

BACHELORARBEIT
GESUNDHEITS- UND PFLEGEWISSENSCHAFT
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT GRAZ

Rheuma – Diagnostik und Therapie

Autorin: Verena Loipold

Datum der Einreichung: 30.04.2015

Jahr der Vorlage: 2015

Vorausgesetzte Lehrveranstaltung: PHYSIOLOGIE

Begutachterin:

Ao. Univ. Prof. Dr. Anna Gries

Institut für Physiologie

Harrachgasse 21/V

8010 Graz

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, 30.04.2015

Verena Loipold eh.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
1. Einleitung.....	5
2. Ursprung - Definition - Ursachen	7
3. Diagnostik – rheumatischer Formenkreis	8
4. Die vier Hauptgruppen des rheumatischen Formenkreises	10
5. Die chronische Polyarthrit (rheumatoide Arthritis).....	15
5.1 Ursachen der chronischen Polyarthrit.....	17
5.2 Symptome der chronischen Polyarthrit.....	18
5.3 Folgen der Erkrankung aus emotionaler, beruflicher und sozialer Sicht	19
5.4 Folgeerkrankungen und Komplikationen aus medizinischer Sicht	20
6. Therapie	21
6.1 Pflege von PatientInnen mit rheumatischen Erkrankungen.....	21
6.2 Physiotherapeutische Maßnahmen	25
6.3 Ergotherapeutische Maßnahmen	25
6.4 Medikamentöse Therapie	26
6.5 Bewegung und körperliche Aktivität.....	28
6.6 Der Einfluss von Ernährung.....	29
6.7 Rheumatische Erkrankungen und Kinderwunsch.....	32
6.8 Behandlung, Beratung und Hilfe für RheumapatientInnen in Graz.....	33
Zusammenfassung	35
Literaturverzeichnis	36
Abbildungsverzeichnis.....	38
Internetquellen.....	38

Zusammenfassung

Etwa 2 Millionen Menschen leiden im Laufe eines Jahres an Rheuma, knappe 3 Millionen Menschen sind in regelmäßigen Abständen mit rheumatischen Beschwerden konfrontiert.¹

Rheuma, eine Erkrankung die Menschen aus allen sozialen Schichten und Personen jeden Alters betreffen kann, geht mit unterschiedlichsten Erscheinungsbildern, Ursachen und massiven Verlusten an Lebensqualität betroffener PatientInnen einher, und kann die verschiedensten Lebensbereiche beeinflussen.

Der erste Abschnitt dieser Arbeit beschäftigt sich mit dem Begriff Rheuma und gibt eine kurze Übersicht über medizinisches Fachwissen. In weiteren Abschnitten werden die unterschiedlichsten Maßnahmen beschrieben, die im Rahmen einer Therapie ergriffen werden können.

Schlüsselwörter: Rheuma, chronische Polyarthritis, rheumatoide Arthritis, Therapie

¹ Uitz et al. (2010)

1. Einleitung

Die Ursachen des Krankheitsbildes Rheuma sind bis heute noch nicht gänzlich wissenschaftlich geklärt. RheumapatientInnen leiden im Alltag aufgrund ihrer Erkrankung, die sich in vielen unterschiedlichen Symptomatiken, Ausprägungen und Erscheinungsbildern äußern kann, unter erheblichen Einschränkungen. Diese zeigen sich nicht nur in physischer, sondern vor allem auch in emotionaler und sozialer Hinsicht. Im Rahmen der Literaturrecherche stellte sich heraus, dass der Terminus Rheuma als Sammelbegriff für unzählige Unterformen fungiert. Da die Aufarbeitung weit über den Rahmen dieser Arbeit hinausgegangen wäre, habe ich mich für die detailliertere Auseinandersetzung mit einer entzündlich – rheumatischen Form, der Chronischen Polyarthrititis entschieden.

Der Beginn dieser Arbeit beschäftigt sich mit dem Ursprung und der Bedeutung des Begriffes „Rheuma“. Die Diagnostik und die vier Hauptgruppen des rheumatischen Formenkreises werden im nächsten Abschnitt vorgestellt. Es folgt der Aufbau eines Gelenkes, bevor auf das Krankheitsbild der Chronischen Polyarthrititis, ihre Ursachen, Symptome und Folgen, beleuchtet aus medizinischer, sozialer und emotionaler Sichtweise, eingegangen wird. Im Sinne eines Gesamtüberblickes beschäftigt sich die Arbeit anschließend mit allgemeinen therapeutischen Maßnahmen, die bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises eingesetzt werden können. Die Bachelorarbeit zeigt, welche Anwendungen in der Pflege, der Physiotherapie als auch in der Ergotherapie vorgenommen werden. Es werden sowohl medikamentöse, als auch bewegungstherapeutische Schritte beschrieben. Die Arbeit schließt mit dem Blick auf Ernährung und Schwangerschaft.

Im Zuge dieser Arbeit habe ich mich mit folgenden Forschungsfragen beschäftigt:

1. Wie erfolgen die Definition und die Einteilung von Rheuma?
2. Auf welchen Ebenen beeinträchtigt PatientInnen eine Erkrankung an Chronischer Polyarthritits?
3. Welche therapeutischen Maßnahmen werden bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises angewendet?

2. Ursprung - Definition - Ursachen

Der Begriff Rheuma entstammt dem griechischen Wort „rheo“ und bedeutet „ich fließe“²

In früheren Jahrhunderten wurde der Begriff Rheuma für alle Schmerzen im Bewegungs- und Stützapparat, welche als ziehend, fließend und reißend empfunden wurden, verwendet. Heute weiß man, dass Rheumatismus eine Sammelbezeichnung für mehr als hundert Krankheitsbilder ist.³

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie definiert den Begriff „Rheuma“ als Sammelbegriff für unzählige Erkrankungen, welche nicht nur mit Beeinträchtigungen und Schmerzen des Bewegungs- und Stützapparates einhergehen, sondern auch andere Organe wie beispielsweise die Haut oder das Nervensystem betreffen können.⁴

Rheumaerkrankungen sind chronisch fortschreitend und deren Ursachen sind aus wissenschaftlicher Sicht bis heute nicht vollständig geklärt.⁵ Bekannt ist, dass bei der Pathogenese genetische Dispositionen als auch autoimmunologische Prozesse eine tragende Rolle spielen.⁶ Da es PatientInnen aller Altersstufen, angefangen von Kindern und Jugendlichen über Erwachsene bis Senioren betreffen kann, ist es von besonderer Bedeutung, dass die Erkrankung frühzeitig diagnostiziert wird, um den weiteren Verlauf möglichst positiv beeinflussen zu können. Durch eine interdisziplinäre Versorgung und Behandlung der PatientInnen kann zwar eine Linderung der Symptome herbeigeführt, jedoch kann die Erkrankung nicht vollständig geheilt werden.⁷

² <http://dgrh.de/wasistrheuma.html>, 03.04.2015

³ Huch, Jürgens (2011)

⁴ <http://dgrh.de/wasistrheuma.html>, 03.04.2015

⁵ Schewior – Popp et al. (2012)

⁶ Biesalski et al. (2010)

⁷ Schewior – Popp et al. (2012)

3. Diagnostik – rheumatischer Formenkreis

Im Rahmen der ärztlichen Diagnosefindung werden folgende Untersuchungen durchgeführt:

1. Blutanalyse

Anhand dieser wird die Bildung von Antikörpern untersucht. In diesem Zusammenhang wird auch der Rheumafaktor, welcher Aufschluss über den Erkrankungsgrad- und -verlauf gibt, ermittelt. Anti-CCP-Antikörper (zyklisch citrulliniertes Peptid), die speziell bei der chronischen Polyarthritiden auftreten und Antinukleäre Antikörper bei Kollagenosen sind weitere mögliche Parameter. Ein weiterer Wert, der für die Diagnostik rheumatischer Erkrankungen essentiell ist, ist das HLA- B27-Antigen, welches bei mehr als der Hälfte aller PatientInnen nachweisbar ist, die an Morbus Bechterew und Morbus Reiter, also chronisch-entzündlichem Rheuma leiden. Weitere wesentliche Elemente der Blutdiagnostik sind die Blutsenkung, das C-reaktive Protein, die Harnsäure, das Kreatinin, die Elektrophorese, die Kreatininkinase und der Eisenstatus.⁸

2. Untersuchung von Harn und Analyse von Stuhl

auf nicht sichtbares Blut (okkult).⁹

3. Punktion des Gelenkes

Eine Gelenkspunktion wird im Allgemeinen zur diagnostischen Abklärung von Blutungen und der Reduktion von Druck im Gelenk oder zur direkten Verabreichung von Arzneimitteln durchgeführt. In Verbindung mit rheumatischen Erkrankungen dient die Punktion der Ursachenabklärung. Es kann festgestellt werden, ob die Erkrankung

⁸ Menche (2007)

⁹ Menche (2007)

aufgrund von Kristallen hervorgerufen wurde, oder entzündliche, virale oder verschleiß bedingte Prozesse als Ursache fungieren.¹⁰

4. Die Durchführung einer Sonographie

dient dem Ausschluss von Entzündungen, die im Gelenk auftreten können, beispielsweise die Synovialitis, die Inflammation der Gelenkinnenhaut oder der Sehnen.¹¹

5. Die umfassende Abklärung durch bildgebende Verfahren

Die Abklärung mittels Kernspintomographie und Computertomographie macht eine genaue Aussage über das Krankheitsstadium möglich, da der Zustand der Gelenke und seiner umliegenden Strukturen exakt beurteilt werden kann.¹²

6. Szintigraphie des Skelettes

Diese Diagnostikmethode ermöglicht Aussagen über inflammatorische Mechanismen im Gelenksbereich, die aufgrund von zuvor zugeführten radioaktiven Stoffen sichtbar werden.¹³

¹⁰ Villiger, Seitz (2006)

¹¹ Menche (2007)

¹² Menche (2007)

¹³ Menche (2007)

4. Die vier Hauptgruppen des rheumatischen Formenkreises

1. Degenerative Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen (Arthrose)

Im Rahmen degenerativer Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen kommt es aufgrund entzündlicher Prozesse in der Gelenkkapsel und einer sekundären Knochenschädigung zur Knochendegeneration, Arthrose, welche sich aus der Ungleichmäßigkeit zwischen Überbelastung und Beschaffenheit des Gelenkes entwickelt.¹⁴

2 Formen von Arthrosen:

die *primäre Arthrose*: wird verursacht durch minderwertiges knorpeliges Gewebe¹⁵ und wird meist bei PatientInnen zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr diagnostiziert.¹⁶

die *sekundäre Arthrose*: entsteht aufgrund falscher oder übermäßiger Belastungen, Verletzungen oder Schädigungen des Gelenkes, Entzündungsprozessen, Stoffwechselerkrankungen oder Erkrankungen des endokrinen Systems.¹⁷ Ein weiterer Risikofaktor entsteht durch Übergewicht, welches die Entstehung einer Arthrose im Kniegelenk maßgeblich beeinflusst.¹⁸

Symptome degenerativer Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen:

Schmerzen, Ödembildung, verspannte Muskulatur, begrenzte Beweglichkeit und fortschreitende Verformung der Gelenke.

¹⁴ https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/1.1_Was_ist_Rheuma.pdf, 03.04.2011

¹⁵ https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/1.1_Was_ist_Rheuma.pdf, 03.04.2015

¹⁶ Biesalski et al. (2010)

¹⁷ https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/1.1_Was_ist_Rheuma.pdf, 03.04.2015

¹⁸ Biesalski et al. (2010)

Die Erkrankung entwickelt sich in 3 Stadien:

Stadium I: ist gekennzeichnet durch belastungsabhängige Schmerzintensität und verspannte Muskulatur.

Stadium II: im zweiten Entwicklungsstadium dominiert ein Anlaufschmerz, vor allem im Bereich der unteren Gliedmaßen, der sich jedoch nach kurzer Zeit der Bewegung wieder vollkommen verflüchtigt. Im aktiven Bewegungsablauf ist der Schmerz für PatientInnen in der Muskulatur spürbar, im passiven wiederum direkt im Gelenk.

Das *dritte Stadium* ist charakterisiert durch schmerzhaftes Empfinden in Ruhe und zunehmend versteifte Gelenke, welche zu Fehlstellungen und instabilen Gelenken führen und mit Muskelschwund einhergehen können.¹⁹

2. Weichteilrheumatismus

Die dritte Form, der Weichteilrheumatismus, stellt die größte Gruppe innerhalb des rheumatischen Formenkreises dar und wird durch Überreizung von Muskeln, Sehnen und Weichteilen hervorgerufen. Physische und psychische Belastungen spielen eine tragende Rolle in der Entstehung des Weichteilrheumatismus, welcher sich durch einen schmerzenden Schulterbereich, dem „steifen Nacken“, Schmerzen im Hüft- oder Rückenbereich manifestiert. Das Fibromyalgie-Syndrom, welches Gelenke und den Wirbelsäulenbereich betrifft, zählt zur Gruppe des Weichteilrheumatismus.²⁰

¹⁹ Schewior – Popp et al. (2012)

²⁰ https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/1.1_Was_ist_Rheuma.pdf, 03.04.2015

3. Stoffwechselerkrankungen mit rheumatischen Beschwerden

Hinzu zählen Erkrankungen, die nicht den Bewegungs- und Stützapparat, den Metabolismus betreffen. Osteoporose (Knochenschwund) und Urikopathie (Gicht) sind Beispiele für Erkrankungen der vierten Gruppe des rheumatischen Formenkreises.²¹

4. Entzündlich-rheumatische Erkrankungen

Das Merkmal entzündlich-rheumatischer Erkrankungen ist, dass die inflammatorischen Prozesse nicht nur einen Teilbereich, ein oder mehrere Gelenke betreffen, sondern dass der gesamte Körper betroffen ist. Erkrankte PatientInnen leiden an Leistungsabfall und einem allgemeinen Krankheitsgefühl.²²

Bei einem Großteil der PatientInnen die unter diesem Krankheitsbild leiden, liegt eine genetische Disposition vor, welche sich anhand eines bestimmten Antigens, dem HLA B27, nachweisen lässt. Darüber hinaus vermutet man eine Infektion mit Bakterien als weitere Ursache. Das Hauptcharakteristikum der Erkrankung ist jedoch der Ruheschmerz aufgrund der Entzündung in der Gelenkinnenhaut.²³

Der Verlauf entzündlicher Gelenkserkrankungen kann in 4 Phasen eingeteilt werden:

1. Proliferatives Stadium

Hauptsächlich gekennzeichnet durch Ergussbildung im Gelenk und in weiterer Folge Bildung von Osteoporose (Knochenschwund).²⁴

2. Destruktive Phase

Entzündliche Prozesse breiten sich von der Gelenkinnenhaut auf das Knorpelgewebe aus.²⁵

²¹ https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/1.1_Was_ist_Rheuma.pdf, 03.04.2015

²² https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/1.1_Was_ist_Rheuma.pdf, 03.04.2015

²³ Schewior - Popp et al (2012)

²⁴ Schewior – Popp et al. (2012)

²⁵ Schewior – Popp et al. (2012)

3. Degeneratives Stadium

Da die Kapsel des Gelenkes überdehnt wird, kommt es zu einer Instabilität des Gelenkes, und in weiterer Folge zu einer Knochenunterwanderung.²⁶

4. Ausgebrannte Phase

Charakteristisch für diese Phase ist die vollkommene Destruktion des Gelenkes durch die Unterwanderung des Knochens, welche sich in Versteifung und Fehlbildung des Gelenkes zeigt.²⁷

²⁶ Schewior – Popp et al. (2012)

²⁷ Schewior – Popp et al. (2012)

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen werden in folgende Untergruppen eingeteilt:

1. *Chronische Polyarthritis (rheumatoide Arthritis):* diese Form beschränkt sich auf die entzündliche Erkrankung der Gelenke.²⁸
2. *Spondyloarthriden:* Gelenke und die gesamte Wirbelsäule sind von entzündlichen Prozessen betroffen. Morbus Bechterew, die Psoriasis-Arthritis, die in Verbindung mit Schuppenflechte auftritt, und die Colitis ulcerosa, deren Begleiterkrankung eine chronische Entzündung des Darms ist, gehören zu den Spondyloarthriden.²⁹
3. *Juvenile idiopathische Arthritis:* diese Sonderform der Arthritis tritt bereits im Kindesalter auf.³⁰
4. *Kollagenosen:* die entzündlich-rheumatische Erkrankung betrifft das Bindegewebe. Vertreter dieser Gruppe sind der systemische Lupus erythematodes, die systemische Sklerose, Dermatomyositis und Mischkollagenosen.³¹
5. *Vaskulitiden:* der Begriff bezeichnet die entzündliche Erkrankung von Gefäßen, die oftmals die Schläfenarterie betrifft und in Zusammenhang mit anderen Muskelerkrankungen einhergeht.³²

²⁸ https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/1.1_Was_ist_Rheuma.pdf, 03.04.2015

²⁹ https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/1.1_Was_ist_Rheuma.pdf, 03.04.2015

³⁰ https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/1.1_Was_ist_Rheuma.pdf, 03.04.2015

³¹ https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/1.1_Was_ist_Rheuma.pdf, 03.04.2015

³² https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/1.1_Was_ist_Rheuma.pdf, 03.04.2015

Im nächsten Abschnitt dieser Arbeit erfolgt die genauere Auseinandersetzung mit der chronischen Polyarthritis, die neben Morbus Bechterew zu den häufigsten Erkrankungsbildern innerhalb der entzündlich-rheumatischen Krankheiten gehört.

5. Die chronische Polyarthritis (rheumatoide Arthritis)

2010 waren in Österreich etwa 150.000 PatientInnen an chronischer Polyarthritis erkrankt, wobei die Mehrheit der PatientInnen Frauen waren. Die Erkrankung wird hauptsächlich zwischen dem 35. und 50. Lebensjahr diagnostiziert³³ und betrifft deutlich mehr PatientInnen über dem 55. Lebensjahr.³⁴ Die Erkrankung kann jedoch in allen Altersstufen auftreten.³⁵

Exkurs – der Aufbau und die Funktion des Gelenkes:

Unter Gelenken versteht man Bindeglieder, die sich zwischen knöchernen oder knorpeligen Skelettstrukturen befinden. Sie sind maßgeblich für die Beweglichkeit und Kraftübertragung des Körpers.³⁶

Grundsätzlich unterscheidet man 2 Arten von Gelenken, die unechten (Synarthrosen) und die echten Gelenke (Diarthrosen).³⁷

³³ Uitz et al. (2010)

³⁴ Brückle (2001)

³⁵ Uitz et al. (2010)

³⁶ Huch et al. (2011)

³⁷ Huch et al. (2011)

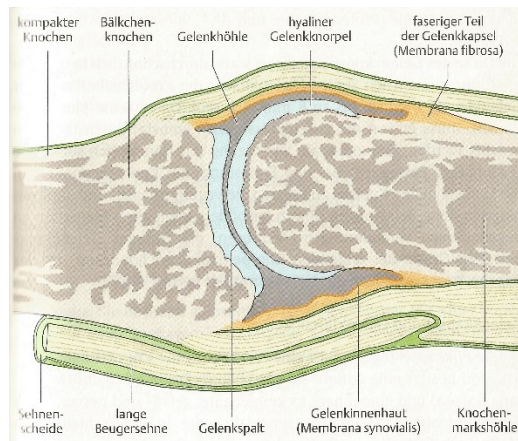


Abbildung 1: Aufbau einer Diarthrose

Diarthrosen sind dadurch charakterisiert, dass sich ein Gelenkspalt zwischen den knöchernen Strukturen befindet. Das Ende der Knochen, die Gelenksfläche, ist von einem hyalinen Knorpel umgeben. Das Gelenk umgibt eine Gelenkhöhle und eine Gelenkkapsel.³⁸

Der Gelenkknorpel: besteht bei einer Diarthrose aus hyalinem Knorpelgewebe und zeichnet sich vor allem durch seine hohe Druckelastizität aus, die maßgeblich durch kollagene Fasern, Makromoleküle und Wasser bestimmt wird. Die Knorpeldicke variiert zwischen 3 mm und 8 mm (z.B.: Knie) und ist von der Lage des Gelenkes abhängig.

Synovia (Gelenksflüssigkeit): Die Versorgung des Knorpels erfolgt durch diffundierende Gelenksflüssigkeit, die durch regelmäßige Aktivierung des Körpers in den Knorpel gepresst wird.³⁹ Außerdem fungiert die dickflüssige, eiweißhaltige Substanz als Gelenksschmiere.⁴⁰

Gelenkkapsel: besteht aus zwei Schichten, die eine Stabilität des Gelenkes herbeiführen: die äußere Membrana fibrosa, die das Gelenk durch kollagenfasrige Strukturen vor Verletzungen schützt und die innenliegende Membrana synovialis, die vorwiegend aus dehnbaren Fasern besteht und die Gelenksflüssigkeit abgibt.⁴¹

³⁸ Huch et al. (2011)

³⁹ Huch et al. (2011)

⁴⁰ Huch et al. (2011)

⁴¹ Huch et al. (2011)

Schleimbeutel: er befindet sich nahe der Gelenkhöhle und beinhaltet eine zähe Flüssigkeit, durch welche der Druck ebenermäßiger und gedämpfter auf das Gelenk wirken kann.

Meniskus und Diskus: kommen in bestimmten Gelenken vor, dienen vor allem der gleichmäßigen Druckverteilung und heben Unregelmäßigkeiten zwischen den Knochenenden auf.

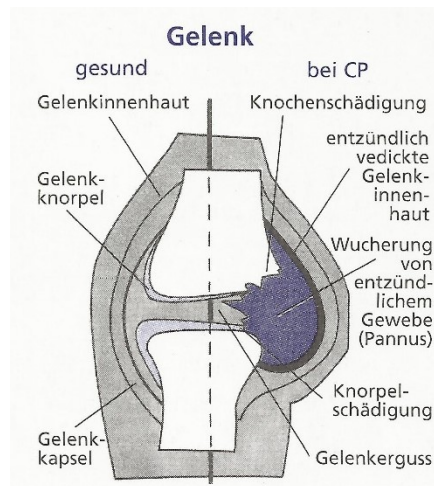


Abbildung 2: krankhafte Gelenksveränderung

5.1 Ursachen der chronischen Polyarthrit

Neben erblichen Faktoren und verändertem Zellmaterial, die eine eher untergeordnete Rolle spielen, sind vor allem virale oder bakterielle Krankheitserreger für die Entstehung der rheumatoiden Arthritis verantwortlich, aufgrund derer das menschliche Immunsystem eigene Strukturen bekämpft (Autoimmunerkrankung). Im Rahmen der chronischen Polyarthrit werden vor allem die Innenhaut (Membrana synovialis), Sehnenscheiden und Blutgefäße im Inneren des Gelenkes entzündlich angegriffen. Die Entstehung der Inflammation wird maßgeblich durch eine bestimmte Art von Botenstoffen, die sogenannten Zytokine, beeinflusst. Zytokine, Zellbeweger, werden von Zellen des Immunsystems gebildet und ziehen weitere bestimmte Zellen an. Manche dieser angezogenen Zellen fördern das Entzündungswachstum, andere wiederum den Abbau. Dieses Ungleichgewicht zwischen Wachstum und Abbau führt zur Zerstörung von knorpeligen und knöchernen Strukturen. Die Entzündung breitet

sich beginnend von der Synovialis (Gelenkinnenhaut) aus, die mit einer vermehrten Absonderung von Synovia reagiert. Der daraus resultierende Gelenkerguss führt zumeist zur Überdehnung von Gelenkscapsel und Bändern und somit zu geringerer Belastbarkeit des Gelenkes mit einhergehender Arthrose. Des Weiteren ist festzuhalten, dass die entzündlich- veränderte Innenhaut in knorpelige Strukturen einwandert und verwächst.⁴²

5.2 Symptome der chronischen Polyarthritits

Die typischen Krankheitszeichen der chronischen Polyarthritits sind Schmerz (Dolor), Schwellung (Tumor) und steife Grundgelenke an Händen, Fingern und Zehen. Begleitet wird diese Symptomatik in vielen Fällen durch ein starkes Krankheitsgefühl.⁴³ Ein besonderes Merkmal ist, dass die Entzündung bei mehr als einem Gelenk auftritt und beide Seiten des Körpers betrifft.⁴⁴ Zu Beginn der Erkrankung können nicht nur kleinere Gelenke von der Krankheit betroffen sein, es besteht auch die Möglichkeit, dass große Gelenke von entzündlichen Prozessen betroffen sind.⁴⁵ Die Erkrankung tritt nur sehr vereinzelt im Bereich des Kiefers, der Kniegelenke oder Ellbogen auf. Typischerweise bleibt auch der Wirbelsäulenbereich symptomfrei. Handelt es sich jedoch um einen schweren Krankheitsfall, ist auch der obere Abschnitt der Wirbelsäule betroffen.⁴⁶

Liegt bei PatientInnen im Zeitraum von mehr als 6 Wochen eine entzündliche Schwellung der Gelenke vor, so liegt die Annahme einer frühen chronischen Polyarthritits nahe. Leiden PatientInnen bereits zwischen drei und sechs Monaten an den charakteristischen Symptomen, spricht man vom Vollbild der Erkrankung, sofern andere Krankheitsbilder aus dem entzündlich-rheumatischen Formenkreis ausgeschlossen werden konnten.⁴⁷ Charakteristisch für das Vollbild einer chronischen Polyarthritits ist, dass PatientInnen über steife Gelenke am Morgen klagen, welche sich jedoch nach etwa einer Stunde zurückbilden und während des gesamten Tages nicht

⁴² Brückle (2001)

⁴³ http://dgrh.de/fileadmin/media/Praxis___Klinik/Leitlinien/2011/2_diagnose.pdf, 05.04.2015

⁴⁴ Uitz et al. (2010)

⁴⁵ http://dgrh.de/fileadmin/media/Praxis___Klinik/Leitlinien/2011/2_diagnose.pdf, 06.04.2015

⁴⁶ Uitz et al. (2010)

⁴⁷ http://dgrh.de/fileadmin/media/Praxis___Klinik/Leitlinien/2011/2_diagnose.pdf, 05.04.2015

mehr auftreten. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Erwähnung finden muss, ist, dass die Symptomatik der vollausgebildeten rheumatoiden Arthritis auch in Ruhe auftritt.⁴⁸

5.3 Folgen der Erkrankung aus emotionaler, beruflicher und sozialer Sicht

Das Fortschreiten der chronischen Polyarthritits bedeutet für PatientInnen erhebliche Einschränkungen in der Durchführung alltäglicher Aktivitäten. Durch die schweren Schmerzen, die während eines Schubes auftreten können, und durch die fortschreitende Deformation der Gelenke sind PatientInnen oft nicht mehr in der Lage, die Körperpflege, das Ankleiden oder die Nahrungsaufnahme autonom durchzuführen. Sie sind daher von bestimmten Behelfen und Menschen abhängig, die sie unterstützen. Längere körperliche Aktivitäten, beispielsweise das Zurücklegen eines Spazierganges, sind nur mehr unter größten körperlichen Anstrengungen oder gar nicht mehr möglich. Die Erkrankung stellt PatientInnen nicht nur vor physische sondern auch psychische Herausforderungen. Die sukzessive körperliche Einschränkung fordert auch im sozialen Leben Tribut.⁴⁹ Nicht immer stoßen PatientInnen seitens des Umfeldes auf Einfühlungsvermögen und Sensibilität. Dies hat zur Folge, dass sich PatientInnen verstärkt zurückziehen, sodass eine Vereinsamung droht. Nicht selten leiden PatientInnen daher unter Depressionen, Angst und Hoffnungslosigkeit, da sie aufgrund der Erkrankung außerdem einen enormen Verlust der beruflichen Leistungsfähigkeit hinnehmen müssen. Nicht selten werden die bereits vorhandenen Schwierigkeiten durch berufliche Sorgen ergänzt, da der bisherige Job nicht mehr wie gewohnt oder gar nicht ausübbar ist.⁵⁰

⁴⁸ http://dgrh.de/fileadmin/media/Praxis___Klinik/Leitlinien/2011/2_diagnose.pdf, 06.04.2015

⁴⁹ Uitz et al. (2010)

⁵⁰ Schewior – Popp et al. (2012)

5.4 Folgeerkrankungen und Komplikationen aus medizinischer Sicht

Die chronische Polyarthrits kann zu einer Vielzahl an Komplikationen und Nebenerkrankungen führen.⁵¹

Osteoporose: ist eine sehr häufige Erscheinung, an denen Personen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen leiden. Die Entstehung der Osteoporose beruht auf mehreren Faktoren. Durch inflammatorische Vorgänge in den Gelenken werden Prozesse in Gang gesetzt, die den Abbau des Knochens fördern. Aufgrund von schmerzbedingter Bewegungsinaktivität wird der wenig belastete Knochen nicht zum Knochenaufbau gereizt und zusätzlich ist die Osteoporose eine Nebenwirkung, die bei der Behandlung mit Glucocorticoiden auftreten kann.⁵²

Knoten: die Mehrheit aller PatientInnen leidet unter sogenannten Rheumaknoten. Rheumaknoten sind kleinere Verhärtungen, die an Fingern, Händen oder Ellbogen auftreten. Rheumaknoten haben jedoch die Eigenschaften, dass sie weder schmerzhaft noch bedenklich sind.⁵³

Erkrankung der Halswirbelsäule: im Zuge des Fortschreitens der Erkrankung können auch Abschnitte der Wirbelsäule von der Entzündung betroffen sein. Durch Krankheitsprozesse kommt es zu Strukturveränderungen von Bandscheiben, Wirbeln und Gelenken, die schlussendlich dazu führen können, dass die knöchernen Elemente gegeneinander verschoben werden können.⁵⁴

Auch Organsysteme können durch die Erkrankung betroffen sein. So ist es nicht untypisch, dass die Entzündung auch auf das Atemsystem, die Augen oder den Herzmuskel übergreifen.⁵⁵

Eine weitere Begleiterscheinung der rheumatoiden Arthritis kann die Appetitlosigkeit und die damit einhergehende Reduktion des Körpergewichtes sein, da PatientInnen

⁵¹ Brückle (2001)

⁵² Brückle (2001)

⁵³ Brückle (2001)

⁵⁴ Brückle (2001)

⁵⁵ Schoppmeyer (2011)

krankheitsbedingt nicht alle Nahrungsmittel zu sich nehmen können. Der Konsum von Fleischwaren schlägt sich in verstärkten Schmerzzuständen und einer Verschlimmerung der Symptome nieder.⁵⁶

Im letzten Abschnitt dieser Arbeit werden therapeutische Maßnahmen beschrieben, die zur Behandlung von jeglichen Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis angewendet werden.

6. Therapie

PatientInnen, die an chronischer Polyarthritiden leiden, deren Krankheit jedoch unbehandelt bleibt, verlieren in Gegenüberstellung zur Normalbevölkerung durchschnittlich zehn Jahre ihres Lebens. Fast die Hälfte aller PatientInnen erleidet in den ersten Monaten bereits deutliche, nicht reversible Gelenksschäden. Fast 20 Prozent der PatientInnen müssen sich nach etwa zehn Jahren einem Eingriff unterziehen, bei dem künstliche Gelenke operativ eingesetzt werden. Weitere zehn Prozent sind nach einem Jahrzehnt schwerste Pflegefälle.⁵⁷

6.1 Pflege von PatientInnen mit rheumatischen Erkrankungen

Im Rahmen der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege werden vor allem physikalische Maßnahmen in der Behandlung von rheumatisch-bedingten Erkrankungen ergriffen.⁵⁸

Darunter versteht man Maßnahmen und Behandlungen, welche eine physikalische Wirkung auf den Körper erzeugen. Jegliche Anwendungen in diesem Bereich basieren auf sogenannten kutiviszeralen Reflexen. Sie sind Reflexe des vegetativen

⁵⁶ Schewior – Popp et al (2012)

⁵⁷ Uitz et al. (2010)

⁵⁸ Schewior – Popp et al (2012)

Nervensystems, die bei Hautreizung bewirken, dass Teile des Organsystems eine Reaktion zeigen.⁵⁹

Anhand unterschiedlichster Wärme- und Kältetherapien, die vor allem in der Schmerzbehandlung bei Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates angewendet werden, wird eine Symptomlinderung herbeigeführt.⁶⁰

1) Kälteanwendungen:

Gelbeutel: Dazu werden tiefgefrorene Gelbeutel für fünf Minuten auf schmerzende Hand- oder Fingergelenke aufgelegt. An größeren Gelenken, beispielsweise im Hüft- oder Kniebereich, ist eine Anwendung zwischen zehn und fünfzehn Minuten vorteilhaft. Die Anwendung kann mehrmals am Tag wiederholt werden. Die Pflegeperson achtet darauf, dass ein Tuch den Gelbeutel umgibt, damit es durch die Berührung zu keinen Hautschädigungen kommt.⁶¹

Gelwickel: der Gelwickel mit zusätzlicher Beigabe von pflanzlichen Zusatzstoffen kann zu einer Linderung der schmerzhaften Krankheitszeichen führen. In der Regel wird den PatientInnen der Wickel für 20 Minuten an den betroffenen Stellen angelegt. Diese Behandlung kann so lange fortgeführt werden, auch nachts, bis die PatientInnen schmerzfrei sind.⁶²

Heilerde: Heilerde findet aufgrund ihrer schmerzlindernden und vor allem abschwellenden Wirkung oft Anwendung in der professionellen Pflege. Abhängig von der Schmerzintensität und dem Grad der Schwellung kann der Wickel bis zu zwei Stunden angewendet werden. Im Anschluss erfolgt eine gründliche Reinigung und Pflege der Haut.⁶³

2) Wärmeanwendungen: Wärmeanwendungen werden bevorzugt bei PatientInnen eingesetzt, welche unter einer Chronifizierung der Krankheit leiden. Sie bewirken eine

⁵⁹ Lauber, Schmalstieg (2007)

⁶⁰ Lauber, Schmalstieg (2007)

⁶¹ Schewior – Popp et al (2012)

⁶² Schewior – Popp et al (2012)

⁶³ Schewior – Popp et al (2012)

Reduktion der steifen Gelenke am Morgen und verringern den Belastungsschmerz deutlich.

Warmer Wickel: der Wickel wird stark erwärmt auf die schmerzenden Stellen der PatientInnen aufgelegt und kann für ungefähr 20 Minuten auf den Gelenken verbleiben. Den Abschluss der Behandlung bildet die Versorgung der Gelenke mit einer Rheumacreme, die durch das Einziehen des Wirkstoffes eine weitere Schmerzlinderung herbeiführt.⁶⁴

Stangerbad: Das Stangerbad ist eine weitere Möglichkeit, eine Schmerzlinderung und Durchblutungsförderung bei erkrankten PatientInnen herbeizuführen. Dazu begeben sich die PatientInnen in eine spezielle Badewanne. Die Badewanne verfügt über Elektroden, welche seitlich an der Badewanne angebracht sind. Nachdem die Badewanne mit warmem Wasser gefüllt wurde, erfolgt die Durchflutung der Badewanne mit Gleichstrom. Die Anwesenheit einer Pflegeperson ist erforderlich, da die Anwendung sehr kreislauffordernd ist. Nach Beendigung der Behandlung wird eine ausgiebige Ruhezeit empfohlen.⁶⁵



Abbildung 3: Stangerbad

3) Hilfsmittel

Bürsten mit ergonomischer Form und langem Stiel: Sind vor allem für PatientInnen empfehlenswert, deren Erkrankung die Gelenke des Schulterbereiches

⁶⁴ Schewior – Popp et al (2012)

⁶⁵ Schewior – Popp et al (2012)

betrifft. Mit diesem Hilfsmittel ist es für erkrankte PatientInnen möglich, Körperpflegemaßnahmen autonom und ohne Hilfe einer anderen Person durchzuführen.⁶⁶

Haarkamm: Durch die Verwendung eines speziellen Kammes ist auch die Durchführung der Haarpflege möglich.⁶⁷

Spezialanfertigung für den Toilettensitz: erleichtert durch eine bestimmte Höhe den Sitz- und Aufstehvorgang bei der Benützung der Toilette.⁶⁸

Dusch- oder Badewannenmatte: wird in Kombination mit speziellen größeren Haltegriffen eingerichtet und ermöglicht den PatientInnen das sichere Betreten und Verlassen des Dusch- oder Badewannenbereichs.⁶⁹

⁶⁶ Schewior – Popp et al (2012)

⁶⁷ Schewior – Popp et al (2012)

⁶⁸ Schewior – Popp et al (2012)

⁶⁹ Schewior – Popp et al (2012)

6.2 Physiotherapeutische Maßnahmen:

Positionierung: die korrekte Positionierung der PatientInnen ist besonders während einer akuten Phase der Erkrankung von großer Bedeutung, um einerseits Verkürzungen (Kontrakturen) und andererseits Schmerzen zu verringern. In interdisziplinärer Zusammenarbeit mit dem physiotherapeutischen Team wird entschieden, durch welche Position die optimale Schmerzlinderung herbeigeführt werden kann und in welchen Zeitintervallen der Lagewechsel erfolgen muss. Existiert keine Anordnung durch das physiotherapeutische Team, ist die bevorzugte Positionierung die sogenannte Neutral-Null-Stellung. Dazu liegen die PatientInnen am Rücken im Bett, ihre Beine und Hände sind parallel ausgestreckt und die Daumen zeigen nach oben.⁷⁰

aktivieren: bei PatientInnen, die aufgrund ihrer Erkrankung an einer Bewegungseinschränkung leiden, werden die Gelenke mehrfach täglich bewegt, um die Gelenke zu aktivieren und Verkürzungen vorzubeugen.⁷¹

Stärkung der Muskulatur: da die Muskulatur von PatientInnen aufgrund von Schmerzen nicht selbstständig aktiviert werden kann, kommt es bereits nach kurzer Zeit zum Abbau (Atrophie) von Muskelmasse. Um der Atrophie vorzubeugen, werden im Gesundheitsbereich Geräte zur Elektrostimulation eingesetzt. Dazu werden Elektroden auf den Muskeln der PatientInnen platziert, welche anhand elektrischer Impulse die Muskulatur stimulieren und aktivieren.⁷²

6.3 Ergotherapeutische Maßnahmen:

Im Allgemeinen leitet sich der Begriff Ergotherapie vom griechischen „ergon“ ab und bedeutet Arbeit beziehungsweise Leistung. Das Arbeitsfeld der Ergotherapie ist geprägt durch den Ansatz, dass durch Aktivierung der PatientInnen Prävention, Rehabilitation und Therapie unterschiedlichster Krankheiten erfolgen kann.⁷³ Die

⁷⁰ Menche (2007)

⁷¹ Menche (2007)

⁷² Menche (2007)

⁷³ Häcker, Stapf (2004)

Ergotherapie wird in Hinblick auf die chronische Polyarthritits eingesetzt, um weiteren Beeinträchtigungen der Gelenke durch arbeits- und beschäftigungstherapeutische Maßnahmen entgegen zu wirken. Anhand unterschiedlicher Handwerks,- und Kunstaktivitäten werden die Fähigkeiten der PatientInnen hinsichtlich Muskularbeit, Motorik und Sensorik geschult. Zudem eignen sich erkrankte Personen Abläufe an, die die Gelenke nicht zu sehr belasten, um die Autonomie im täglichen Alltag möglichst lange zu erhalten.⁷⁴

6.4 Medikamentöse Therapie

Die wichtigsten pharmakologischen Wirkstoffe in der Behandlung rheumatischer Erkrankungen sind nichtsteroidale Antirheumatika, kurz NSAR, Glucocorticoide und sogenannte Basistherapeutika.⁷⁵

Nichtsteroidale Antirheumatika: Nichtsteroidale Antirheumatika werden im Rahmen der Erkrankungen des rheumatischen Formenkreis bei Schmerzzuständen und Entzündungsprozessen eingesetzt, da das Arzneimittel dieser Wirkstoffgruppe inflammatorische Prozesse hemmt. Die Art und Intensität der Schmerzzustände ist ausschlaggebend für die Wahl des Arzneimittels, so werden bei langen Schmerzzuständen Arzneistoffe mit längerer Halbwertszeit eingesetzt, bei frühmorgendlichen Symptomen Präparate mit kürzerer Halbwertszeit. Medikamente dieser Arzneistoffgruppe werden überdies bei unterschiedlichsten fieberhaften Zuständen verabreicht.⁷⁶

Glucocorticoide: Das Wirkspektrum der Glucocorticoide reicht von der antiinflammatorischen beziehungsweise antirheumatischen, über antiallergischen bis hin zur immunsuppressiven (das Immunsystem hemmende) Wirkung. Die Art der Wirkung der Glucocorticoide geht mit der Wirkung des körpereigenen Stoffes Cortisol einher. Bei der Behandlung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen werden Glucocorticoide bei akuten Krankheitsschüben hochdosiert, oder zur Langzeittherapie

⁷⁴ Menche (2007)

⁷⁵ Menche (2007)

⁷⁶ Schmid et al. (2007)

in geringer Dosis verabreicht. Die Zeitspanne, in der Glucocorticoide hochdosiert verabreicht werden, sollte aufgrund der zahlreichen unerwünschten Nebenwirkungen so kurz als möglich gehalten werden und auch die Medikamentenumstellung auf die niedrigdosierte Langzeittherapie wird schrittweise empfohlen. Da es bei längerer Therapie mit niedrigdosierten Glucocorticoiden häufig zur Osteoporosebildung (Knochenschwund) kommt, wird die Therapie in Kombination mit einem Prophylaxepräparat unbedingt empfohlen. Glucocorticoide werden neben der Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen auch in Bezug auf viele weitere Erkrankungen, beispielsweise Haut-, Lungen-, Blut-, Nieren-, gastrointestinales Beschwerden und viele andere eingesetzt.⁷⁷

Basistherapeutika: Das vordergründige Ziel in der Verwendung von Basistherapeutika ist, das Voranschreiten der Krankheit abzuwenden⁷⁸ indem sie die Zersetzung der Gelenke verhindern. Dies erfordert die frühzeitige Medikation mit Basistherapeutika⁷⁹ und setzt den internistischen Ausschluss anderer Infekte (zB HIV oder Tuberkulose) voraus. Welches Arzneipräparat aus der Gruppe der Basistherapeutika therapeutisch verwendet wird, ist von unterschiedlichsten Krankheitsattributen, zB. dem Eintritt der Wirkung oder dem Krankheitsverlauf abhängig. Stoffe, welche Prozesse des Immunsystems verändern, TNF – alpha-Hemmer (Tumor – Nekrose – Faktor alpha), Gold, Sulfasalazin oder Leflunomid sind Wirkstoffgruppen, die bei rheumatischen Erkrankungen zum Bereich der Basistherapeutika zählen.⁸⁰ Durch die große Breite an Nebenwirkungen ist die Untersuchung der PatientInnen und ihrer Laborwerte in zyklischen Abständen unentbehrlich.⁸¹

⁷⁷ Schmid et al. (2011)

⁷⁸ Schmid et al. (2007)

⁷⁹ Schoppmeyer (2011)

⁸⁰ Schmid et al. (2011)

⁸¹ Schoppmeyer (2011)

Eine rheumatische Erkrankung muss nicht zwingend mit dem Ende von sportlicher Aktivität und Bewegungsmaßnahmen einhergehen. Die regelmäßige, moderate Durchführung von Sport wird dringend empfohlen, um die wichtige Funktion der Gelenke und das allgemeine physische Leistungsvermögen zu erhalten bzw. zu fördern. Dem Verlust an Muskelkraft und zusätzlich krankhaften Gelenksveränderungen kann so erfolgreich entgegengewirkt werden. In akuten Schubphasen sollte von körperlicher Betätigung jedoch unbedingt abgesehen werden, da das Abklingen entzündlicher Prozesse durch physikalische und beruhigende Maßnahmen im Vordergrund steht. Besondere Behutsamkeit ist auch bei PatientInnen geboten, die bereits unter einer Beeinträchtigung der Gelenke leiden. Diese sollten Aktivitäten vermeiden, die mit stoßhaften Bewegungen, beispielsweise Sportarten mit springenden Bewegungen einhergehen. PatientInnen mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis sollten auch das mögliche Verletzungsrisiko bei Mannschaftssportarten nicht außer Acht lassen. Die Wirksamkeit der Sporttherapie bei rheumaerkrankten Personen ist vielfach belegt und führt zu zahlreichen positiven Effekten. Elemente der Sporttherapie sind die Erhaltung und Verbesserung der Gelenkfunktion, das Koordinations- und Gleichgewichtstraining und die Steigerung der allgemeinen physischen Ausdauer. Ein weiteres positives Element ist, dass PatientInnen während der Ausübung von alltäglichen Sorgen und Schmerzzuständen mental Abstand nehmen können.⁸²

Welche Sportart ist für mich geeignet?

Die Auswahl der Sportart ist grundsätzlich von mehreren Faktoren abhängig. Betroffene Gelenke, der Krankheitsverlauf, als auch der von der Krankheit betroffene Körperbereich müssen unbedingt in die Auswahl der Sportart miteinbezogen werden. Die Krankheitssymptomatik darf durch die ausgewählte Sportart nicht verstärkt werden. Eine Rheumaerkrankung bedeutet außerdem nicht das Ende für Sportarten, die PatientInnen schon zu einem früheren Zeitpunkt ausgeübt haben, jedoch ist es,

⁸² Halle et al. (2008)

wie bereits erwähnt, unbedingt empfehlenswert, die Lieblingssportart mit weniger Intensität und an die Krankheit angepasst auszuüben. Ganz allgemein werden sportliche Aktivitäten empfohlen, die sich durch gleichmäßige Bewegungsabläufe und wenig Energieverbrauch charakterisieren. Anstelle langer sportlicher Einheiten wird eher zur Durchführung kurzer Einheiten, jedoch mehrmals täglich geraten. Gymnastische Übungen im Wasser, radfahren am Ergometer, schwimmen, insbesondere das Schwimmen am Rücken (entlastet den Rückenbereich), Nordic Walking und allgemein moderates Fitnesstraining sind nur wenige Beispiele aus einer Vielzahl sportlicher Aktivitäten. In Kombination mit Ausdauersportarten wird auch die Durchführung von Übungen empfohlen, welche auf die Aktivierung und das Training der Muskulatur abzielen. Auch hier gilt der Grundsatz, dass Einheiten dieser Art möglichst schonend und mit wenig Belastung für das Gelenk durchgeführt werden sollten. Ein besonderes Augenmerk soll dabei auf die Schuhe gelegt werden, die über gute Dämpfungs- und Stützelemente verfügen sollten.⁸³

Überdies empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie in ihren Guidelines nicht nur gutes Schuhwerk für den sportlichen Bewegungsausgleich, sondern auch orthopädische Schuheinlagen für den Alltag. Sie werden beim Spezialisten individuell angepasst, sorgen für Schmerzlinderung, wirken der Ausbildung eines Hallux valgus vor und sorgen für ein schöneres Gangbild.⁸⁴

6.6 Der Einfluss von Ernährung

Neben der medikamentösen Therapie und den sporttherapeutischen Maßnahmen bildet die Ernährung die dritte wichtige Säule in der Behandlung von Rheuma. Einer der wichtigsten Ernährungsgrundsätze ist der Verzehr vollwertiger Lebensmittel; das bedeutet, dass die Nährstoffzufuhr dem Bedarf des Menschen angepasst wird. Damit möglichst vollwertige Speisen zu sich genommen werden können, ist der Ausschluss

⁸³ Halle et al.(2008)

⁸⁴

http://dgrh.de/fileadmin/media/Praxis___Klinik/Leitlinien/2011/6_nicht_medikamentoese_therapie.pdf, 08.04.2015

von Nahrungsmittelunverträglichkeit sehr relevant. Eine große Bedeutung spielt auch der Abbau von Übergewicht, welcher zu einer Entlastung erkrankter Gelenke führt. Eine grundlegend wichtige Ernährungsrichtlinie für rheumaerkrankte PatientInnen ist die moderate Zufuhr von Arachidonsäure.⁸⁵ Die Tatsache, dass eine verminderte Zufuhr positiv auf den Krankheitsverlauf entzündlich-rheumatischer Erkrankungen wirken kann, ist wissenschaftlich belegt.⁸⁶ Arachidonsäure ist in tierischen Lebensmitteln, beispielsweise Fleisch und Wurst, Eiern und Milchprodukten enthalten und führt dazu, dass sich aus Arachidonsäure vermehrt Botenstoffe bilden, die wiederum zu einer Verschlechterung der typischen Symptomatik führen. Es kommt zu vermehrt überwärmten und schmerzenden Gelenken. Auf den Konsum tierischer Nahrungsmittel muss dennoch nicht gänzlich verzichtet werden; der Verzehr sollte sich aber streng auf ein Minimum fettarmer Produkte beschränken. Der Verzehr von Eiern muss allerdings vom Ernährungsplan gestrichen werden. Vielfach wissenschaftlich belegt ist, dass Eicosapentaensäure (EPA) und Vitamin E wichtige Stoffe in der Verdrängung der Arachidonsäure aus dem menschlichen Organismus sind.⁸⁷ EPA ist das Syntheseprodukt von Linolsäure.⁸⁸ Linolsäure ist in unterschiedlichsten Ölen aus Raps, Weizenkeimen oder Walnüssen enthalten. Vitamin E muss durch bestimmte Vitaminpräparate zugeführt werden, da es zumeist nicht ausreichend in Lebensmitteln vorhanden ist. Ein weiterer wichtiger Baustein in der Ernährung rheumabedingter Erkrankungen ist die Osteoporoseprophylaxe. Wie in früheren Abschnitten schon behandelt, ist die Osteoporose aufgrund der eingeschränkten Aktivität, der entzündlichen Prozesse und der Glucocorticoidbehandlung eine der häufigsten Nebenwirkungen. Die deutsche Rheuma-Liga empfiehlt daher in ihren Ernährungsleitlinien die ausreichende Zufuhr von Kalzium, die in etwa 1mg/ Tag betragen und in Kombination mit phosphatarmer Nahrung zu sich genommen werden sollte. Phosphat verfügt in diesem Zusammenhang über die kontraproduktive Eigenschaft, dass der Stoff das Kalzium im menschlichen Organismus bindet, sodass es nicht mehr verarbeitet werden kann. Überdies ist Vitamin D für die

⁸⁵ https://www.rheuma-liga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/5.2_Ernahrung.pdf 08.04.2015

⁸⁶ Barth (2009)

⁸⁷ https://www.rheuma-liga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/5.2_Ernahrung.pdf, 08.04.2015

⁸⁸ Barth (2009)

Osteoporoseprophylaxe essentiell. Vitamin D wird bei ausreichend physischer Aktivität in der Natur vom Organismus gebildet, ist dies jedoch aufgrund eines Krankheitsschubes nicht möglich, muss dem Körper Vitamin D zugeführt werden.⁸⁹

⁸⁹ https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/5.2_Ernaehrung.pdf, 08.04.2015

Primär ist festzuhalten, dass Frauen, die an einer Erkrankung des rheumatischen Formenkreises leiden, einen bestehenden Kinderwunsch nicht aufgeben müssen. Jeder weibliche Körper reagiert individuell auf das Einsetzen einer Schwangerschaft. In einigen Fällen tritt eine deutliche Verschlechterung der Krankheitszeichen ein, bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen kommt es jedoch sehr oft zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik. Der Großteil aller Rheumaformen hat keine negativen Auswirkungen auf die Entwicklung des ungeborenen Kindes. Eine Erkrankung an Lupus erythematodes oder Morbus Bechterew erfordert jedoch eine sorgfältige Abwägung im Vorfeld der Schwangerschaft und engmaschige Verlaufskontrolle während der Schwangerschaft, da diese auch Organsysteme betrifft und somit mit erhöhten Risiken für Mutter und Kind einhergeht.⁹⁰

Ein Baby, aber wann?

Der richtige Zeitpunkt einer Schwangerschaft ist individuell und multifaktoriell bestimmt. Wichtig zu beachten ist, dass eine Schwangerschaft in einer symptomfreien Zeit einsetzen sollte, damit sich die Frau ungehindert auf ihre Schwangerschaft oder das Neugeborene konzentrieren kann. Ein wichtiger Aspekt in der Familienplanung ist hierbei außerdem, dass die medikamentöse Behandlung sorgfältig mit ÄrztInnen geplant werden sollte, damit es bereits im Vorfeld zu einer optimalen Kontrolle der Erkrankung und in weiterer Folge zu einem guten Schwangerschaftsverlauf für Mutter und Kind kommt. Eine Vielzahl an Medikamenten, welche zur Behandlung rheumatischer Erkrankungen eingesetzt werden, beeinflusst die Entwicklung des Kindes nicht. Es muss jedoch festgehalten werden, dass bestimmte Arzneimittel, beispielsweise Methotrexat und Cyclophosphamid, unbedingt einige Monate vor dem Eintreten einer Schwangerschaft abgesetzt werden müssen. Die Entbindung kann auch bei RheumapatientInnen auf natürlichem Wege erfolgen. Aus Untersuchungen

⁹⁰ https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/6.12_Schwangerschaft.pdf, 25.04.2015

im Bereich der Rheumaforschung geht allerdings hervor, dass sich viele betroffene Frauen für einen Sectio entscheiden.⁹¹

Obwohl die Krankheitssymptomatik im Verlauf der Schwangerschaft deutlich abklingt, kommt es bei vielen Frauen in den ersten Monaten nach der Geburt zu einem erneuten Krankheitsschub, einhergehend mit einer deutlichen Verschlechterung des körperlichen Zustandes, welcher sich jedoch nach einer Zeitspanne von einem Jahr wieder verbessern sollte. Die Symptomatik kann mit einer medikamentösen Therapie, welche auch ungefährlich für das Neugeborene durch den Stillvorgang ist, unter Kontrolle gebracht werden.⁹²

6.8 Behandlung, Beratung und Hilfe für RheumapatientInnen in Graz

LKH-Universitätsklinikum Graz, Universitätsklinik für Innere Medizin:

Die Behandlung von PatientInnen erfolgt im Universitätsklinikum in zwei Bereichen. Das Klinikum verfügt nicht nur über eine spezielle Rheumaambulanz, in der unterschiedliche Diagnostikverfahren und physikalische Therapien zur Anwendung kommen, sondern auch über eine Tagesklinik, in der PatientInnen eine optimale Versorgung bei Schmerzen durch eine Infusionsbehandlung ermöglicht wird. Neben der Schmerztherapie im Bereich der Gelenke und Muskeln ist dieser Fachbereich auch auf die Behandlung von Immunerkrankungen in Zusammenhang mit Rheuma steiermarkweit spezialisiert.⁹³

Barmherzige Brüder - Krankenhaus Graz:

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Graz verfügt über eine rheumatologische Spezialambulanz. Oberste Prämisse der Spezialambulanz ist es,

⁹¹ https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/6.12_Schwangerschaft.pdf, 25.04.2015

⁹² https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/6.12_Schwangerschaft.pdf, 25.04.2015

⁹³ <http://www.klinikum-graz.at/cms/beitrag/10012630/2297830/>, 25.04.2015

anhand spezieller Diagnosemethoden, Therapiemaßnahmen und chirurgischer Eingriffe die Lebensqualität von RheumatikerInnen zu erhalten oder zu fördern.⁹⁴

Frauengesundheitszentrum Graz:

Das Frauengesundheitszentrum in Graz bietet Unterstützung und Beratung für chronisch – erkrankte PatientInnen. Anhand von Selbstmanagement Programmen werden PatientInnen unter anderem Informationen zu Bewegung und Schmerzbewältigung vermittelt. Außerdem erhalten RheumapatientInnen wichtige Informationen über Anlaufstellen im Gesundheitswesen.⁹⁵

Selbsthilfegruppen:

Lupus Erythematodes Selbsthilfegruppe Steiermark, Lazarettgürtel, Graz⁹⁶

Eltern rheumakranker Kinder, Am Josefgrund, Graz⁹⁷

⁹⁴ http://www.barmherzige-brueder.at/site/graz/medizinpflege/abteilungeninstituteegg/innere_medizin/spezialambulanz/n/rheumatologischespezialam, 25.04.2015)

⁹⁵ <http://www.frauengesundheitszentrum.eu/gesund-und-aktiv-mit-chronischer-krankheit-leben-patientinnen-managen-sich-selbst/>, 26.04.2015

⁹⁶ <http://www.move-austria.at/tipps/selbsthilfegruppen/rheuma>, 26.04.2015

⁹⁷ <http://www.move-austria.at/tipps/selbsthilfegruppen/rheuma>, 26.04.2015

Zusammenfassung

Aufgrund einer ausführlichen Literaturrecherche konnte ich sämtliche Forschungsfragen beantworten.

Die erste Forschungsfrage „Wie erfolgen die Definition und die Einteilung von Rheuma“ konnte ich aufgrund der Veröffentlichungen von Huch und Jürgens (2011), Schewior-Popp et al. (2012), der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V. und der Deutschen Rheuma Liga e. V. aufarbeiten. Diese zeigen, dass der Begriff Rheuma als Oberbegriff für Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates, der Organe und des Nervensystems fungiert. Des Weiteren wird in vier Hauptgruppen kategorisiert: degenerative Gelenks- und Wirbelsäulenerkrankungen, Weichteilrheuma, Stoffwechselerkrankungen und entzündliches Rheuma.

Aus der Literatur der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V., von Uitz et al. (2010) und Brückle (2001) zeigt sich, dass die Lebensqualität von erkrankten PatientInnen aufgrund von emotionalen, sozialen, beruflichen und physischen Faktoren stark beeinträchtigt wird. Somit gelingt auch die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage „Auf welchen Ebenen beeinträchtigt PatientInnen eine Erkrankung an Chronischer Polyarthritis?“.

Die dritte und letzte Forschungsfrage dieser Arbeit mit dem Arbeitstitel „Welche therapeutischen Maßnahmen werden bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreis angewendet?“ konnte ich mit Publikationen von Schewior-Popp et al. (2012), Menche (2007), Schmid et al. (2007), Häcker und Stapf (2007), Lauber und Schmalstieg (2007) und Uitz et al. (2010) aufarbeiten. Es geht hervor, dass unterschiedliche pflegerische, physiotherapeutische, ergotherapeutische und medikamentöse Maßnahmen ergriffen werden. Außerdem werden ernährungs- und bewegungstherapeutische Schritte in der Behandlung von RheumapatientInnen gesetzt.

Literaturverzeichnis

Adam O. (2010) Diät und Rat bei Osteoporose und Rheuma: Rezepte gegen Entzündung und Schmerz. Walter Hädecke Verlag, Weil der Stadt.

Barth S. (2009) Ernährungsmedizin: Basics. Urban & Fischer Elsevier GmbH, München, 1. Auflage.

Biesalski H. K., Bischoff S. C., Puchstein C. (2010) Ernährungsmedizin: Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer. George Thieme Verlag, Stuttgart.

Brückle W. (2001) Chronische Polyarthritis: Diagnose, Verlauf, Therapien. Urania Verlag, Berlin.

Halle M., Schmidt – Trucksäss A., Hambrecht R., Berg A. (2008) Sporttherapie in der Medizin: Evidenzbasierte Prävention und Therapie. Schattauer GmbH, Stuttgart.

Häcker H. O., Stapf K. H. (2004) Dorsch Psychologisches Wörterbuch. Verlag Hans Huber, Bern, 14. Auflage.

Hettenkofer H.- J. (Hrsg) (1998) Rheumatologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 3. Auflage.

Huch R., Jürgens K. D. (Hrsg) (2011) Mensch Körper Krankheit: Anatomie, Physiologie, Krankheitsbilder. Lehrbuch und Atlas für die Berufe im Gesundheitswesen. Urban & Fischer Elsevier Verlag, München, 6. Auflage.

Huemer C. (Hrsg.), Kaulfersch W. (Hrsg) (2008) Kindliches Rheuma: Eine zu wenig beachtete Krankheit. Springer Verlag, Wien.

Kirschnick O. (2010) Pflorgetechniken von A – Z. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, 4. Auflage.

Lauber A., Schmalstieg P. (2007) Pflegerische Interventionen: verstehen und pflegen 3. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, 2. Auflage.

Loisl D., Puchner R. (2008) Diagnose Rheuma: Lebensqualität mit einer entzündlichen Gelenkerkrankung. Springer Verlag, Wien, 2. Auflage.

Menche N. (2007) Pflege Heute. Urban & Fischer Elsevier GmbH, München, 4. Auflage.

Menche N. (2015) Repetitorium Pflege Heute. Urban & Fischer Elsevier Verlag, München, 4. Auflage.

Miehle W. (2000) Medikamentöse Therapie rheumatischer Erkrankungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2. Auflage.

Miehle W. (1999) Rheumatoide Arthritis: Diagnose und Therapie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2. Auflage.

Schmid C., Strub P., Studer A. (2011) Arzneimittellehre für Krankenpflegeberufe. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, Stuttgart, 9. Auflage.

Schewior – Popp S., Sitzmann F., Ullrich L. (2012) Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.

Schmid B., Hartmeier C., Bannert Ch. (2007) Arzneimittellehre für Krankenpflegeberufe. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart, 8. Auflage.

Schoppmeyer M. (2011) Innere Medizin: Kurzlehrbuch für Pflegeberufe. Urban & Fischer Elsevier GmbH, München, 5. Auflage.

Uitz E., Mayer A., Bahadori B. (2010) Rheuma: vorbeugen – erkennen – behandeln. Verlagshaus der Ärzte GmbH, Wien.

Villiger P. M., Seitz M. (2006) Rheumatologie in Kürze: Klinisches Basiswissen für die Praxis, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2. Auflage.

Abbildungsverzeichnis

Faller A., Schünke M., (2004) Der Körper des Menschen: Einführung in Bau und Funktion. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 14. Auflage, S.129.

Abbildung 1: Aufbau einer Diarthrose 16

Brückle W. (2001) Chronische Polyarthritits: Diagnose, Verlauf, Therapien. Urania Verlag, Berlin, S.9.

Abbildung 2: krankhafte Gelenksveränderung 17

<http://www.physiotherapiezentrum.at/Therapien/Hydrotherapie.html>, 29.04.2015

Abbildung 3: Stangerbad 23

Internetquellen

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

<http://dgrh.de/wasistrheuma.html>

http://dgrh.de/fileadmin/media/Praxis___Klinik/Leitlinien/2011/2_diagnose.pdf

http://dgrh.de/fileadmin/media/Praxis___Klinik/Leitlinien/2011/6_nicht_medikamentoe se_therapie.pdf

Deutsche Rheuma Liga Bundesverband e. V.

<https://www.rheuma->

[liga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/1.1_Was_ist_Rheuma.pdf](https://www.rheuma-liga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/1.1_Was_ist_Rheuma.pdf)

https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/5.2_Ernaehrung.pdf

https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/6.12_Schwangerschaft.pdf

LKH-Univ. Klinikum Graz

<http://www.klinikum-graz.at/cms/beitrag/10012630/2297830/>