersuchungen.

Beurteilung der Krankheitsaktivität

Krankheitsverlauf und Therapieerfolg bei rheumatoider Arthritis bemessen sich maßgeblich an der Krankheitsaktivität. Diese wird anhand der folgenden Kriterien erfasst:

- **anamnestisch:** Bedeutet so viel, wie unter Berücksichtigung Ihrer bisherigen Krankheitsgeschichte. Im Rahmen von IKK Promed ist diese ausdrücklich zu dokumentieren und regelmäßig auf dem Laufenden zu halten (siehe unter „Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität“ auf Seite 38). Somit steht sie auch für die Verlaufskontrolle zur Verfügung.
- **klinisch:** Hierunter versteht man – vereinfacht ausgedrückt – die Erfassung Ihrer in Erscheinung tretenden Symptome und Beschwerden. Hierbei ist Ihre Ärztin/Ihr Arzt auf Ihre Angaben angewiesen. Diese unterliegen zwangsläufig einer subjektiven Färbung. Nun ist dieses Beurteilungskriterium so wichtig, dass ein gewisses Maß an Objektivität und Vergleichbarkeit unverzichtbar ist. Hierfür hat die Europäische Liga gegen Rheuma (EULAR) daher einen speziellen Krankheitsaktivitätsscore entwickelt.
- **laborchemisch:** Das heißt, es werden die Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) und das C-reaktive Protein (CRP) im Labor erhoben. Diese Werte haben wir bereits im Rahmen der Erstfeststellung der rheumatoiden Arthritis erläutert (siehe Seite 01).

Der Krankheitsaktivitätsscore der EULAR

Der sogenannte **Disease Activity Score (DAS)** kommt hier in der Variante DAS 28 (BSG) zur Anwendung. „BSG“ steht für die Miteinbeziehung der Blutsenkungsgeschwindigkeit. Die „28“ bezeichnet die Anzahl der wie folgt vorgegebenen Gelenke

Folgende Angaben werden erfasst:

- Anzahl der druckschmerzhaften Gelenke (0-28);
- Anzahl der geschwollenen Gelenke (0-28)
- Blutsenkungsgeschwindigkeit;
- Einschätzung der Krankheitsaktivität in den letzten 7 Tagen.

Die letztgenannte Einschätzung erfolgt durch den Patienten anhand einer Skala von 0 (keine Aktivität) bis 100 (stärkste Aktivität). Aus den Werten der einzelnen Angaben wird ein Gesamtpunktwert (Score) errechnet und wie folgt zugeordnet:

- unter 2,6: keine Krankheitsaktivität (Remission);
- 2,6 bis unter 3,2: niedrige Krankheitsaktivität;
- 3,2 bis 5,1: moderate Krankheitsaktivität;
- größer 5,1: hohe Krankheitsaktivität.

Beurteilung der Medikamentenverträglichkeit

Die Verträglichkeit der verordneten Medikamente ist selbstverständlich ebenfalls Gegenstand der regelmäßigen Kontrollen. Auch in diese Beurteilung fließt der aktuelle Stand Ihrer Krankheitsgeschichte mit ein.

Außerdem interessiert Ihre Ärztin/Ihren Arzt vor allem:

- Wie vertragen Sie den/die verordneten Wirkstoff(e)?
- Treten Nebenwirkungen auf?
- Zeigt die Einnahme die erwünschte Wirkung?
- Ist womöglich eine niedrigere Dosierung oder gar ein Absetzen angebracht (z. B. bei Glukokortikoide, siehe Seite 23, und NSAR, siehe Seite 24)?

Außerdem wird ein aktuelles Blutbild gemacht und mit besonderem Blick auf die Leber- und Nierenwerte kontrolliert. Das alles wird Ihr(e) behandelnde(r) Ärztin/Arzt immer wieder abklären, um die medikamentöse Behandlung gegebenenfalls anpassen zu können.

Überprüfung zur Notwendigkeit einer Überweisung

Bisweilen kann der Therapieerfolg trotz aller Bemühungen ausbleiben, oder es können sich die Beschwerden sogar verschlechtern. Ebenso können Symptome hinzukommen, die vielleicht auf neu aufgetretene Begleiterkrankungen hindeuten.

Auch hierauf richtet sich das Augenmerk Ihrer Ärztin/Ihres Arztes bei den Kontrollen. Für diese Fälle kann dann eine **Überweisung** an eine(n) entsprechend spezialisierte(n) **Facharzt/-ärztin** erwogen und veranlasst werden.

Darüber hinaus empfehlen sich **jährliche Besuche** bei der **Rheumatologin/dem Rheumatologen** Ihres Vertrauens. Auch längere Zwischenräume zwischen diesen Konsultationen sind möglich. Sie sollten dann allerdings mit Ihrer Rheumatologin/Ihrem Rheumatologen abgestimmt werden.



WER BETREUT SIE MIT IHRER RHEUMATOIDEN ARTHRITIS?

Die Hausärztin/Der Hausarzt als erste(r) Ansprechpartner(in) und Koordinator(in)

Im Rahmen des IKK Promed-Programms „Rheumatoide Arthritis“ kommt – neben Ihnen – auch Ihrer **Hausärztin** beziehungsweise Ihrem **Hausarzt eine zentrale Rolle** zu. Denn ihr/ihm obliegen nicht nur die Verlaufskontrollen im Sinne Ihrer Langzeitbetreuung (siehe vorheriger Abschnitt), sondern bei ihr/ihm laufen auch während dieser ganzen Zeit alle Fäden zusammen. Das heißt, sie/er **steht im Austausch** mit allen an der Behandlung beteiligten Fachärzten/innen und Therapeuten/innen. Sie/Er erhält, sammelt und **dokumentiert alle Informationen** über die erhobenen Befunde und erfolgten Maßnahmen sowie Ihre „Erfolgsaussichten“.

Sie/Er lässt ihre/seine **Kenntnisse zum Beispiel hinsichtlich Ihrer Krankheitsgeschichte und Begleiterkrankungen** miteinfließen, über die sie/er im Rahmen der hausärztlichen Versorgung wahrscheinlich ohnehin schon verfügt. Und sie/er **plant und organisiert** auf dieser Grundlage **das komplette therapeutische Vorgehen**.

Dies schließt auch die Überweisung an Fachärzte/innen, die Einweisung in ein Krankenhaus sowie die Veranlassung einer Reha (Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation) mit ein, wenn sie/er dies nach entsprechender Prüfung für förderlich oder notwendig hält.

All dies geschieht selbstverständlich nicht über Ihren Kopf hinweg, sondern nur in enger Abstimmung mit Ihnen. Dennoch ist es wichtig, dass jemand wie Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt die bereits oben genannten Fäden in ihren/seinen Händen hält. Denn nur so können zum Beispiel doppelte Untersuchungen vermieden werden. Diese würden Sie in Ihrer jetzigen Situation nur unnötig belasten. Und vor allem können nur so alle notwendigen Therapieschritte optimal aufeinander abgestimmt werden. Insofern ist es – von Ihrem Eigenengagement einmal abgesehen – ebenfalls ausschlaggebend für Ihren Behandlungserfolg, dass Sie **vertrauensvoll und Hand in Hand** mit Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt „zusammenarbeiten“.



Andere Leistungserbringer als Koordinator(in)

In Ausnahmefällen können allerdings auch bestimmte Fachärzte/innen und Einrichtungen die hier beschriebenen Aufgaben der **Dokumentation, Koordination und Langzeitbetreuung** übernehmen. Dies gilt und macht vor allem dann Sinn, wenn Sie bereits vor der Einschreibung in das strukturierte Behandlungsprogramm „Rheumatoide Arthritis“ von diesem Arzt/ dieser Ärztin bzw. dieser Einrichtung **dauerhaft** betreut wurden. Besondere medizinische Gründe können eine solchen „Rollentausch“ ebenfalls erforderlich machen.

Jedoch ist das nur möglich, wenn – neben der **Teilnahme des gewählten Behandlers am DMP-Programm „Rheumatoide Arthritis“** – bestimmte **weitere Voraussetzungen** erfüllt sind. So kommen hierfür ausschließlich infrage

- entsprechend zugelassene oder ermächtigte Fachärztinnen/Fachärzte für
 - Innere Medizin und Rheumatologie
 - Innere Medizin mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie
 - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie;
- entsprechend qualifizierte Einrichtungen, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt sind oder an der ambulanten ärztlichen Versorgung (nach § 137f Absatz 7 SGB V) teilnehmen.

Wichtig: Bleiben dennoch Unklarheiten bestehen, können Sie sich selbstverständlich auch an Ihre IKK wenden. Unsere Mitarbeiter/innen helfen Ihnen in diesem Zusammenhang gerne weiter – ebenso wie im Hinblick auf alle anderen Fragen, die Sie zu IKK Promed im Allgemeinen sowie zum strukturierten Behandlungsprogramm „Rheumatoide Arthritis“ im Speziellen haben.

Übrigens: Leiden Sie an mehreren unterschiedlichen Krankheiten gleichzeitig, sollten Sie Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt bei der Koordination Ihrer Rheumabehandlung auf jeden Fall den Vorzug geben.

Überweisung an Rheumatologen/innen

Wie bereits weiter oben beschrieben, kommt Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt bei Ihrer Behandlung eine zentrale Rolle zu. Insofern wird sie/er auch die erste Anlaufstelle für Ihre rheumabedingten Beschwerden gewesen sein und höchstwahrscheinlich die Erstdiagnose gestellt haben. Unter dieser Voraussetzung sollte eine Überweisung an eine Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie möglichst **innerhalb von drei Monaten nach Erstdiagnose** erfolgen.

Weitere Anlässe und Gründe sind:

- Die Starttherapie (siehe Seite 22) hat nicht nach spätestens 12 Wochen angemessen angeschlagen.
- Unter der Starttherapie ist es nicht nach spätestens 24 Wochen zum Stillstand der Krankheitsaktivität (Remission) gekommen.
- Die weiteren Therapiestufen der DMARD-Behandlung sprechen nicht wie gewünscht an, oder es kommt in ihrem Rahmen zu Unverträglichkeiten.
- Es gilt die Frage zu prüfen, ob die DMARD-Therapie „heruntergefahren“ werden kann (siehe Seite 22).
- Es steht die jährliche Verlaufskontrolle an.
- Es ist zu entscheiden, ob eine radiologische Kontrolle (zum Beispiel Röntgenuntersuchung) angezeigt ist.

Wenn eine Rheumatologin beziehungsweise ein Rheumatologe die Erstdiagnose gestellt hat und/oder mit der Koordination Ihrer Rheumabehandlung betraut ist, erübrigen sich die oben genannten Überweisungsanlässe natürlich. Denn dann liegen diese Untersuchungen und Klärungen ohnehin bereits in ihren/seinen Händen.



Wann ist die Einweisung in ein Krankenhaus notwendig?

Leider können dennoch Umstände oder Entwicklungen auftreten, die eine Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich machen. Wann genau das der Fall ist, liegt im pflichtgemäßen Ermessen Ihrer behandelnden Ärztin/Ihres behandelnden Arztes.

In der Regel wird sie/er dies als notwendig erachten bei der anstehenden Diagnostik und Behandlung von

- schweren Erkrankungen und Verläufen sowie
- damit einhergehenden krankheits- oder therapiebedingten Komplikationen.

In diesen Fällen ist die Einweisung in ein Krankenhaus weniger eine mögliche Therapieoption von vielen, sondern vielmehr ein dringend erforderliches Einschreiten von Seiten Ihrer Ärztin/Ihres Arztes. Dort wird durch weitere Untersuchungen überprüft, woher zum Beispiel die plötzlichen gesundheitlichen Veränderungen kommen. Gegebenenfalls können umgehend erste Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden. Dies ist gerade in einer Notfallsituation besonders wichtig. Ein stationärer Aufenthalt dient hier also lediglich Ihrer eigenen Sicherheit.

Hinzuziehung anderer Leistungserbringer

Andere jeweils qualifizierte Leistungserbringer sind hinzuzuziehen

- zur Klärung der Notwendigkeit eines gelenkchirurgischen Eingriffs; hierfür kommt vorzugsweise eine Fachärztin/ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in Betracht.
- zur Kontrolle für den Fall, dass die rheumatische Krankheitsaktivität nicht nur Gelenke, sondern auch andere Organe befallen hat.
- zur Vermeidung von unerwünschten Auswirkungen der Behandlung (Komplikationen).
- bei Verdacht oder Auftreten von Begleiterkrankungen.



Mögliche Rehabilitationsleistungen

Unter bestimmten Umständen kommen für Sie auch Rehabilitationsleistungen in Betracht. Ob und inwieweit Sie von solchen Leistungen profitieren können, prüft Ihre Ärztin/Ihr Arzt jeweils **individuell**. Bei ihrer/seiner Entscheidungsfindung, die sie/er selbstverständlich mit Ihnen abstimmt, berücksichtigt sie/er:

- die Schwere Ihrer rheumatoiden Arthritis,
- die Schwere von bestehenden Begleit- und Folgeerkrankungen,
- Ihre psychosoziale Belastung sowie
- die daraus sich ergebenden Beeinträchtigungen bei Alltagsaktivitäten und bei der Teilhabe an der Gesellschaft.

Bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geht es insbesondere darum,

- Ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen,
- Behinderungen im Sinne von § 2 SGB IX²⁾ und Pflegebedürftigkeit³⁾ zu vermeiden, zu mindern oder zumindest deren Verschlimmerung zu verhüten.

² *Behinderungen in diesem Sinn bemessen sich an drei Kriterien: 1. Es handelt sich um körperliche, seelische, geistige oder die Sinne betreffende Beeinträchtigungen. 2. Diese Beeinträchtigungen hindern hiervon betroffene Menschen in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe im Hinblick auf die Gesellschaft. 3. Die hiermit verbundenen Einschränkungen währen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate.*

³ *Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI bedeutet (verkürzt wiedergegeben): Hiervon betroffene Menschen können auf Dauer (mindestens sechs Monate) körperliche, geistige, psychische oder gesundheitlich bedingte Belastungen/Anforderungen nicht selbstständig bewältigen. Sie bedürfen daher der Hilfe anderer in den Bereichen: Mobilität, Ausübung geistiger/kommunikativer Fähigkeiten, Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten/psychischen Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von krankheits-/therapiebedingten Anforderungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.*

IKK PROMED

Im Rahmen von IKK Promed möchte Ihre IKK Ihnen helfen, gut mit Ihrer Krankheit und eventuell dadurch bedingten Problemen umzugehen sowie Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, gezielte Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer IKK mit all seinen Vorteilen!

Was macht IKK Promed zu einer besonderen Versorgungsform?

Chronische Erkrankungen stellen Sie und die an Ihrer Behandlung Beteiligten vor besondere Herausforderungen. Diese umfassen insbesondere die

- Erhaltung oder Verbesserung Ihrer Lebensqualität,
- Vermeidung einer Verschlechterung Ihrer Erkrankung,
- Vermeidung des Auftretens von Komplikationen,
- Vermeidung von Folge- und Begleiterkrankungen,
- Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen der Therapie.



Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

Das Wissen in der Medizin wächst täglich. Im Rahmen der Behandlungsprogramme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf **aktuellen** gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Ärzte/innen, Wissenschaftler/innen und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet und überprüfen diese regelmäßig auf Aktualität. Damit unterliegen die Programme **hohen Qualitätsanforderungen**.

Es werden nur solche medikamentösen und nicht medikamentösen Maßnahmen sowie Verfahren empfohlen, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen sind. Diese sollen deshalb auch im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig zur Anwendung kommen.

Erhöhung Ihrer Fähigkeit zum Selbstmanagement und aktive Mitwirkung durch Sie

Ihre **individuelle Betreuung** bildet den Schwerpunkt von IKK Promed. Das Programm sieht vor, dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie über **Nutzen und Risiken** der jeweiligen Therapie aufklärt. Des Weiteren wird Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie über den Umgang mit weiteren **gesundheitsgefährdenden Einflüssen** aufklären und mit Ihnen zusammen eine Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen. Darüber hinaus wird Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt mit Ihnen gemeinsam Ihre **individuellen Therapieziele** und den weiteren **Verlauf der Behandlung** festlegen.

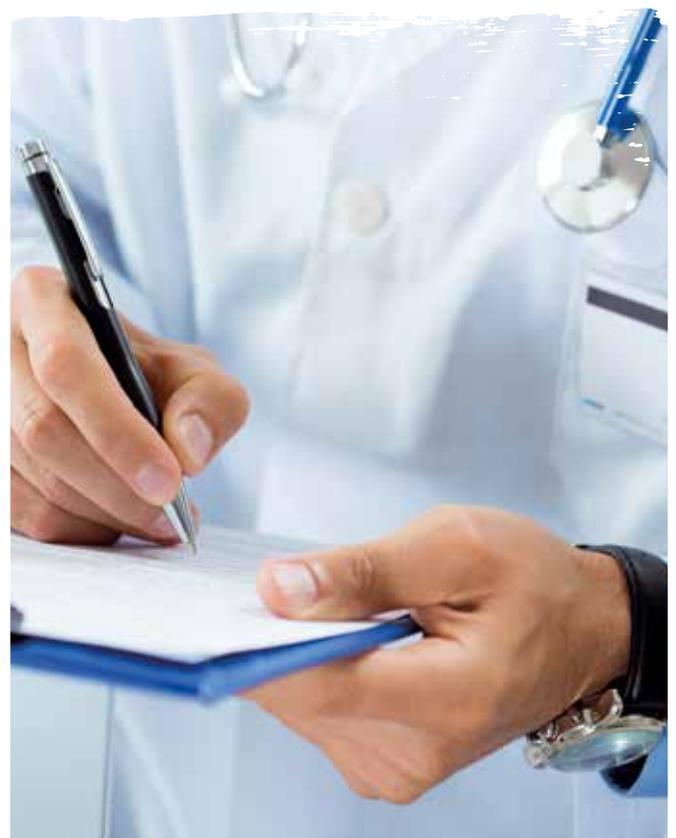
Ihre betreuende Ärztin oder Ihr betreuender Arzt wird Ihnen auch **qualifizierte Schulungen** empfehlen. Wichtig bei den Schulungen ist, dass ihre inhaltliche Ausrichtung im Einklang mit den auf Seite 13 formulierten Zielen von IKK Promed steht. So sollen Sie hier – ergänzend zur oben genannten ärztlichen Aufklärung und Information – lernen, Ihre Krankheit und die hierauf zielende Behandlung besser zu verstehen. Außerdem soll dort Ihr Bewusstsein für die Wichtigkeit eines gesundheitsförderlichen Selbstmanagements und Lebensstils geschärft werden. Wenn es Ihnen daraufhin gelingt, Ihren Alltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen, ist viel erreicht.

Auf diese Weise wirken Sie **aktiv** an der Behandlung Ihrer Erkrankung und dem Erreichen der mit Ihnen vereinbarten Behandlungsziele mit. Hierzu zählt ganz besonders auch, dass Sie die regelmäßigen **Wiedervorstellungstermine** wahrnehmen, die unser Programm vorsieht.

Koordination Ihrer Behandlung

Sie wählen eine koordinierende Ärztin oder einen koordinierenden Arzt, der Sie in allen Fragen berät und unterstützt. Die von Ihnen gewählte Ärztin oder der von Ihnen gewählte Arzt koordiniert die Programmdurchführung. Voraussetzung ist, dass diese Ärztin bzw. dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt.

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird mit Ihnen **regelmäßige Untersuchungstermine** vereinbaren, deren Inhalte und Abstände fest geregelt sind. Sie bzw. er überprüft auch anhand festgelegter Kriterien, ob und welche Spezialisten oder Einrichtungen, die ebenfalls am Programm teilnehmen, hinzugezogen werden sollen und veranlasst eine erforderliche Mit- und Weiterbehandlung. Sie bzw. er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärztinnen oder Fachärzten sowie Therapeutinnen oder Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.





Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihre koordinierende Ärztin bzw. Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Die Dokumentation dient einerseits als Grundlage der Qualitätssicherung der Ärztinnen und Ärzte. Sie ermöglicht Ihrer IKK andererseits, Ihnen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zu unterbreiten (siehe auch „Aktive Begleitung durch Ihre IKK“). Darüber hinaus bildet die Dokumentation die Grundlage für die wissenschaftliche Auswertung für die Weiterentwicklung der Programme.

Von jeder Dokumentation erhalten Sie einen Ausdruck, den Sie sowohl für Ihr Selbstmanagement als auch als ergänzende Information für Ihre mit- und weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte nutzen können. Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz).

Aktive Begleitung durch Ihre IKK

Ihre IKK unterstützt Sie mit Informationen zum Programm. Im weiteren Verlauf Ihrer Teilnahme stellt Ihnen Ihre Krankenkasse auf Ihre Behandlungssituation **abgestimmte Informationen** und Angebote zur Verfügung. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter/innen Ihrer IKK dies auch gerne in einem **persönlichen Gespräch**. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre IKK spezielle **Serviceangebote** an. Zum Beispiel können Ihnen auf Wunsch alle Ärztinnen und Ärzte in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Ihre Teilnahme am Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre **aktive Mitwirkung** ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der IKK eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können Sie auch jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre IKK umgehend.

ANHANG

ACR/EULAR-Klassifikationssystem

		Punkte	Gesamtpunktzahl
I. Anzahl der geschwollenen / druckschmerzhaften Gelenke			
Zur Punktvergabe muss – entgegen der genannten Voraussetzung zur Anwendung der ACR/EULAR-Klassifikation – keine! definitive Synovitis (Entzündung der Gelenkinnenhaut) vorliegen. Kleine Gelenke werden unabhängig von einer Beteiligung der großen Gelenke erfasst.			
0-1 (mittel-)großes Gelenk	Schulter-, Ellenbogen-, Hüft-, Knie-, Sprunggelenke	0	
2-10 (mittel-)große Gelenke		1	
1-3 kleine Gelenke	Fingergrund-, Fingermittel-, Zehengrund-, Großzehenmittel-, Handgelenke; ausgeschlossen von der Bewertung: Daumensattel-, Fingerend-, Großzehengrund-, Zehenendgelenke	2	
4-10 kleine Gelenke		3	
mehr als 10 Gelenke	mindestens ein kleines Gelenk, ansonsten beliebige Kombination von großen und kleinen Gelenken	5	
Höchstwert Kategorie I			_____

II. Spezifische Laborparameter (RF = Rheumafaktor; ACPA = Anti-citrullinierte Protein-Antikörper)			
RF und ACPA negativ	unterhalb / gleich des oberen Normwertes	0	
RF und ACPA niedrig positiv	über dem oberen Normwert und einem positiven Rheumafaktor ohne weitere Wertangabe	2	
RF und ACPA hoch positiv	über dem 3fachen oberen Normwert	3	
Höchstwert Kategorie II			_____

III. Unspezifische Entzündungsparameter			
CRP und BSG normal	Die Festlegung „normal / abnormal“ erfolgt standardisiert durchs Labor; bei der BSG sind erhöhte Werte aufgrund von Alter, Geschlecht, Schwangerschaft unter Umständen nicht zu berücksichtigen.	0	
CRP oder BSG abnormal		1	
Höchstwert Kategorie III			_____

IV. Symptombdauer (Dauer der Beschwerden / Krankheitszeichen)			
Weniger als 6 Wochen	Bezieht sich auf das Gelenk, welches zum Untersuchungszeitpunkt nach Patienten/innen-Angabe am längsten betroffen ist.	0	
6 Wochen oder mehr		1	
Höchstwert Kategorie IV			_____

Summe der Höchstwerte in den Kategorien I-IV

Eine gesicherte Diagnose der rheumatoiden Arthritis liegt vor bei einer Gesamtpunktzahl von 6 bis 10.

Hilfreiche Links und Adressen für Rheumapatienten/innen

Allgemein

rheuma-liga.de

Die Deutsche Rheumaliga ist mit rund 270.000 Mitgliedern eine der größten deutschen Selbsthilfeorganisationen im Gesundheitsbereich. Sie informiert und berät Betroffene unabhängig und frei von kommerziellen Interessen. Darüber hinaus bietet sie praktische Hilfen und unterstützt Forschungsprojekte zu rheumatischen Erkrankungen.

Arztsuche

Eine Übersicht über die im Behandlungsprogramm vertraglich eingebundenen ärztlichen Leistungserbringer/innen erhalten Sie von Ihrer IKK. Sprechen Sie hierzu das IKK Promed-Team an.

kbv.de/html/arztsuche.php

Diese Arztsuche wird von der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland betrieben. Hier finden Sie die aktuellen Daten über Anschriften und Qualifikationen aller in Deutschland niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten.

116117.de

Besondere Beachtung auf der oben genannten Arztsuchseite der KV verdient der Link-Tipp: Der Patientenservice 116117. Er bietet zum Beispiel einen „eTerminservice“.

versorgungskarte.de

Diese Suche wird von der Deutschen Rheumaliga betrieben und hilft Ihnen bei der Suche nach einem Rheumatologen, Physiotherapeuten, Klinik, Reha-Einrichtung oder ähnlichem.

Gesunde Ernährung

www.dge.de

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) ist eine unabhängige wissenschaftliche deutsche Fachgesellschaft. Als eingetragener Verein verfolgt sie gemeinnützige Zwecke. Dazu zählt die Beschäftigung mit allen auf dem Gebiet der Ernährung auftretenden Fragen. Auch unterstützt sie ernährungswissenschaftliche Forschung ideell und informiert über neue Erkenntnisse und Entwicklungen. Diese macht sie durch Publikationen und Veranstaltungen verfügbar. Zu etwa drei Vierteln wird die DGE mit öffentlichen Mitteln von Bund und Ländern gefördert.

dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung

Die DGE macht sich unter anderem besonders für eine vollwertige Ernährung stark. Auf der hier angegebenen Unterseite finden sich Links zu den „10 Regeln der DGE“, dem „Ernährungskreis“, der „Lebensmittelpyramide“ und „5 am Tag“. Es handelt sich hierbei um sehr praxistaugliche und auch für den Laien leicht verständliche Anleitungen für eine gesunde Ernährung.

Bewegung

rheuma-liga.de/infothek/publikationen

rheuma-liga.de/angebote/weitere-bewegungsangebote

Die Deutsche Rheumaliga hat auf der Unterseite „Publikationen zum Thema Rheumagerechte Bewegung eine ganze Reihe an Bewegungsübungen zusammengestellt. Schwerpunkte sind zum Beispiel „15 Minuten für bewegliche Gelenke“, „Aktiv gegen Rheumaschmerz“ und „aktiv-hoch-r“. Auf der Unterseite „Angebote“ finden sich weitere Bewegungsangebote zum Beispiel auch im Outdoor-Bereich.

Rauchfrei**rauchfrei-info.de/aufhoeren/das-rauchfrei-ausstiegsprogramm**

Es handelt sich hierbei um das Onlineportal der BZgA zum „rauchfrei Ausstiegsprogramm“. Das Kürzel „BZgA“ steht für „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“. Sie ist eine Fachbehörde des Bundesministeriums für Gesundheit. Ihre Zielsetzung konzentriert sich auf „Gesundheitsvorsorge“ und „Gesundheits-erhaltung“. Zu den inhaltlichen Aufklärungsschwerpunkten zählen die Senkung von Neuerkrankungshäufigkeiten sowie die Steigerung der Krankheitsfrüherken-nung. Dazu werden Wissen, Einstellungen und Fähigkeiten der Menschen gestärkt, sich gesund zu verhalten, Risiken zu erkennen und zu vermeiden und so für die eigene und die Gesundheit anderer Verantwortung zu übernehmen.

Schutzimpfungen**impfen-info.de**

Auch für dieses Portal zeichnet die BZgA verantwortlich. Hier finden sich unter anderem „Impfempfehlungen“ für Erwachsene, die auf den Routine-Impfungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts fußen.

Funktionstraining**rheuma-liga.de/angebote/funktionstraining**

Hier finden Sie einen ausführlichen Einstieg in das Thema „Funktionstraining der Deutschen Rheuma-Liga“. Unter „Ihre Rheuma-Liga vor Ort“ finden Sie außerdem Zugang zu den Landesverbänden und auf deren Seiten entsprechende wohnort-nahe Kurs-Angebote.

Hilfsmittelverzeichnis**hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home**

Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Auf den Seiten dieses Webportals haben Sie die Möglichkeit, direkt im Hilfsmittelverzeichnis zu recherchieren. Hier finden Sie auch entsprechende Einträge zu den auf Seite 28 genannten Hilfsmitteln.

Druck und Verlag:

Wende Verlag Moderne Medien, Zur Mühle 2-4, 50226 Frechen

Hinweis:

In dieser Broschüre wird eine möglichst gendergerechte Sprachregelung bevorzugt. Da Lesefluss und Verständlichkeit hier aber ebenfalls eine hohe Priorität genießen, wird zum Beispiel bei längeren Aneinanderreihungen von Personen- und Berufsbezeichnungen und/oder von personenbezogenen Haupt- und Fürwörtern die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Wir bitten hierfür um Verständnis.

Best.-Nr. 4034 (11.23) – Wende Verlag, Frechen – Stand: 10.2021

IHRE FRAGEN. UNSERE ANTWORTEN.

Sie haben Fragen oder möchten zur IKK classic wechseln?

Wir sind immer für Sie da. Sie erreichen uns telefonisch rund um die Uhr:

Kostenlose IKK Servicehotline

0800 455 1111



IKK classic-App



Facebook



Instagram



YouTube



TikTok