

Loisl·Puchner


Diagnose Rheuma

Lebensqualität mit einer
entzündlichen Gelenkerkrankung

2. Auflage

**Jetzt
mit
Glossar**



 SpringerWienNewYork

 SpringerWienNewYork

Daniela Loisl und Rudolf Puchner

Diagnose Rheuma

Lebensqualität mit einer
entzündlichen Gelenkerkrankung

2. Auflage

SpringerWienNewYork

Daniela Loisl
Feldkirchen, Österreich

Dr. Rudolf Puchner
Wels, Österreich

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

© 2008 Springer-Verlag/Wien
Printed in Germany

Springer-Verlag WienNewYork ist ein Unternehmen von
Springer Science + Business Media
springer.at

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Produkthaftung: Sämtliche Angaben in diesem Fachbuch (wissenschaftlichen Werk) erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung und Kontrolle ohne Gewähr. Insbesondere Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eine Haftung des Autors oder des Verlages aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

Textkonvertierung und Umbruch: Grafik Rödl, Pottendorf, Österreich
Druck und Bindearbeiten: Strauss GmbH, Mörlenbach, Deutschland
Titelbild: Gettyimages /Senior couple riding bicycles on wooded road/Altrendo
Gedruckt auf säurefreiem, chlorfrei gebleichtem Papier – TCF
SPIN: 12088942

Mit 20 Abbildungen

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-211-75637-9 SpringerWienNewYork

ISBN-13 978-3-211-22042-9 1. Aufl. SpringerWienNewYork

Für Christian, Natascha, Michi, Ulli, Angela, Erna, Renate, Kurt, Magrit, Marie-Luise. Für Antonia, Johanna, Stephan, Ursula, Erna, Richard, Annemie, Dominik, Jakub, Franz ... und alle anderen Rheumapatienten und Freunde.

*Im Besonderen Univ.-Prof. Dr. Josef Smolen gewidmet
Vorstand der rheumatologischen Universitätsklinik in Wien*

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
Diagnose Rheuma – Was bedeutet das?	5
Krankheitsbewältigung – Akzeptanz oder Resignation	6
Wie wird mein Leben mit einer chronischen Krankheit wieder lebenswert?	7
Die Selbsthilfegruppen (SHG)	9
Die Österreichische Rheumaliga (ÖRL)	11
Ein Erlebnis	12
Gibt es den Rheumacharakter?	15
Kampfansage oder Resignation	19
Familien-, Ehe- und Beziehungsleben	21
Die Familie	21
Das Beziehungsleben	24
Freizeit und Sport	27
Welche Alternativen stehen den Betroffenen zur Verfügung?	27
Das Arzt-Patienten-Verhältnis	30
Medikamente und alternative Behandlungsmethoden	33
„Wundermittel“ I	36
„Wundermittel“ II	37
Chirurgische Eingriffe – Operationen	39
Was passiert im Krankenhaus?	41
Ernährung	44
Einteilung und Ursachen rheumatischer Erkrankungen	47
Wie funktioniert nun ein Gelenk?	48
Diagnostik rheumatischer Erkrankungen	49
Die Anamnese (Krankheitsschilderung)	49
Körperliche Untersuchung	54

Laboruntersuchungen	55
Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	56
Das C-reaktive Protein (CRP)	57
Rheumafaktor (RF)	57
Anti-CCP	58
Antinukleäre Antikörper (ANA)	58
HLA B27	58
Harnsäure	58
(Rotes und weißes) Blutbild	58
Leber- und Nierenwerte	59
Röntgenuntersuchung	59
Ultraschalluntersuchung	60
Kernspintomographie (MRT = Magnetresonanztomographie)	60
Drei-Phasen-Szintigraphie	60
Arthroskopie	61
Die verschiedenen rheumatischen Erkrankungen	61
Rheumatoide Arthritis (<i>fünf Fallberichte</i>)	61
Ätiologie und Pathogenese der rheumatoiden Arthritis	69
Spondylarthropathien	71
Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) (<i>drei Fallberichte</i>)	72
Psoriasisarthritis	76
Reaktive (postinfektiöse) Arthritis (<i>ein Fallbericht</i>)	77
Enteropathische Arthritiden (<i>ein Fallbericht</i>)	78
Kollagenosen	80
Systemischer Lupus erythematoses (SLE) (<i>ein Fallbericht</i>)	80
Sjögren-Syndrom	81
Systemische Sklerose	82
Gicht (Arthritis urica) (<i>ein Fallbericht</i>)	82
Polymyalgia rheumatica (<i>zwei Fallberichte</i>)	84
Borreliose	86
Die Arthrose	87
Ursachen	87
Symptome	88
Therapie	88
Arthrosen kleiner Gelenke, Fingerarthrosen (<i>ein Fallbericht</i>)	90
Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule	92
Osteoporose	93
Definition	93
Ursache und Verlauf	93
Behandlung der Osteoporose	94
Knochenabbauhemmende Substanzen (Antiresorptiva)	94
Anabole Substanzen	95
Vorbeugung der Osteoporose (<i>ein Fallbericht</i>)	95
Weichteilrheumatismus	96
Nacken-Schulter-Region	96

Ellenbogenregion	96
Knöchelregion	97
Fibromyalgie	97
Familiäres Mittelmeerfieber (<i>ein Fallbericht</i>)	98
Rheumatische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	99
Die juvenilen idiopathischen Arthritiden (JIA)	99
Systemische JIA (Still-Syndrom) (<i>ein Fallbericht</i>)	99
Seronegative polyartikuläre JIA (Rheumafaktor negativ)	101
Seropositive polyartikuläre JIA (Rheumafaktor positiv)	101
Frühkindliche Oligoarthritis (ältere Bezeichnung:	
Oligoarthritis Typ I)	101
Enthesitis assoziierte Oligoarthritis (ältere Bezeichnung:	
Oligoarthritis Typ II)	102
Therapie des kindlichen Rheumas	102
Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)	103
Basistherapeutika (DMARDS = Disease Modifying	
Antirheumatic Drugs)	103
Kortison	103
Biologika (<i>ein Fallbericht</i>)	103
Medikamentöse Therapie rheumatischer Erkrankungen	105
Medikamentöse Schmerztherapie	106
Analgetika	106
Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)	106
Coxibe	108
Schwach wirksame Opiate	108
Kortison	110
Basistherapeutika	111
Chloroquin (Resochin®)	113
Sulfasalazin (Salazopyrin®)	113
Methotrexat (Methotrexat®, Ebetrexat®)	113
Leflunomid (Arava®)	114
Goldpräparate	114
D-Penicillamin	115
Azathioprin (Imurek®)	115
Cyclosporin A (Sandimmun®)	115
Subreum®	115
Krallendorn	116
Biologische Therapie (Biologika; Biologicals)	116
TNF- α Antagonisten	116
Rituximab (Anti-CD20)	117
Abatacept	117
Sicherheitsaspekte	117
Ausblicke in die (nahe) Zukunft	118
Sysadoa (Symptomatic Slow Acting Drugs for Osteoarthritis)	118
Unkonventionelle Behandlungsmethoden in der Rheumatologie	118

Akupunktur	119
Akupressur	119
Homöopathie	120
Weihrauchpräparate (Harzextrakt aus <i>Boswellia serrata</i> H15)	120
Phytotherapie	120
Rheumamittel zum Einreiben	121
Rheumachirurgische Eingriffe bei entzündlichen Gelenkerkrankungen	121
Synovektomie	121
Endoprothetischer Gelenkersatz	122
Resektionsarthroplastik	123
Gelenkversteifung (Arthrodesen)	123
Radiosynoviorthese (RSO)	124
Krankengymnastik und sportliche Betätigung	124
Physikalische Therapie	125
Kältetherapie	125
Wärmetherapie	126
Elektrotherapie	126
Ernährung und Rheuma	126
Eliminationsdiäten	127
Supplementierungen	128
Allgemeine Ernährungsempfehlungen bei entzündlichen Gelenkerkrankungen	128
Rheuma und Schwangerschaft	129
Berühmte Persönlichkeiten	131
Literatur	139
Glossar	141
Sachverzeichnis	149
Autoren	152

Einleitung

Rheuma ist eine Volkskrankheit, die alle Altersstufen, Berufsgruppen und soziale Schichten betrifft.

Es ist eine der ältesten dokumentierten Erkrankungen der Welt. Untersuchungen an Mumien legten den Verdacht nahe, dass bereits im alten Ägypten die Menschen unter rheumatischen Beschwerden gelitten haben.

Rheuma ist eine Erkrankung, die keinesfalls nur bei alten Menschen vorkommt und in jedem Lebensalter, so auch im Kleinkindes- und Jugendalter, erstmalig auftreten kann.

Obwohl schon so lange so viele Menschen von Rheuma gequält werden, konnte die Ursache dieser Erkrankung bisher nicht eindeutig entschlüsselt werden. Auch eine Heilung ist noch nicht gelungen. Weder konnte die Entzündung im Gelenk verhindert oder besiegt, noch der Knorpelabbau eingedämmt werden.

Die Medizin hat aber in den letzten Jahren enorme Anstrengungen unternommen und große Fortschritte erzielt. Durch neuere Kenntnisse über Ursache und Krankheitsverlauf konnten neue, sehr wirkungsvolle Medikamente entwickelt werden, die erstmals in (ferner) Zukunft an eine Heilung denken lassen.

Was ist Rheuma?

Der Begriff Rheuma umfasst zahlreiche entzündliche und nicht entzündliche, durch Abnutzung oder Alterungsprozesse hervorgerufene Erkrankungen vornehmlich an den Gelenken, den Knochen und Muskeln, seltener können auch Sehnen, Bänder, Nerven und Organe beteiligt sein.

Der Begriff Rheuma ist griechischen Ursprungs und bedeutet „der Fluss und das Fließen“. In der Antike war man der Ansicht, rheumatische Beschwerden würden von Stoffen oder Säften hervorgerufen, die im Körper umherfließen. Bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen spielen Störungen des Immunsystems die Hauptrolle. Daneben können auch Stoffwechselerkrankungen oder insbesondere bei degenerativen Gelenkerkrankungen Fehlhaltungen und Übergewicht eine Rolle spielen.

Nässe und Kälte sind entgegen früherer Ansichten von untergeordneter Bedeutung.

Die klassischen Symptome sind Schmerzen, Schwellung und Steifheit eines oder mehrerer Gelenke. Daneben muss auch bei Erkrankungen der Haut, der Sinnesorgane oder sogar bei Verdauungsbeschwerden an Rheuma gedacht werden.

Dieses Buch informiert in erster Linie über chronisch entzündliche Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit haben wir uns dazu entschlossen, alle geschlechtsspezifischen Wörter nur in männlicher Form zu verwenden. Selbstverständlich gelten alle Bezeichnungen gleichwertig für Frauen.

Diagnose Rheuma – Was bedeutet das?

Es war ein nicht sehr schöner regnerischer Sommertag, als ich frühmorgens munter wurde und ein dickes, pampstiges Gefühl in meinem rechten Mittelfinger verspürte. Natürlich dachte ich mir nichts Sonderliches dabei, denn ich handarbeitete sehr viel, und das war mit Sicherheit nur eine Sehnenscheidenentzündung oder etwas Ähnliches – dachte ich. Nach ein paar Tagen war dieser ziehende Schmerz ohnehin wieder verschwunden – bis in ein paar Wochen dieselben Symptome wieder vorhanden waren. Da die Schmerzen mit der Zeit so stark wurden, dass es mir morgens nicht einmal mehr möglich war, mir die Zähne mit der rechten Hand zu putzen, ging ich schließlich doch zum Arzt. Zum Hausarzt.

Dr. A diagnostizierte eigentlich von Beginn an richtig. Selbstverständlich mit Blutabnahmen und allen erforderlichen Angaben meinerseits. Nur – das Problem war, mit meinen 21 Jahren nahm ich die Diagnose „Rheuma“ nicht sehr ernst und leider, muss ich heute sagen, gab es niemanden, der mir den Ernst der Situation auch wirklich klar machte. Im Grunde genommen ist es für uns Betroffene egal, an welcher rheumatischen Erkrankung wir leiden, denn der Schmerz ist da – egal, ob bei chronischer Polyarthrit, Morbus Bechterew oder bei einer Form der Arthrose. Als mir Dr. A Medikamente verschrieb, die ich, wie er mir erklärte, über einen sehr langen Zeitraum einnehmen musste, hatte ich überhaupt keine Vorstellung, wie diese wirken sollten. Die Schwierigkeit für mich war unter anderem, dass ich bei der Einnahme von den (wie ich heute weiß) Basismedikamenten keine spürbare Reaktion oder gar Besserung bemerkte. Und die schmerzstillenden Tabletten, die ich verschrieben bekam, halfen wenig oder oft fast gar nicht bei den häufig sehr heftigen Schmerzattacken.

Eines Morgens waren die Schmerzen und Schwellungen so stark, dass ich auch keine Schuhe mehr anziehen konnte. Der Schmerz hatte sich bereits auch auf Hände und Füße verbreitet! Da ich zur Arbeit musste bzw. sollte, begann ich richtig zu verzweifeln. Ich brach in Tränen aus, diese absolute

Hilflosigkeit hatte ich noch nie erlebt und es blieb mir nichts anderes übrig, als mich krankschreiben zu lassen. Nur, Dr. A war auf Urlaub und so musste ich zu seiner Vertretung Dr. B. Dr. B gab mir eine Injektion und überwies mich ins Krankenhaus. Ich machte mir damals weder Gedanken darüber, noch fragte ich den Arzt, was er mir injiziert hatte. Wichtig für mich war nur, dass die Spritze eine schmerzlindernde Wirkung hatte. (Heute bin ich mir sicher, dass mir Kortison gespritzt wurde. Über meine Erfahrung mit diesem körpereigenen Hormon möchte ich aber später noch berichten.)

Von da an begann erst der richtige Spießrutenlauf: Dr. B überwies mich ins Krankenhaus, wo ich meinen ersten stationären Aufenthalt hatte. Ich hörte die Ärzte nur als Außenstehende über mich diskutieren und hörte Worte fallen wie Chemotherapie, Gold, Resochin und dergleichen. Mit diesen Begriffen wusste ich überhaupt nichts anzufangen und meine Verzweiflung wurde immer größer!

Schließlich wurde mir das – heute nicht mehr verwendete – Medikament „Ridaura“ (ein Goldpräparat in Tablettenform) als Basistherapie verschrieben. Ganze zwölf Tage nahm ich diese Tabletten einmal täglich zu mir, als ich eines Nachts munter wurde und von einem furchtbar juckenden und schmerzhaften Nesselausschlag gequält wurde. Unbeschreiblich! Natürlich musste ich dieses Präparat sofort absetzen. Das Martyrium mit dem Juckreiz machte ich mehr oder weniger stark ungefähr drei Monate mit, bis es allmählich verschwand. Man kann sich natürlich vorstellen, dass mein Vertrauen in die Medizin ziemlich erloschen war. Hatte ich nicht schon eine gewaltige Odyssee hinter mir!

Dann begann ich mit einem anderen Konzept: Ignoranz! Das war für mich relativ einfach, denn bei der chronischen Polyarthrits treten die Schmerzattacken schubweise auf, und, zumindest im Anfangsstadium, ist man in der Zwischenzeit so gut wie schmerzfrei. So begann ich mich nur mehr auf diese schmerzfreie Zeit zu konzentrieren und versuchte zumindest, die schlimmen Schmerzen einfach zu ignorieren und so zu tun, als wäre ich ohnehin gesund. Was natürlich fatale Folgen hatte. Bei jedem Schub wird die Gelenkzerstörung vorangetrieben und die „Vogel-Strauß-Methode“ ist einer der schlimmsten Fehler, die man als chronisch Kranker überhaupt begehen kann.

Vielleicht sagen Sie jetzt: „Das kommt mir bekannt vor!“ Immer wieder erlebe ich, dass mitbetroffene chronisch Kranke durch dieselbe sehr harte Lebensschule gehen müssen. Aber es gibt nur zwei Möglichkeiten, diese zu bewältigen: **Akzeptanz oder Resignation.**

Krankheitsbewältigung – Akzeptanz oder Resignation

Jeder chronisch Kranke, egal an welcher Krankheit er leidet, geht durch verschiedene Phasen von Hoch und Tief. Niemand kann von Beginn an sagen: „Egal, was kommt, ich werde mit allen Schicksalsschlägen fertig!“ Es ist eine lange, harte Erfahrung, die man durchwandert, und nicht alle haben die

psychische Stärke, das alles alleine zu schaffen. Heute empfehle ich vielen Betroffenen, die sehr schwer mit dieser Erkrankung zurechtkommen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, also einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Und damit möchte ich aufs dringendste betonen, dass es keine Schwäche ist und man nicht „geistig krank“ ist, wenn man einen Psychologen aufsucht! Viele Leute schämen sich und möchten nicht zugeben, dass sie Hilfe benötigen. Warum? Ist es ein Fehler einzugestehen, dass man mit so einem großen Problem alleine nicht mehr fertig wird? Soll man besser in Kauf nehmen, dass die Folgen der Verzweiflung in Depressionen enden? Selbstverständlich ist das Vertrauen in den Therapeuten von enormer Wichtigkeit, da man ihm praktisch sein Innerstes offenbart.

Gerade im rheumatischen Formenkreis spielen nicht nur der Schmerz und die Einnahme von Medikamenten eine große Rolle. Ein ganz entscheidender Faktor ist auch die Optik, die für andere Personen sichtbare Veränderung des Körpers. Wie kann man sich selbst akzeptieren, wenn man die Blicke der Leute auf sich spürt? Wenn man nicht mehr „normal“ gehen kann, wenn man hinkt? Wenn die Hände deformiert sind? Wie sollen die Mitmenschen das akzeptieren, wenn ich es selbst nicht kann? Wie soll ich mit dem Getuschel hinter meinem Rücken umgehen, den mitleidigen Blicken? Oder den bornierten, neugierigen Fragen vieler unsensibler Neugieriger? Man kommt in Situationen, mit denen man als Gesunder nie konfrontiert wurde. Wie aber kommt man mit diesem neuen Leben zurecht?

Als Außenstehender ist es immer leicht, von Dingen zu reden, die einen selbst nicht betreffen. Aussagen, wie „Du bist krank, na und? Das Leben geht trotzdem weiter. Es ist doch nicht so schlimm, wenn man hinkt“, bekommt man immer wieder zu hören. Kluge Sätze, nicht wahr? Derjenige, der das sagt, meint das vielleicht wirklich so und doch hat er nicht den blassesten Schimmer, was es heißt, selbst betroffen zu sein. Das ganze Leben stellt sich auf den Kopf, wenn man mit einer chronischen Krankheit leben muss. In verschiedenen Lebensbereichen treten Änderungen ein:

Beruf
Beziehung
Haushalt
Freizeit
Sport

Auf die einzelnen Sparten möchte ich später noch genauer eingehen.

Wie wird mein Leben mit einer chronischen Krankheit wieder lebenswert?

Man kann nicht erwarten, dass man von Beginn an mit einer Krankheit umgehen kann, wenn man immer gesund war. Es ist ein Lernprozess, der sich über Jahre hinzieht. Gerade bei der chronischen Polyarthrit, wo kein Tag wie

der andere ist und man nie vorhersagen kann, wie gut oder wie schlecht es einem am darauf folgenden Tag gehen wird, ist die Akzeptanz besonders schwer. Plötzlich bereiten einem die einfachsten Tätigkeiten die größten Schmerzen oder können nur mit Mühe durchgeführt werden. Es kann sogar zum Problem werden, sich die Zähne zu putzen, weil es einem am Morgen nicht möglich ist, die Zahnbürste fest zu umfassen, da die Fingergelenke dick, geschwollen und sehr schmerzempfindlich sind. Man kann keine Flaschen oder Dosen öffnen, da einem für solche „einfachen“ Bewegungen die Kraft fehlt.

Nicht selten passiert es, dass man zu verzweifeln beginnt und den Tränen nahe ist. Wie soll man auch verstehen, was in seinem Körper plötzlich vor sich geht? Gerade das ist aber ein ganz wichtiger, entscheidender Punkt. Man muss sich selbst kennen lernen, die Reaktionen seines Körpers zu deuten verstehen, nur so kann man mit dieser neuen Lebenssituation umgehen.

Man geht durch verschiedene Phasen. Aber alle Betroffenen, die ich im Laufe der Jahre kennen lernte, gingen durch eine ziemlich ähnliche harte Lebensschule. Die meisten lernten damit umzugehen, aber natürlich gibt es auch Patienten, die einfach resignieren, und das ist gerade als Betroffener sehr schlimm mit anzusehen.

Am Beginn, wenn die Krankheit noch nicht ganz so schlimm ist, versucht man auch die „Vogel-Strauß-Methode“. Ich muss sagen, für eine kurze Zeit kommt man damit ganz gut über die Runden. Aber auf Dauer ist das keine Lösung. Natürlich kann ich die Präsenz der Krankheit zwischen den Schüben ignorieren, aber jeder weitere Schub bedeutet eine Zerstörung des Gelenks und gerade das ist man versucht möglichst zu verhindern. Es ist absolut unumgänglich, ja sogar dringend notwendig, so bald wie möglich mit einer richtigen Basistherapie zu beginnen!

Je früher man zum Arzt geht, je früher die richtige Diagnose feststeht, desto mehr Chancen bestehen, die Krankheit gut zu behandeln und eine mögliche Invalidität zu verhindern.

Nur hat diese „Vogel-Strauß-Methode“ einen ganz gemeinen Nebeneffekt. Am Anfang der Krankheit ist es meist so, dass man zwischen den Schüben gar keinen Schmerz verspürt, und es trifft einem dann umso härter, wenn sich nach einiger Zeit doch ein vielleicht auch noch sehr schwerer Schub bemerkbar macht. Und dieser Schub kommt wie ein Paukenschlag, da man ja schon alles wieder als „normal“ angesehen hatte.

Eine der nächsten Phasen ist Verzweiflung und auch Selbstmitleid. Die Frage „Warum gerade ich?“ stellt sich mit Sicherheit jeder chronisch Kranke einmal. Vielleicht ist aber gerade dieser Schritt notwendig, um sich mit sich selbst auseinander zu setzen. Verzweiflung, Tränen, Einsamkeit, das Gefühl, von allen anderen nicht verstanden zu werden, sind völlig neue Erfahrungen. Die Hilflosigkeit und auch Abhängigkeit von den Mitmenschen lässt einen oft ganz verzweifeln. Der Partner, die Verwandten und Freunde können oft gar nicht verstehen, was in einem vorgeht. Wie soll man das auch erklären? „Man sieht ja gar nichts, was sind das bloß für Schmerzen? Ist das wirklich

möglich, dass du nicht mehr richtig gehen kannst?“ Das sind noch die harmloseren Kommentare, die man sich oft anhören muss. Leider muss man auch mit absolut unqualifizierten und auch gemeinen Aussagen lernen zurechtzukommen.

Wie aber lerne ich jetzt wirklich damit umzugehen? Eine sehr schwere Frage. Entscheidend aber ist, dass nur Sie – und sonst niemand – das Ausschlaggebende dazu beitragen müssen!

Der erste Schritt: Information

Informieren Sie sich über Ihre Krankheit, setzen Sie sich bewusst damit auseinander, welche Formen der Krankheit es gibt, wie die Krankheit abläuft, was Sie erwarten können und welche Möglichkeiten Sie haben, dagegen anzukämpfen.

Wo kann ich mich überhaupt informieren? In erster Linie werde ich meinen Arzt befragen, aber auch der beste Arzt kann Ihnen nicht sagen, wie Sie mit der neuen Situation leben können. Aber es gibt einen Lichtblick! Sogar einen sehr großen!

Die Selbsthilfegruppen (SHG)

Diesen Begriff haben Sie sicher schon gehört, vielleicht nicht im Zusammenhang mit dem rheumatischen Formenkreis, sicher aber bei Krebspatienten und mit allergrößter Wahrscheinlichkeit kennen Sie die „anonymen Alkoholiker“. Das sind nichts anderes als zusammengeschlossene, organisierte Gruppen von Betroffenen. Schon beim ersten Besuch so einer Selbsthilfegruppe werden Sie ein ganz anderes Gefühl für sich selbst und auch den anderen Patienten entwickeln. Das erste Mal treffen Sie Leute, die vor denselben Problemen stehen wie Sie selbst. Die mit den gleichen Alltagsproblemen kämpfen müssen – und denen es vielleicht noch viel schlechter geht als Ihnen! Bestenfalls wird sich sogar ein Gefühl der Geborgenheit und des Verständnisses einstellen. Sie müssen nicht lange reden und erklären, das Verstehen ist einfach da. Ihrem Gegenüber ergeht es ja nicht anders als Ihnen selbst und dieses ewige Gefühl des „Rechtfertigen-Müssens“, wenn man etwas nicht mehr machen kann, ist wie weggeblasen. Da sind Betroffene dabei, die schon über lange Jahre mit ihrer Krankheit konfrontiert sind, und Sie werden sehen, mit welchem Lebensmut und Esprit manche das alles bewältigen.

Als ich 1991 meinen ersten operativen Eingriff hinter mir hatte, war ich natürlich ein paar Wochen im Krankenstand. Da hatte ich genug Zeit, über alles nachzudenken, und ich fasste den Entschluss, mich zu erkundigen, ob es nicht so eine Art von Selbsthilfegruppe in Österreich gibt. Das erste Mal begann ich mich bewusst damit auseinander zu setzen, dass ich doch nicht alleine mit dieser Krankheit auf der Welt sein kann. Als Erstes rief ich Krankenkassen, Krankenhäuser und auch Rehabilitations-Zentren an, um zu fragen, ob jemand von so einer Selbsthilfegruppe Kenntnis habe. Es war ein

absoluter Fehlschlag! In ganz Österreich konnte mir niemand von der Existenz so einer Gruppe berichten!

Nach zirka einem Jahr, ich hatte diesen Erkundungszug längst vergessen, bekam ich einen Anruf von einem Herrn, der im sozialen Dienst einer Krankenkasse tätig war. Er hatte sich damals meinen Namen und meine Telefonnummer notiert und erzählte mir, dass er von einem Vortrag über Rheuma wüsste, der gehalten werde. Wenn ich Interesse hätte, so könne er mir Ort und Zeit nennen und ich könnte diese Veranstaltung besuchen. Ich brauche bestimmt nicht extra betonen, dass es für mich gar keine Frage war, ob ich zu diesem Vortrag gehen würde. Dort referierten ein Internist und ein Orthopäde. Der Internist war Dr. Puchner. Für mich war es die erste Gelegenheit, auch sehr viele „rheumakranke“ Mitmenschen zu treffen. Das erste Mal hatte ich das Gefühl, nicht alleine zu sein mit der Erkrankung. Im Anschluss dieser Vorträge blieb eine kleinere Gruppe von Leuten übrig, die auch Interesse an einer Selbsthilfegruppe hatten. Wir waren sieben Personen! Leider reduzierte sich diese Anzahl schnell auf fünf, da zwei Frauen eine ganz andere Vorstellung von einer Selbsthilfegruppe hatten als die übrigen. Nun wurde beschlossen, dass wir uns regelmäßig, zumindest einmal im Monat, treffen. Es war unglaublich, die Zahl der Interessierten wuchs ständig! Alleine die Mundpropaganda zeigte Wirkung!

Von dieser Zeit an trafen wir uns wirklich alle paar Wochen und es war ein nettes und aufgewecktes Beisammensein. Damals war uns noch gar nicht richtig bewusst, dass wir anscheinend (nach meinem Wissen) die erste Selbsthilfegruppe für Rheuma in Österreich überhaupt waren. Und, noch ein ganz wichtiger Aspekt: Dr. Puchner war und ist heute noch unser betreuender Arzt.

Können Sie sich jetzt etwas unter einem „betreuenden Arzt“ vorstellen? Meines Erachtens benötigt jede seriös geführte Selbsthilfegruppe einen solchen Arzt. Es ist bestimmt richtig, dass wir Patienten mit der Zeit sehr erfahren werden und man uns über die eigene Krankheit nicht so schnell etwas vormachen kann, aber trotzdem kann man als Patient nicht alle Fragen beantworten, die einem die anderen stellen. Die medizinischen Antworten kann eben nur ein Arzt geben. Der Arzt muss und soll auch gar nicht bei jedem Treffen anwesend sein, aber ab und zu einen Doktor im privaten Rahmen Fragen stellen zu können, ohne Zeitdruck, das hat bis jetzt noch jeder gerne in Anspruch genommen. Da stellt zum Beispiel jemand eine Frage, an die man selbst schon oft gedacht hat, nur nie die Gelegenheit hatte, sie in der Behandlungszeit an den Arzt zu richten, da die Zeit einfach zu knapp war. Und, der Punkt ist sehr wichtig, medizinische Antworten sollte eben nur ein dafür Ausgebildeter geben. Immer wieder fragen mich Patienten, ob sie dieses oder jenes Medikament nehmen sollen, das ihnen der Arzt verschrieben hat. Dazu möchte ich sagen: Meine Erfahrung mit den mir bekannten Präparaten gebe ich gerne weiter und kläre auch darüber auf. Nur, ob jemand das für ihn verschriebene Medikament nehmen soll oder nicht, darauf wird niemand eine Antwort von mir bekommen. Das ist die Entscheidung jedes Einzelnen, die er

mit dem Arzt besprechen muss! Es steht mir auch nicht zu, darüber zu entscheiden! Gerade aus diesem Grund, da solche Fragen sehr häufig auftreten, ist es gut, ab und zu einen Arzt in der Mitte zu haben, der bereitwillig und kompetent Auskunft gibt.

Es ist vielleicht nicht einfach, einen guten und auch erfahrenen Rheumatologen für die Gruppe zu finden. Aber es gibt genug Ärzte, die idealistisch sind und auch mit Freude eine Gruppe betreuen. Natürlich gibt es auch die andere Seite, die ich persönlich nicht ganz so gut finde: Es gibt Gruppen, wo IMMER ein Arzt anwesend ist. Nicht, das ich etwas gegen den Arzt hätte, aber der eigentliche Sinn einer Selbsthilfegruppe geht verloren. Man möchte auch mal „unter sich“ sein und über andere Behandlungsmethoden sprechen. Viele Kranke reden befreiter über Alternativmedizin, wenn die Patienten unter sich sind. Eine gut geführte Gruppe (das heißt, eine Gruppe sollte von einem erfahrenen Patienten geleitet werden) wird immer versuchen, die Grenze von Alternativmedizin zu Scharlatanerie zu wahren.

Von Vorteil ist es auch, wenn man ab und zu einen Themenabend gestaltet. Vielleicht kennt das eine oder andere Gruppenmitglied einen Physiotherapeuten, einen Ergotherapeuten oder auch einen Ernährungswissenschaftler, der bereit ist einen Vortrag in der Gruppe zu halten. Die Möglichkeiten der Information sind unerschöpflich und es ist kein Muss. Viele Betroffene fühlen sich schon wohl, wenn sie unter anderen Personen sind, denen es ebenso geht wie ihnen. Es gibt Patienten, die nicht in eine Selbsthilfegruppe gehen möchten. Wenn man sie fragt, aus welchem Grund, so wird man meist schnell die Erfahrung machen, dass die meisten eine falsche Vorstellung von solchen Treffen haben. Viele denken, bei diesen Treffen wird nur geklagt, über Krankheit geredet, darüber gesprochen, wer schlimmer erkrankt ist, und man bedaure sich gegenseitig. Ehrlich gesagt, zu so einem Gruppentreffen würde ich auch nicht gehen! Die meisten haben keine Ahnung, welche positive Stimmung da oft herrscht, wie unbefangen untereinander geredet und erzählt wird und welchen Spaß so ein geselliges Beisammensein machen kann. Ein Außenstehender würde oft nicht einmal bemerken, dass es sich da um kranke Menschen handelt, sondern glauben, es ist einfach eine fröhliche Runde.

Mittlerweile, oder Gott sei Dank, gibt es jetzt schon einige solcher Selbsthilfegruppen und in einigen Bundesländern sogar viele. Nur, wie kommt man zu so einer Gruppe und wo kann ich mich informieren?

Die Österreichische Rheumaliga (ÖRL)

1994 wurde die Österreichische Rheumaliga (kurz ÖRL) von der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie, eine Vereinigung für Ärzte, ausgegliedert. Die ÖRL ist eine österreichweite, ehrenamtliche Selbsthilfeorganisation, bestehend aus einigen Landesgruppen und vielen Selbsthilfegruppen. Die ÖRL stellt eine Plattform zwischen Arzt und Patient dar und arbeitet international mit den Rheumaligen anderer europäischer Länder zusammen. Auch

in die europäische Dachorganisation „People with Arthritis and Rheumatism in Europe“ (PARE) ist die ÖRL miteingebunden.

Was macht die ÖRL?

- Beratung von Betroffenen, Angehörigen und Interessierten,
- Hilfestellung beim Einreichen von Pflegegeldanträgen oder Behinderten-
ausweisen,
- Zusammenarbeit mit Rheumatologen, Therapeuten und Wissenschaftern,
- Information über die neuesten Therapien durch die Zeitschrift „Aktiv mit
Rheuma“,
- Veranstaltungen wie „Rheumatage“ für die Betroffenen und Interessierten.

Ziele der ÖRL

Ziel der ÖRL ist Bewusstseinsbildung der Bevölkerung über die Krankheit „Rheuma“. Durch Pressekonferenzen und Gesprächen mit Politikern versucht die ÖRL aufzuklären, dass Rheuma eine ernst zu nehmende Erkrankung ist.

Wie profitiert der Patient?

Nicht nur für Betroffene, sondern für alle Interessierte besteht die Möglichkeit einer Mitgliedschaft. Je höher die Anzahl der Mitglieder, umso stärker kann die Rheumaliga die Anliegen der Betroffenen in der Politik und auch bei den Krankenkassen argumentieren. Außerdem haben die Mitglieder den Vorteil, das Magazin „Aktiv mit Rheuma“ direkt ins Haus zugesandt zu bekommen.

Motto der Österreichischen Rheumaliga

*„Betroffene helfen Betroffenen:
Miteinander und füreinander –
Nur gemeinsam sind wir stark“*

Ein Erlebnis

Erst vor relativ kurzer Zeit machte ich eine Erfahrung, oder besser: durfte ich eine Erfahrung machen, die mir tagelang nicht aus dem Kopf ging. Ein Erlebnis, das ich jedem, nicht nur Kranken, wünschen würde.

Welche Erfahrungen mit unseren Mitmenschen machen wir im Allgemeinen? Es gibt Mitmenschen von absolut arroganter, gefühlloser und egoistischer Natur.

Es gibt Mitmenschen mit Ignoranz, dem „Übersehen“ des anderen und der Gleichgültigkeit.

Es gibt Mitmenschen mit Einfühlungsvermögen, Mitgefühl, Hilfsbereitschaft und Verständnis.

Aber es gibt vereinzelt noch Menschen, die über die dritte Kategorie unserer Mitmenschen noch hinausgehen. Ich musste erst 38 Jahre alt werden, um so eine Frau kennen zu lernen. Eine Kollegin.

Wir hatten uns nur ein paar Mal gesehen, da sie mich in meiner Urlaubszeit vertrat. Aber diese kurze Zeit genügte ihr vollkommen, um sich von mir, meiner Krankheit und vor allem meinem inneren Seelenleben ein Bild zu machen.

Einmal gingen wir mittags zusammen essen, auch um uns etwas zu unterhalten und besser kennen zu lernen. Zuerst nur vorsichtig und etwas zögernd begann sie mir ihren eigentlichen Beweggrund für unser Treffen zu offenbaren. „Sie wollte mir etwas Gutes tun“ – wie sie es in kurzer prägnanter Weise erklärte.

Jetzt kann man natürlich sagen, dass ist nicht so etwas absolut Außergewöhnliches. Doch, in diesem Fall ist es sogar etwas ganz Großartiges! Es gehört eine sehr ausgeprägte Menschenkenntnis dazu, jemanden bis in sein „Innerstes“ sehen zu können.

Zum allgemeinen Verständnis muss ich wohl erklären, dass ich mich auch nicht immer so gebe, wie ich wirklich bin. Aber ich denke, wenn jeder chronisch Kranke – speziell im Bereich der chronischen Polyarthrititis – ehrlich zu sich selbst ist, wird er zugeben müssen, dass man einen gewissen Selbstschutz aufbaut. Dies kann sich natürlich auf die verschiedensten Verhaltensweisen auswirken. Der eine zieht sich zurück und will von der Umwelt nichts mehr wissen, nur um dem gesellschaftlichen Druck nicht standhalten zu müssen. Und manche flüchten in eine, auch für den Betreffenden nicht unbedingt angenehme, Aggression gegenüber anderer Mitmenschen.

Solche Aggressionen habe ich bei vielen chronisch Kranken feststellen können. Leider auch bei mir. Es fällt einem persönlich sehr schwer, sich diese Schutzreaktion überhaupt einzugestehen, denn mit dem „Zugeben“ und dem „Eingestehen“ dieser Schutzmaßnahme hat man das Gefühl, wieder eine neue verwundbare Stelle zu offenbaren. Es ist ein sehr gut wirksames Abwehrsystem gegenüber mitleidigen Blicken und Aussagen. Man blockt von vornherein ab, dass das Gegenüber Mitgefühl überhaupt zulässt. Eine wirksame Methode, um Mitleid zu unterbinden. Aber im Endeffekt hat es fatale Nebenwirkungen auf das eigene Seelenleben.

Sicher, wenn man das alles einmal über lange Zeit hinweg praktiziert, werden sich die anderen hüten, Mitgefühl oder Anteilnahme zu zeigen. Derjenige könnte ja eine unangenehme Überraschung riskieren, um für etwas, dass er vielleicht gar nicht so gemeint hat, mit einer sarkastischen Bemerkung bestraft zu werden. Oh, es ist nicht immer unangenehm, wenn man bemerkt, dass andere so reagieren. Warum? Es gibt einem ein gewisses Gefühl der Macht, auch wenn das für viele nicht verständlich ist. Aber man hält die Mitmenschen damit auf Distanz und es kommt einem niemand zu nahe. Niemand käme auf die Idee, dass sich gerade hinter diesem „bösen“ Menschen ein sehr sensibler Mensch verbirgt. Kein Wunder, man stößt ja alle vor dem Kopf!

Kennen Sie solche Verhaltensweisen nicht? Auch wenn Sie selbst ein anderer Typ Mensch sind, beobachten Sie doch einmal Ihr Umfeld! Natürlich kann man nicht alle über einen Kamm scheren und jemand, der vielleicht eine aggressive Verhaltensform zeigt, muss nicht unweigerlich an einer Krankheit leiden. Aber versuchen Sie Ihre Freunde, Verwandten, Bekannten und auch fremde Leute, die Sie vielleicht nur bei einem Einkauf treffen, einmal genau zu beobachten. So etwas geht nicht von heute auf morgen und man braucht ein ganz besonderes Gespür für seine Umgebung. Dies fällt auch unter „emotionale Intelligenz“. Manche glauben sie zu besitzen und in Wirklichkeit ist genau das Gegenteil der Fall. Da werden die sensibelsten Menschen als eiskalt und gefühllos oder sogar als Rationalisten bezeichnet. Jetzt kann man sagen, derjenige ist selber schuld, warum lässt er niemanden an sich heran? Das zu erklären ist eine sehr schwierige Aufgabe.

Nur, die erwähnte Kollegin „durchschaute“ mich förmlich. Als ob sie mich schon ewig kennen würde, beschrieb sie mir meinen Charakter und mein innerstes „Ich“. Sie bemerkte sehr wohl, dass ich nicht immer so stark bin, wie es nach außen scheint. Doch diese Mitmenschen sind eben absolute Ausnahmeerscheinungen. Für mich war es ungewöhnlich und ich fühlte mich sogar irgendwie ertappt. Meine Taktik praktiziere ich schon so lange, dass ich mir auch überrumpelt vorkam und – natürlich, wieder verwundbar.

Es gibt aber noch das andere Extrem. Der eine schützt sich, indem er versucht die Mitmenschen von sich fernzuhalten, um nur ja kein Mitgefühl zuzulassen, und dann gibt es noch diejenigen, die in Selbstmitleid förmlich aufgehen. Bei jeder Gelegenheit versuchen sie, die Aufmerksamkeit und das Mitleid der anderen zu erlangen. Versuchen alles vor sich selbst zu rechtfertigen, indem sie sich immer wieder sagen, wie krank sie doch sind. Ist es in solchen Fällen nicht vorprogrammiert, dass man in ein immer größeres Loch fällt? Man macht sich alles noch schwerer, als es schon ist, da das Leiden und der Schmerz immer präsent sind. Kein Wunder also, wenn diese Mitbürger das Gefühl haben, nicht mehr ernst genommen zu werden. Wenn man etwas immer wieder hört, dann wird einem das einmal zuviel oder es wird gar nicht mehr wahrgenommen. Die Psyche spielt eben eine sehr wesentliche Rolle. Menschen, die zu übertriebenem Selbstmitleid neigen, sind in einem Teufelskreis gefangen. Das betrifft nicht nur die Gesundheit, sondern greift in alle Lebenslagen ein. Selbstmitleid und Pessimismus gehen Hand in Hand. Statt das Positive zu sehen, findet der Pessimist an jeder Lebenssituation etwas Negatives. Versteht es sich nicht von selbst, dass, wenn ich immer alles schwarz sehe, mein Seelenleben bedrückt und belastet ist? Dass ich mich schwer über ein Ereignis freuen kann, weil immer ein „Aber“ dazwischensteht, ist in da von vornherein gegeben. Kritisch sein, ja, aber nur die negativen Seiten zu sehen und alles hundertmal zu hinterfragen, da wird das schönste Leben zur Qual. Diese Personen stehen sich selbst im Weg.

Der Optimist freut sich über den Blumenstock, den man ihm schenkt, und der Pessimist denkt dabei daran, wie lange er wohl blühen wird und wann die Pflanze eingeht. Alles durch die rosarote Brille zu sehen ist das andere Extrem.

Den goldenen Mittelweg zu finden soll das Ziel sein. Hochs und Tiefs im Leben hat jeder und es kann nicht jeden Tag die Sonne scheinen. Sich mit sich selbst zu befassen und dabei wirklich aufrichtig zu sein ist wesentlich schwerer, als über die anderen Leute zu reden und deren Fehler aufzuzeigen. Niemand ist perfekt. Ein Choleriker muss sich mit sich selbst auseinander setzen, um zu lernen ruhiger und ausgeglichener zu werden. Wenn ein jähzorniger Mensch seinen oft unbegründeten Zorn hinterfragt, so wird er sich des Öfteren eingestehen müssen, dass es andere Wege gibt, um dem inneren Druck nachzugeben. Lernt er das nicht, wird für ihn eher die Gefahr bestehen, einmal einen Herzinfarkt zu erleiden. Ist das an den Haaren herbeigezogen? Vielleicht gehen Sie mit meiner Meinung nicht konform. Das muss auch nicht so sein. Jeder soll sich sein eigenes Bild schaffen.

Gibt es den Rheumacharakter?

Ich habe im Lauf der Jahre festgestellt, dass gewisse Verhaltensmuster oder auch Charaktere bei allen an einer arthritischen Form des Rheumas Erkrankter vorhanden sind. Haben Sie sich schon einmal gefragt, warum Sie gerade diese und keine andere Krankheit haben? Warum Sie an etwas erkrankt sind, das nach außen zeigt? Eine Krankheit, die die Blicke der anderen so auffällig auf sich zieht?

Natürlich fragt sich jeder Betroffene einmal, warum gerade ich!? Aber spinnen Sie doch die Frage einmal weiter ... Das hat nichts mit großartiger Psychologie zu tun, sondern nur damit, einen Versuch zu starten, sich selber besser kennen zu lernen. In sein Innerstes zu gehen, auf seinen Körper zu horchen und die kleinsten Veränderungen wahrzunehmen. Wann treten die Schmerzen auf? Wann verstärken sich die Symptome? Wenn ich fröhlich und glücklich bin, geht es mir dann auch körperlich besser? Lernen Sie sich selbst kennen! Das ist wesentlich schwieriger, als man glaubt! Unser Gegenüber erzählt uns, wenn es ihm schlecht geht, oder wir kennen unsere Freunde und Lieben so gut, dass wir an ihrem Verhalten merken, wenn sie etwas bedrückt oder belastet.

Aber wie ist es mit uns selbst?

Das was ich Ihnen in den letzten und folgenden Seiten zu erklären versuche, wurde keinen wissenschaftlichen Tests unterzogen, das sind alles Erfahrungen, die ich persönlich machen durfte, seit ich an chronischer Polyarthritits leide. Viele mögen vielleicht denken, das sei an den Haaren herbeigezogen, ich versichere Ihnen, dass das nicht so ist. Leute, die von vornherein behaupten, diese oder jene Erfahrung sei Unsinn, sind meist noch nie in einer vergleichbaren Lage gewesen.

Es ist sehr wichtig für jeden Einzelnen, eigene Erfahrungen zu sammeln, denn nur so ist eine wirkliche Krankheitsbewältigung möglich.

Ich habe keine Ahnung, ob je eine Studie durchgeführt wurde, die sich mit dem Thema der Charaktere im rheumatischen Formenkreis befasste. Meiner

Meinung nach ist es für einen Betroffenen nahe liegender, sich mit dieser Materie zu konfrontieren, als für einen völlig Unbeteiligten. Wir leben immerhin damit. Unser Leben wird mitbestimmt von Schmerzen und Wohlbefinden. Kein Tag ist wie der andere. Selbst ein Arzt, und sei er noch so gut, wird als gesunder Mensch nie nachempfinden können, wie es in unserem Innersten aussieht. Mit welchen täglichen Problemen wir zu kämpfen haben. Wenn sie keinen Krebs haben, wissen sie dann, wie dieser Patient sich fühlt? Welche verborgenen Ängste er ausgeliefert ist? Wir können alles nur subjektiv empfinden. Alles andere ist nicht möglich. Verständnis, Mitgefühl und Mitleid zu fühlen ist etwas völlig anderes, als damit leben zu müssen. Auch für den Partner und die Familie. Alle haben die Wahl. Wird es einem zu viel, so kann er gehen. Der Partner kann sich scheiden lassen, die Freunde und Verwandten können sich vom Erkrankten abwenden. Nur wir, Sie und ich – uns bleibt keine Wahl. Wir müssen es annehmen. Sind gezwungen unser Leben so zu gestalten, dass nicht die Krankheit, sondern wir selbst unseren Weg bestimmen.

Das Erlebnis, das ich zu Beginn ansprach, war für mich bahnbrechend. Noch nie zuvor hatte ich einen Menschen kennen gelernt, der so voll Empathie war. Treffend, zielgenau und vor allem mit so viel Wahrheit gespickt waren die Beschreibungen meiner Person von dieser mir nur flüchtig bekannten Kollegin. Lieben und es zulassen, geliebt zu werden, das ist der eigentliche Kern ihrer Ausführungen. Kurz und prägnant. Und doch so absolut ins Schwarze treffend. Der Hauptgrund, der mich das alles zu einem unvergesslichen Ereignis werden ließ, war der, dass es solche Leute nur ganz, ganz selten gibt: nämlich Selbstlose! So viele geben einem gute Ratschläge, meinen alles besser zu wissen, wollen ihre „Erfahrungen“ als das Gelbe vom Ei verstanden wissen und sich in Wahrheit nur profilieren. Aber jemanden kennen lernen zu dürfen, der weit ab von all den anderen ist, das ist etwas ganz Seltenes und Besonderes. Wenn einem ein Mitmensch durch wenige, aber intensive Beobachtungen genau sagen kann, wie man sich fühlt, so ist das etwas Erwähnenswertes. Wie oft kommt so etwas vor? Zu selten. Nicht die Krankheit an sich zu sehen, sondern den Menschen, der damit lebt. Das Ganze als Einheit zu betrachten und nur kurz zu analysieren, wie dieser Mensch sich fühlt. Jedem Einzelnen wünsche ich von Herzen, dass er diese Erfahrung machen darf. Dieses Gefühl zu haben, sich einmal nicht für das eigene Verhalten rechtfertigen zu müssen, sondern auf ganz besondere Weise erklärt zu bekommen, warum denn das so ist.

Es ist zwar wunderbar, so ein Erlebnis haben zu dürfen, nur hat das auch einen kleinen Hacken – aber mit positiven Nebenerscheinungen.

Diese mir so nette Kollegin machte mir auch schonungslos bewusst, dass ich meine Lebenseinstellung gründlich überdenken musste. Wenn man so im Alltagstrott dahinlebt, wird einem gar nicht mehr bewusst, wie schwierig man selbst für andere im Umgang wird. Sich einen Spiegel vor Augen zu halten und das wahre ICH sehen – sehen wollen –, das ist nicht leicht. Ehrlich sein zu sich selbst, ohne sich etwas vorzumachen, ohne sich selbst zu belügen und die

Fehler immer nur bei den anderen zu suchen, sich all diesen Charakterzügen bewusst zu werden und sich mit ihnen auseinander zu setzen, das ist die eigentliche Schwierigkeit! Sich diese Schwächen auch einzugestehen und versuchen sie zu ändern, das ist harte Arbeit an sich selbst!

Vielleicht denken Sie jetzt: Was hat das mir meiner Krankheit zu tun? Ich sage Ihnen: sehr viel. Man kann eine Krankheit nicht wegdenken, aber mit einer guten positiven Einstellung kann man seine Lebensqualität wesentlich erhöhen. Sie kennen sicher den Spruch: „Der frisst alles in sich hinein“. Diese Aussage trifft auf Leute zu, die über ihre Probleme nicht sprechen. Die nicht offen gegenüber ihren Partnern oder Freunden über Situationen reden, die sie belasten. Bekommen diese Menschen nicht leichter Magengeschwüre? Kein Wunder. Man sagt diesen Spruch nicht umsonst, der mit diesem Satz schon den Kern des Problems beschreibt. Diese Person „frisst“ die für sie schlimmen Lebensumstände in sich hinein und der Körper reagiert dementsprechend. Nach innen. Klingt das blasiert? Natürlich kann sich jeder sein eigenes Bild darüber machen, aber Rheumapatienten sind ganz andere Charaktere als eben zum Beispiel Patienten mit einem Zwölffingerdarmgeschwür. Das heißt aber auch nicht, dass ein Rheumatiker kein Magengeschwür bekommen kann! Man kann die Welt eben nicht nur schwarz und weiß sehen, es gibt soviel unterschiedliche Grauzonen und zwischen ihnen zu differenzieren, ja, das ist eine Wissenschaft für sich.

In einem Fall bin ich mir aber ganz sicher. Wenn es Ihnen gut geht, Sie wirklich glücklich sind, Sie frei von finanziellen oder familiären Sorgen sind, dann geht es Ihnen bestimmt besser. Die Krankheitssymptome sind nicht weg, aber man kann damit erreichen, dass sie in den Hintergrund gedrängt werden. Versuchen Sie eine positive Lebenseinstellung zu erreichen, die Kleinigkeiten des Lebens zu sehen. Die Natur zu genießen. Und wenn es nur Schneeglöckchen sind, die den Frühling ankündigen! Es gibt so viele schöne Dinge im Leben, die man in unserem gesellschaftlichen Alltagsstress nicht mehr wahrnimmt! Hören Sie auf Ihren Körper. Er zeigt Ihnen ganz genau, was gut für Sie ist. Hat man große Schmerzen, ist natürlich die Lust zu einem Spaziergang relativ gering, aber es trotzdem zu tun, zu versuchen den inneren „Schweinehund“ zu überwinden und sei es nur für zehn Minuten – dann haben Sie einen Sieg errungen. Einen Sieg über sich selbst. Es wird Ihnen ein Wohlgefühl bereiten, ein Wohlbehagen über etwas, das Sie erreicht haben, obwohl es unmöglich schien.

Eine weitere sehr interessante Feststellung für mich war, dass es anscheinend zwei ganz unterschiedliche Rheumacharakterzüge gibt, je nach persönlichem Umgang mit der Krankheit. Die Personen, die ihre Erkrankung akzeptieren und gut damit umgehen, haben eine ganz andere Lebenseinstellung als diejenigen, die mit der Krankheit nicht umgehen können und sich schon gar nicht damit abfinden wollen.

Die Patienten, die eine positive Lebenseinstellung haben, wirken auch auf die Mitmenschen und ihre Umgebung wesentlich ausgeglichener und sind eher extrovertiert.

Die Patienten, die ihre Krankheit nicht akzeptieren können, hadern mit dem Leben, mit Gott und der Welt. Wirken immer bedrückt und erwecken Mitleid bei den anderen Menschen.

Man kann nicht von Haus aus alle über einen Kamm scheren. Fest steht, dass nicht nur gewisse Charaktere an einer bestimmten Krankheit leiden, sondern dass auch die Krankheit selbst den Charakter prägt. Vielleicht werden von Haus aus introvertierte Menschen durch die Erkrankung extrovertiert? Möglich ist alles, aber trotz allem lassen sich verschiedene Parallelen unter den einzelnen Betroffenen ziehen.

- Dieselbe Erkrankung:
- Ein ähnlicher Krankheitsverlauf:
- Die Patienten sind gleich alt:
- Dasselbe Geschlecht:
- Beide Betroffene leiden an der Krankheit in etwa dem gleichen Zeitraum:
- Und trotzdem gibt es zwei ganz unterschiedliche Charaktere und Krankheitsverläufe!
- Wie ist das möglich, wenn doch beide die gleichen Voraussetzungen haben? Es ist eben doch so, dass nicht nur die Krankheit an sich, sondern sehr wohl auch die innere Einstellung ganz wesentlich zum Krankheitsverlauf beiträgt.

Meiner Meinung nach, auch wenn ich mich wiederhole, gibt es eben nur zwei Möglichkeiten, das Leben mit einer Krankheit zu gestalten.

Ich lerne damit umzugehen.

oder

Ich will gar nicht lernen, je mit der Krankheit fertig zu werden.

Welchem Patienten wird es wohl besser gehen? Dem, der den positiven Weg für die Zukunft gefunden hat, oder dem, der ewig mit seinem Schicksal hadert? Die Antwort liegt auf der Hand. Am Beginn der Krankheit sind die Gegebenheiten und Prognosen für beide Betroffenen gleich. Doch in weiterer Folge wird sich der Ablauf der Krankheit mit Sicherheit auch vom Umgang mit ihr beeinflussen lassen. Versuche ich zu kämpfen, mich dagegen zu wehren und das Bestmögliche aus der Situation zu machen, so wird das Leiden einen weit weniger negativen Einfluss auf das zukünftige Leben haben. Ist man aber mit sich selbst nicht im Reinen, tut sich selbst immer leid und kann den neuen Lebensumstand nicht annehmen, so kreisen die Gedanken ständig um das Leiden und man ist nicht frei für die schönen Dinge im Leben.

Ergibt es sich da nicht von selbst, dass diese unterschiedlichen Einstellungen auch den Charakter unterschiedlich prägen? Der zweitgenannte Patient steht sich selbst im Weg. Er ist so mit sich selbst und seinem Leiden beschäftigt, dass er die Umwelt gar nicht mehr richtig

wahrnimmt. Immer fragt er sich, warum es gerade ihn trifft und wie ungerecht die Welt doch ist. Diese Gedanken haben sich bei ihm so festgebissen, dass die Krankheit die Oberhand gewinnt und er keinen Einfluss mehr auf ein

Leben hat bzw. gar nicht haben kann. Schafft er es nicht, diese negativen Gedanken in positive umzuwandeln, so wird er immer ein Gefangener in sich selbst sein. Sicher, jeder Betroffene durchschreitet verschiedene Phasen und jeder kennt das Stadium des Selbstmitleides. Nur, eines Tages kommt der entscheidende Punkt, der die ganze Zukunft beeinträchtigt.

Kampfansage oder Resignation

Personen, die den ersten Weg wählen, haben ganz geradlinige Ansichten, was die Erkrankung und die anderen Betroffenen betrifft. Mit Selbstmitleid kann dieser Patient gar nichts anfangen und kann oder will diese „Leidenden“ gar nicht verstehen. Ist das der richtige Weg? Mit Sicherheit ist das schwer zu beurteilen. Aber Faktum ist, dass es diesen Menschen wesentlich besser geht. Vielleicht ist diese Einstellung brutal, da er sich mit Selbstmitleid nicht identifizieren kann und er die ewigen Klagen darüber nicht mehr hören will. Selbstschutz? Mit Bestimmtheit. Aber, ehrlich gesagt, weshalb soll er sich mit Dingen belasten, die ohnehin nicht zu ändern sind?

Auch der „Positive“ hat seine Tiefs, fällt in ein Loch, wenn die Schmerzattacken wieder sehr stark sind und lange anhalten. Aber mit dem Vorteil, dass er sich sofort wieder besser fühlt, wenn dieser Schub vorbei ist. Er denkt nicht mehr daran und setzt das Leben wieder im gewohnten Trott fort. Hat vielleicht auch eine Portion Selbstironie und damit auch den Vorteil, lachen zu können. Verlernt man dies, so wird das Leben zur Belastung. Lachen und Humor bewirken bei allen Krankheiten etwas Positives. Und das ist sogar wissenschaftlich belegt. Sicher sind Ihnen die „Roten Nasen“ ein Begriff. Da verkleiden sich Erwachsene als Clowns und besuchen in den Krankenhäusern schwerkranke Kinder, um sie zum Lachen zu bringen. Welcher tiefere Sinn steckt da dahinter? In erster Linie der, dass die Kleinen von ihrem schlimmen Krankenhausalltag und auch von ihren Leiden abgelenkt werden. Lachen ist gesund. Auch dieses Sprichwort kennt jeder. Und es steckt so viel Wahrheit dahinter.

Natürlich ist einem nicht immer zum Lachen zu Mute und es gibt auch nicht immer einen Anlass dazu. Aber offen gegenüber den kleinen Dingen im Alltag zu sein und versuchen nicht alles so schwer zu nehmen, das kann einem sehr vieles erleichtern. Auch die Mitmenschen fühlen sich in der Umgebung eines positiven Menschen wohler, als wenn sie ein Gegenüber haben, das nur traurig in die Gegend blickt. Niemand umgibt sich gern mit schwermütigen Menschen. Der offene und zugängliche Patient wird auch einen wesentlich größeren Bekanntenkreis haben und auch beliebter sein, als der negative. Eine positive Lebenseinstellung bekommt man mit so einer schweren Krankheit natürlich nicht von heute auf morgen. Es ist ein Lernprozess, der über Jahre andauern kann. Hat man es aber geschafft, diese Krise zu überwinden, was natürlich auch auf die Schwere des Krankheitsverlaufes ankommt, so kann man bis zu einem gewissen Grad wieder in sein „altes Leben“ zurückschlüpfen. Da kann es schon vorkommen, dass Außenstehende die fremde Lebens-

situation als viel schlimmer und unerträglicher ansehen als der Betroffene selbst. Das heißt aber nicht, dass diese Menschen die Augen vor der Realität verschließen, im Gegenteil. Mit ungeheuerlichem Realitätssinn wird die Krankheit aufgenommen. Man weiß ganz genau, was auf einem zukommt und was die Zukunft auch im negativen Sinn noch bringen kann. Hält sich die Tatsachen schonungslos vor Augen und lebt bewusst mit dieser Ungewissheit. Dazu muss ich erklären, dass ich scheinbar die Realität um meine Krankheit „vergessen“ habe. Warum? Vielleicht klingt das sehr unglaublich, aber ich lebe mit meiner chronischen Polyarthritis so, wie ich denke, dass alle gesunden Menschen auch leben. Mit meiner nicht mehr so „schönen Optik“ (meine Hände sind sehr durch die Krankheit geprägt) habe ich trotzdem nicht das Gefühl, „krank“ zu sein. Dass es aber doch nicht ganz so ist, wurde mir ganz brutal bewusst, als ich mich nach sehr langer Zeit das erste Mal in einem Film sah. Ich sah mich von einer ganz anderen Perspektive! Für meine Familie und Freunde war mein „Entsetzen“ absolut unverständlich, was ich vorerst gar nicht nachvollziehen konnte. Und trotzdem ist es eine ganz logische Sache. All meine Freunde, Bekannten und Familienangehörige sehen mich ja immer so. Kennen mich nun schon so lange und für sie bin ich eben ich. Nur für mich war diese Erfahrung neu. Ich sah mich das erste Mal mit den Augen der anderen und das war für mich ein nicht gerade angenehmes Gefühl. Noch dazu wo ich eine sehr kritische – auch selbstkritische – Person bin.

Aber würde es etwas ändern, wenn man mit Entsetzen an die Zukunft denkt? Hätte dies einen guten Einfluss auf die Krankheit? Mitnichten. Man hat doch viel mehr vom Leben, wenn man zumindest versucht es zu genießen und nicht ständig mit den Gedanken bei der Krankheit und den ganzen „Wenn und Aber“ ist. Von negativen Zukunftsaussichten beeinflusst, kann man die Gegenwart nicht genießen. Das „Jetzt und Heute“ hat Priorität! Natürlich heißt das nicht, dass man so einfach in den Tag hinein lebt, aber wer weiß, wie es einem in fünf Jahren geht? Vielleicht sind die Kniegelenke dann so geschädigt, dass es einem nicht mehr möglich ist wandern zu gehen, was man bis zum jeweiligen Zeitpunkt noch ohne größere Probleme tun konnte. Weshalb sich mit Problemen belasten, die noch nicht gegenwärtig sind, und man gar nicht weiß, ob sie einen überhaupt einmal betreffen?

Freut es einen nicht, wenn man von den Mitmenschen Komplimente bekommt, weil man so eine positive Lebenseinstellung hat und man sein Schicksal so gut meistert? Manche bekommen durch diese Lebenseinstellung eine richtig „Ausstrahlung“. Ich persönlich habe mir früher immer Gedanken um diese Menschen gemacht, die so eine Ausstrahlung besitzen. Fragte mich oft, wie man dazu kommt, und kam nie dahinter. Meine Fragen blieben unbeantwortet. Ich bewunderte diese Personen mit dieser Gabe, die, so schien es mir, mit Leichtigkeit auf fremde Menschen zugehen und im Handumdrehen einen positiven Eindruck hinterließen. Heute weiß ich, dass man dies nicht lernen kann und auch nicht mit aller Gewalt und noch so großer Anstrengung erreichen kann. Dies muss von innen kommen und man kann es nur besitzen, wenn man gelernt hat, sich selbst und sein außerlegtes

Schicksal zu akzeptieren. Es ist das größte aller Komplimente überhaupt, das man erhalten kann: von anderen gesagt zu bekommen, dass man eine so positive Ausstrahlung hat und sich diese auf die Mitmenschen überträgt. Es bestätigt einem, dass man den richtigen Weg eingeschlagen hat, spornt einen an, weiter diese Richtung beizubehalten.

Diese gute Erfahrung wird ein negativ eingestellter Betroffener nie machen. Das ist auch gar nicht möglich. Im Gegenteil. Diesen Leuten sieht man es an, dass sie mit sich selbst nicht klarkommen und alles im Leben nur erdulden. Wie können sie da etwas als schön und lebenswert empfinden? Sind sie doch so mit sich selbst beschäftigt, dass alles um sie herum zur Nebensache wird. Haben keinen Blick mehr für das Wesentliche im Leben. Kurioserweise ziehen gerade diese Leute das Negative anscheinend noch mehr an. Vielleicht konnten Sie in Ihrer Umgebung schon Beobachtungen diesbezüglich machen. Da gibt es Leute, die vom Schicksal schon schlimm getroffen wurden, und nie scheint die Unglückssträhne abzureißen. Sicher, nicht bei allen wird das zutreffen. Aber oft ist es doch so, dass Leute, die immer über ihr Leid klagen und vielleicht auch noch schwer krank sind, noch zusätzliche Schicksalsschläge hinnehmen müssen.

Aber wenn man immer alles ins schlechte Licht rückt und an allem und jedem etwas zu bemängeln hat, so darf man sich nicht wundern, wenn das Umfeld auf Distanz geht. Natürlich hat man das Recht, auch einmal zu klagen, wenn es einem schlecht geht, aber immer mit einer Trauermine herumzulaufen, das wird den besten und engsten Freunden zu viel und zu anstrengend werden. Nicht immer trifft es zu, dass Freunde oder Bekannte sich abwandten, weil man erkrankte. Oft tritt es auch durch den Umstand ein, dass der Betroffene selber mit seiner Erkrankung nicht zurechtkommt. Eine gewisse Zeit wird das von der Gesellschaft toleriert. Hat dann aber der Betreffende sein Leben nicht in einer bestimmten Art wieder im Griff, reagiert die Allgemeinheit mit Distanzierung und Rückzug. Ob das fair ist, sei dahingestellt. Die Verwandten unterstützen den Kranken sicher wesentlich länger und es hängt auch von den einzelnen Charakteren der Freunde ab, wie lange sie den Betroffenen aktiv unterstützen.

Aber man muss auch verstehen, dass es für die unterstützenden Mitmenschen sehr schwer ist, mit ansehen zu müssen, wie man leidet und sie einem nicht helfen können. Viele sind dieser Belastung einfach nicht gewachsen.

Familien-, Ehe- und Beziehungsleben

Die Familie

Für einen chronisch Kranken ist es nach seinem subjektiven Empfinden mit Sicherheit ganz besonders schwer, den alltäglichen Anforderungen nachzukommen. Ist er in sich selbst noch nicht gefestigt, so empfindet er sich selbst oft als Belastung. Ein gutes familiäres Umfeld kann wesentlich dazu beitragen, dass der Betroffene nicht in ein „Loch fällt“ oder sich gehen lässt. Depressive

Gedanken können nicht einfach ignoriert werden, aber wenn sich der Mensch geliebt und verstanden weiß, dann ist das eine nicht zu unterschätzende Hilfe. Die Familienmitglieder sind die ersten Menschen, die von einem Schicksalsschlag erfahren, und auch das Netz, das den Patienten auffangen soll. Man muss aber unbedingt zwischen Mitleid und Mitgefühl unterscheiden. Vielleicht sehen viele Leute dies nicht so streng, aber ich persönlich differenziere bei diesen beiden Worten ganz deutlich! Möglicherweise eben aus diesem Grund, da ich ja selbst betroffen bin.

Mitleid ist ein Bedauern dem anderen gegenüber für seinen schlimmen Zustand oder sein Schicksal. Aber für mich auch damit verbunden, dass derjenige insgeheim doch eher froh ist, dass es den anderen und nicht ihn selbst getroffen hat. Mit Mitgefühl sieht es ein bisschen anders aus. Mitgefühl bedeutet, sich in die Situation des Gegenübers hineinzusetzen oder es zumindest zu versuchen. Mitgefühl heißt, die Empfindungen des anderen zu verstehen, zu versuchen sich in seine Lage zu versetzen. Wie das Wort selbst schon sagt, „mit zu fühlen“. Mitleid, und das werden Ihnen alle chronisch Kranken, nicht nur Rheumapatienten, sagen, wollen die Betroffenen nicht. Mitleid hilft auch nicht. Es ändert absolut nichts für den Kranken, wenn er sieht, wie mitleidig ihn die Mitmenschen betrachten. Im Gegenteil! Er bekommt das Gefühl, nicht mehr als vollwertig angesehen zu werden, und das verschlimmert seine Situation umso mehr. Mitgefühl jedoch vermittelt auch Hilfe. Hilfe im Sinne von Unterstützung.

Für jeden Betroffenen ist es leichter, wenn das Gegenüber von selbst sieht, wo für ihn die Hilfe angebracht ist, ohne ihn damit „unwürdig“ erscheinen zu lassen. Es ist für jeden Kranken sehr schwer mit der neuen Lebenssituation umzugehen, noch dazu, wenn man von der Krankheit selbst noch sehr wenig Ahnung hat und auch nicht weiß, was einen letztendlich erwartet. Es ist demütigend, wenn man immer hört: „Lass das, ich mach das schon für dich ...“ Auch wenn es wirklich gut und aufrichtig gemeint ist. Nie würde ich jemandem damit böse Absichten unterstellen. Aber wenn man Schmerzen hat und sich der ganze Alltagsablauf ändert, so ist das schon sehr schwer zu akzeptieren. Man muss auch lernen Hilfe anzunehmen.

Es ist unerlässlich die Familie in allen Dingen mit einzubeziehen. Je besser die einzelnen Familienmitglieder über das Krankheitsbild und die damit verbundenen Änderungen im Alltag Bescheid wissen, desto einfacher wird es für den Betroffenen sein mit der neuen Situation fertig zu werden.

Man muss einmal versuchen sich in seine Lage zu versetzen. Um Hilfe bei Tätigkeiten zu bitten, die für jeden selbstverständlich sind und die ein gesunder Mensch verrichtet, ohne darüber nachdenken zu müssen, das sind Dinge, die auch von den Betroffenen sehr schwer zu akzeptieren sind. Hat man doch schon als kleines Kind gelernt sich anzuziehen, so kann es in einer Schubphase vorkommen, dass es einem auf einmal nicht mehr möglich ist, bei Blusen oder Hemden die kleinen Knöpfe zu schließen. So, und jetzt? Jetzt muss ich zu jemandem gehen, der mir dabei hilft. Etwas, das ich schon mein Leben lang als selbstverständlich angesehen habe, funktioniert nicht mehr.

Man kommt sich vor wie ein kleines Kind. Da bei einem chronischen Polyarthritispatienten die Krankheit typischerweise in Schüben auftritt, kann es passieren, dass man am Morgen aufwacht und nicht einmal mehr fähig ist sich die Zähne zu putzen, da dies unendlich große Schmerzen bereitet. Soll da keine Verzweiflung aufkommen?

Ohne sexistisch werden zu wollen, muss ich aber trotzdem erwähnen, dass bei Frauen, die von der rheumatoiden Arthritis ja wesentlich öfter betroffen sind, die Probleme meist noch verstärkt im Alltag auftreten. Bei uns Frauen ist es nun einmal nach wie vor so, dass wir auch den Haushalt führen und die Familie versorgen. Wie kann man das in so einem Fall bewerkstelligen? Wie kann ich meine Familie und auch mich selbst noch versorgen? (Sicher, nicht immer ist der Krankheitsverlauf gleich aggressiv. Gott sei Dank! Viele leben mit dieser Krankheit jahrelang, ohne dass dies für einen Außenstehenden ersichtlich ist. Dieses Buch soll auch niemanden Angst machen und die Zukunft trüben, weil man an einer rheumatischen Erkrankung leidet. Nicht immer nimmt die Krankheit so drastische Formen an. Oder man hat das Glück, dass man durch die richtige Behandlung die Krankheit so gut im Griff hat, dass es das Leben nicht zu stark beeinträchtigt. Aber nicht alle sind positiv gesegnet und das ist auch der Grund, warum wir versuchen, die Problematik und eine bessere Lebensmöglichkeit aufzeigen zu wollen.) Was jetzt also als gestresste Hausfrau tun? Die Arbeit ruhen lassen? Nicht mehr bügeln, waschen, putzen, kochen, aufräumen und und und ... Natürlich wäre das der einfachste Weg, aber der wird sich nicht oder nur sehr schwer realisieren lassen. Und genau das ist der Punkt, wo die Familie einen ganz wesentlichen Teil beitragen kann. Ist es wirklich notwendig, dass ich als Frau alleine einkaufen muss? Ist es nötig, einen Korb Wäsche auf einmal zu bügeln? Muss alles in zwei Stunden erledigt sein, wenn ich den ganzen Vormittag Zeit habe? Wichtig und unerlässlich ist die Einteilung der Arbeit. Auch zu Hause! Frauen neigen dazu, ein schlechtes Gewissen zu bekommen, wenn das Essen nicht wie üblich pünktlich auf dem Tisch steht oder wenn es einmal unaufgeräumt ist. Sind diese Dinge wirklich SO wichtig? Geht die Gesundheit nicht vor? Ja, auch das muss man lernen. Es hört sich alles so einfach an, aber dies im Alltag umzusetzen ist zweierlei. Man will sich ja nicht nachsagen lassen, man wäre faul. Und genau da macht man einen sehr großen Fehler! Man ist nicht faul! Man nimmt sich nur selbst einmal wichtig und schaltet einen Gang zurück! Und da möchte ich an alle Familienmitglieder und Angehörige appellieren! Es ist nicht notwendig, einem Betroffenen alles und jeden Handgriff abzunehmen, aber es kann ungemein hilfreich sein, auch bei kleinen Tätigkeiten zu unterstützen. Das Tragen schwerer Einkaufstaschen sollte man anderen überlassen und den jährlichen „Frühjahrsputz“ kann man getrost weglassen, wenn man die Arbeit über längere Zeit aufteilt. Sie müssen aber auch lernen, einen vielleicht „tadelnden“ Blick der Mutter oder Schwiegermutter zu ignorieren, wenn Sie gerade da an eine „Putzfee“ geraten sind. Und sollte sich Ihr Partner beschweren, so grämen Sie sich nicht, sondern fordern Sie ihn auf mitzuhelfen.

Werden Sie ein Organisationsgenie.

Teilen Sie sich alles nach Ihren Kräften ein und erledigen Sie nicht alle Arbeit auf einmal. Wenn Sie sich heute nicht wohl fühlen, so ist es doch nicht nötig, ein Menü mit drei Gängen auf den Tisch zu zaubern. Ihre Familie wird es verschmerzen, sich einmal selbst zu verköstigen. Oder nicht? Sehen Sie lange Gesichter? Auch gut. Na ja, es ist nicht einfach, etwas zu ändern, das sich mit einer Regelmäßigkeit eingependelt hat, aber mit der Zeit lernen Sie und auch Ihre Familie mit ein paar Änderungen im Alltag zu leben. Es ist auch nicht jeder Tag gleich, wenn es Ihnen heute schlechter geht, so heißt das nicht, dass der nächste Tag auch so trostlos ausschauen muss. Das Gegenteil ist möglich. Leben Sie nach Ihrem Empfinden. Ihr Körper wird es Ihnen danken.

Aber nicht nur Änderungen von Ihrer Seite können helfen, es gibt auch Möglichkeiten, sich durch verschiedene Hilfsmittel die tägliche Arbeit zu erleichtern. Erkundigen Sie sich bei einem guten Bandagisten oder, noch besser, lassen Sie sich von einem Ergotherapeuten beraten. Ihr Arzt kann Ihnen sicher dabei Hilfe leisten. Wenn man sich noch nie damit befasst hat, wird man erstaunt sein über das vielseitige Angebot an Hilfsmitteln. Die Palette reicht von Messern mit ergonomischen Griffen, Scheren, mit einer speziellen Feder versehen, die sich wieder von selbst öffnen, zu Türschlossöffnern, Strumpfanziehern und vieles andere mehr. Man muss sich nur zu helfen wissen. Falsche Scham nützt einem da nicht viel. Warum soll man sich nicht alles einfacher machen, wenn die Möglichkeit besteht?

Das Beziehungsleben

Das ist ein ganz heikles Kapitel. Vielleicht gehören Sie zu den Glücklichen, wo der Partner ohne Probleme wirklich durch dick und dünn mit Ihnen geht. Möglicherweise kennen Sie die Probleme nicht, die in einer Partnerschaft auftreten können, wenn man auf einmal mit einer schweren Krankheit konfrontiert ist. Dann darf ich Ihnen ehrlich und aufrichtig gratulieren und hoffe, dass Sie dies auch wirklich zu schätzen wissen. Reden wir nicht alle davon, wie selbstverständlich wir zu unserem Partner stehen würden, auch wenn ihn einmal ein schwerer Schicksalsschlag treffen würde? Sicher, es gibt immer etwas Schlimmeres, als krank zu werden. Es gibt Schicksalsschläge, wo ich mir mit meinem Leiden wieder gesund und vom Schicksal als begünstigt vorkomme. Wir alle wissen dank der Medien, wie grausam das Leben sein kann. Hören und sehen wir nicht jeden Tag Katastrophen? Wenn man sich all diese Sachen genau überlegt, dann wird einem doch richtig bewusst, welch kleines Rädchen wir global gesehen doch sind. Ist da eine Krankheit überhaupt erwähnenswert? Nehmen wir uns nicht zu wichtig? Sicher, das sind Fragen, auf die es keine Antworten gibt und über die man ewig philosophieren könnte. Tatsache aber ist, dass niemand uns näher ist als wir uns selbst. Aus diesem Grund ist es nur natürlich, wenn wir uns selbst wichtig nehmen. Würden wir nur über das Leid anderer nachdenken, so könnte niemand mehr fröhlich sein. Es ist auch ein gewisser Selbstschutz dabei, Schicksalsschläge

bei den Mitmenschen zu registrieren, aber sich nicht allzu lange damit aufzuhalten. Man beginnt erst dann nachzudenken, wenn es das Schicksal auf einem selbst abgesehen hat.

„Gesundheit ist das höchste Gut und man weiß es erst dann zu schätzen, wenn man es nicht mehr hat.“

Das Fatale an einer chronischen Erkrankung ist, dass man nie sagen kann, wie sie sich entwickelt. Es ist nicht so, dass ich heute einen Unfall habe, vielleicht gelähmt bin und dann mein Leben so verbringen muss. Eine chronische Krankheit kommt, ist mehr oder weniger aggressiv und man kann heute nicht sagen, was im nächsten Monat oder gar im nächsten Jahr sein wird. Nur eines lässt sich mit Bestimmtheit sagen: Leben muss der Betroffene damit und sonst niemand. Wie sieht es da beim Partner aus? Der Kranke hat keine Wahl – der Partner sehr wohl!

In meiner langjährigen Erfahrung mit anderen Mitbetroffenen habe ich die Partnerschaft immer als Tabuthema erfahren. Niemand will darüber gerne sprechen, und wenn, dann die Leute, die mit einer starken Partnerschaft gesegnet sind. Niemand spricht darüber, wie es hinter den Kulissen aussieht. Gerade dann, wenn ernsthafte Probleme da sind, wird dies totgeschwiegen. Verständlich? Schämt man sich der Schwäche seines Partners oder gibt man sich sogar selbst die Schuld an dem nicht ordnungsgemäßen Funktionieren der Partnerschaft? Aus welchem Grund ist es so schwer für den anderen? Ich denke, unter anderem spielt auch die fortlaufende Veränderung von einem selbst die entscheidende Rolle. Gerade im rheumatischen Formenkreis und eben der bei RA ist die körperliche Veränderung ein ganz entscheidender Faktor. Der Partner steht quasi daneben und kann nichts ändern. Oder doch? Natürlich, ein Partner, der einen moralisch positiv unterstützt, kann sehr viel dazu beitragen, wie man sich körperlich fühlt und wie stark einen letztendlich die Krankheit belastet. Aber so einfach ist das nicht. Oft kommt es vor, dass man selbst als Betroffener gut mit seinem Leiden zurechtkommt und man trotz allem bemerken muss, dass der Partner unter der Erkrankung leidet. Mehr leidet als man selbst. Man muss der Tatsache schon ins Auge sehen, um den Grund zu erfahren. Vielleicht hat sich der Lebensgefährte schon damit abgefunden, dass Sie keine sportlichen Aktivitäten mehr mit ihm unternehmen können. Vielleicht ist es für ihn auch kein Problem mehr, dass Sie leicht hinken. Vielleicht ist es für ihn schon alltäglich, dass er Sie beim Anziehen unterstützen muss. All das ist schon Gewohnheit geworden. Und auf einmal spricht ihn ein so genannter „Freund“ darauf an, wie er damit fertig wird, einen behinderten Partner zu haben. Und jetzt? Jetzt auf einmal wird ihm alles wieder so richtig bewusst. Könnte sein Leben nicht doch anders aussehen?

Der Partner muss schon eine sehr starke Persönlichkeit sein, um dies alles wegzustecken. Auch für ihn bedeutet es eine entscheidende Lebensveränderung. Er leidet ja mit Ihnen. Sieht, wenn es Ihnen schlecht geht, und fühlt sich hilflos. Muss mit ansehen, wie Sie leiden, und leidet dadurch noch mehr.

Hilfe? Was kann man tun, um trotz allem eine harmonische und glückliche Partnerschaft zu führen? Es ist ein Kreislauf, aus dem viele nicht alleine herauskönnen. Was spricht gegen professionelle Hilfe? Wenn man als Patient mit seiner Erkrankung selbst schon nicht zurechtkommt, wie kann man dann auch noch um eine Partnerschaft kämpfen? Natürlich geht es nicht allen so und das ist auch gut. Aber ich möchte diese Problematik nicht unerwähnt lassen, da es für viele sehr schwer ist damit umzugehen. Es gibt nichts Schlimmeres, als mit der eigenen Erkrankung zu kämpfen und dann noch einen Partner zu haben, der nicht zu einem steht. Und das gibt es! Ich weiß von einer Betroffenen, die von ihrem Partner zu hören bekommt, er könne sie nicht mehr sehen, da sie für ihn eine Beleidigung für das Auge sei. Wie kann diese Patientin mit ihrem Mann schon 40 Jahre verheiratet sein? Versteht es sich da nicht von selbst, dass sie eine Krankheit hat, die nach außen zeigt? Sozusagen ein Schrei nach Hilfe? Und sie trennt sich nicht von ihm. Man weiß, dass eine seelische Belastung einen Schub auslösen kann, also wie bitte soll diese Betroffene ihr seelisches Gleichgewicht finden? Natürlich ist das ein Extremfall, aber glauben Sie bitte nicht, dass dies, wenn auch nicht so krass, ein Einzelfall ist.

Noch nie habe ich einen RA-Patienten kennen gelernt, der nicht sehr sensibel wäre.

Und dann hat man noch eine Beziehung, die einen mehr stresst, als dass sie Stütze bietet. Vielleicht hat man einen Mann, der untreu ist? Gerade bei Frauen, die von einer Krankheit auch optisch gezeichnet sind, ist Untreue nicht mit Untreue in einer Partnerschaft von zwei gesunden Menschen zu vergleichen. Da spielen noch wesentlich mehr Faktoren mit. Ist es so für eine Frau schon schlimm betrogen zu werden, so ist es bei jemand Kranken noch umso tragischer. Eine Frau, die von einer Krankheit gezeichnet ist, wird sich noch minderwertiger und unattraktiver fühlen als bis zu diesem Zeitpunkt. Ist es ohnehin schon schwer zu akzeptieren, nicht mehr so zu sein wie früher, so wird einen diese Situation noch schwerer treffen. Vielleicht fragen Sie sich, weshalb ich hier von den Frauen schreibe; ganz einfach, von der rheumatoiden Arthritis sind hauptsächlich Frauen betroffen.

Wenn eine Frau schon den Mut findet, über solche Beziehungsprobleme zu reden, so stellt sich einem gelegentlich die Frage, warum sich jemand oft so lange quälen lässt. Nicht selten geht die „kranke“ Beziehung auch Hand in Hand mit der Erkrankung selbst. Es wäre jetzt vermessen zu sagen, ein Beziehungsproblem löse die chronische Polyarthrititis aus. Aber es ist sehr wohl möglich, dass ein Beziehungsproblem oder auch andere die Seele belastende Faktoren einen Schub auslösen können.

Sehr oft schon stand mit Ärzten zur Diskussion, ob ein Auslöser der Krankheit auch in der Psyche zu finden sei. Die meisten Ärzte verneinen dies und es gibt keine mir bekannte Studie darüber, zumindest nicht im rheumatologischen Formenkreis. Auch ich möchte nicht behaupten, dass man chronische Polyarthrititis oder eine andere entzündliche Gelenkerkrankung bekommt, weil man z. B. Probleme in der Partnerschaft hat. Jedoch bin ich überzeugt davon,

dass eine große psychische Belastung der Auslöser dafür sein kann. Natürlich trägt man die Voraussetzung für diese Erkrankung in sich und der seelische Stress ist einfach noch der letzte „Kick“, um die Krankheit zu aktivieren.

Freizeit und Sport

Wenn man am Bewegungsapparat erkrankt ist, zieht das automatisch eine Hinderung an vielen sportlichen Aktivitäten nach sich. Das heißt aber nicht, dass es unmöglich ist Sport zu betreiben, aber natürlich in beschränktem Ausmaß. Sind Knie- oder Hüftgelenke durch Arthrose oder einer arthritischen Entzündung betroffen, ist es auf keinen Fall sinnvoll die Gelenke noch mehr als nötig zu belasten. Bewegung an und für sich ist aber auch für bereits geschädigte Gelenke notwendig. Bewegung, wohlgemerkt, und nicht Belastung!

Alle Bewegungen, die abrupt durchgeführt werden, wie z. B. bei sämtlichen Lauf- und Ballsportarten, sollten vermieden werden. Dies sind u. a. Tennis, Fußball oder Volleyball. Man wird natürlich selbst sehr schnell bemerken, dass solche Bewegungen Schmerzen verursachen, auch wenn sie nicht unmittelbar auftreten.

Es gibt aber unzählige Alternativsportarten, die man ausführen kann. Rad fahren, spazieren gehen oder schwimmen ist sogar sehr förderlich für die Aufrechterhaltung der Beweglichkeit. Je weniger man sich bewegt, desto mehr „rostet“ man ein. Eine rheumatische Erkrankung erfordert sehr viel Mitarbeit vom Betroffenen selbst. Man darf nicht erwarten, dass man zum Arzt geht, der gibt einem ein Medikament und dann wird schon alles von alleine wieder gut werden. Eine konsequente und ausdauernde Aktivität des Patienten selbst ist im rheumatischen Formenkreis unerlässlich! Sicher, wenn man heute an chronischer Polyarthrititis (oder in moderner Form rheumatoide Arthritis bezeichnet) leidet, ist es nicht mehr möglich körperlichen Leistungssport zu betreiben. Hat man dies vielleicht jahrelang praktiziert und wird einem das durch diese Erkrankung genommen, trifft einen das natürlich umso härter. Man muss lernen umzudenken! Aber das geht nicht von heute auf morgen. Einen Ersatz für den geliebten Leistungssport zu finden fällt einem nicht leicht. Man muss sich nicht nur umstellen, man muss vor allem umdenken. Ich selbst habe sehr lange Zeit benötigt, um überhaupt zu begreifen, dass ich meinen Sport total aufgeben musste.

Welche Alternativen stehen den Betroffenen zur Verfügung?

Viele denken, mit geschädigten Gelenken ist es nicht möglich in einem Fitnesscenter Krafttraining mit Geräten zu betreiben. Aber das Gegenteil ist der Fall. Ein unerlässlicher und sehr wichtiger Punkt jedoch ist, dass man genau weiß, welche Übungen wie durchgeführt werden sollen. Vielleicht hat man die Möglichkeit, sich in einem Rehabilitations-Zentrum, das mit einer

Kraftkammer ausgestattet ist, zu informieren. Fragen Sie aber nicht nur, sondern lassen Sie sich nach Möglichkeit von einem ausgebildeten Therapeuten genau erklären und zeigen, welche Übungen Sie durchführen können. Der Vorteil, mit Geräten die Muskeln aufzubauen, besteht einfach darin, dass man mit weniger oft durchgeführten Übungen mit eventuell mehr Gewicht einen effizienteren Erfolg erzielt. Außerdem kann man gezielt Muskeln aufbauen, ohne das Gelenk zu belasten. Aber wie bereits erwähnt, sollten Sie sich genau informieren, wie das Training zu erfolgen hat und welche Geräte Sie benutzen sollen. Aber Sie werden sehen, dass Sie, je länger Sie solch ein Training durchhalten, einen spür- und sichtbaren Erfolg haben werden. Es ist nicht nur von Vorteil, einer sportlichen Tätigkeit nachzugehen, sondern auch eine wesentliche Entlastung für Ihre Gelenke. Je besser die Muskulatur ist, desto weniger wird das kranke Gelenk belastet und desto mehr dadurch auch geschont.

Haben Sie aber akute Schmerzen oder einen Rheumaschub, so ist es natürlich angebracht in dieser Zeit die Gelenke zu schonen und das Training zu unterbrechen. Aber der Körper signalisiert einem ohnehin, wie weit man gehen kann, nur muss man diese Signale auch erkennen und auf sie hören. Es hat keinen Sinn, Schmerzen, und sind sie auch verhältnismäßig gering, zu ignorieren. Schmerzen sind immer ein Warnhinweis des Körpers, dass etwas nicht stimmt. Im Laufe der Zeit und wenn man gelernt hat, mit seinen Problemen umzugehen, kann man selbst sehr gut abschätzen, wie weit man mit welchen sportlichen Tätigkeiten gehen kann. Man muss aber sehr wohl darauf achten, sich nicht selbst zu überfordern und schmerzliche Hinweise zu ignorieren, nur weil einem diese Aktivitäten sehr viel Spaß machen. Man bekommt die Rechnung präsentiert. Garantiert! Natürlich spielt es auch eine sehr große Rolle, wie weit Ihre Krankheit fortgeschritten ist oder an welcher rheumatischen Form Sie erkrankt sind.

Schwimmen ist, und das wird jeder Arzt bestätigen, die entlastendste und schonendste Möglichkeit, den Körper fit zu halten. Vor allem aber Rückenschwimmen, da dies auch für den Rücken sehr gut ist. Im Wasser hat man auch die Möglichkeit, Turnübungen und Muskelaufbau ohne Kraftanstrengung zu tätigen. Und schwimmen kann man zu jeder Jahreszeit, ob im Freien oder im Winter in den Hallenbädern oder auch in angenehm temperierten Thermalbädern.

Ein Problem kann das Radfahren sein. Egal, welche sportliche Aktivität Sie bevorzugen, Sie sollen sie nach Ihren körperlichen Möglichkeiten ausrichten! Bei der rheumatoiden Arthritis (RA) sind oft die Hände und die Fingergelenke sehr stark betroffen und die Beweglichkeit ist durch Schmerzen sehr stark beeinträchtigt. Doch bei all den tollen und modernen Fahrrädern, die es jetzt auf dem Markt gibt, hat man das nicht berücksichtigt. Wenn Sie selbst starke Schmerzen oder Schwellungen in den Handgelenken haben, werden Sie sehr schnell feststellen, was ich damit meine. Die modernen Räder haben zu 90 Prozent die Bremsen am Lenker. Versuchen Sie einmal als Patient, diese Bremsen in voller Fahrt zu ziehen. Sie werden sehen, dass, wenn es Ihnen

überhaupt gut gelingt, ein sehr großes Risiko damit verbunden ist. Und außerdem werden Sie sich nicht wohl fühlen, da die Sicherheit fehlt. Es ist sehr anstrengend, die straff gezogenen Seile der Bremsen mit schmerzenden Fingern zu ziehen. Natürlich gibt es einige Tricks, trotzdem zum Fahrvergnügen zu kommen. Man muss auch ein bisschen kreativ sein, nicht nur im sportlichen Bereich.

Der sicherste und einfachste, aber nicht unbedingt günstigste Weg ist der, dass man sich ein Fahrrad mit Rücktrittbremse kauft. Hat man aber z. B. in der rechten Hand größere Probleme und ist die Hinterbremse auch am Lenker rechts eingestellt, so kann man die Vorder- und die Hinterbremse am Lenker einfach vertauschen. Natürlich müssen Sie darauf achten, dass Sie sich auch wirklich sicher im Straßenverkehr fühlen. Vielleicht erklärt man Ihnen im Fachgeschäft, dass die richtige Sitzposition dann gegeben ist, wenn Sie am Sattel sitzen und mit den Fußspitzen den Boden erreichen. In unserem Fall genügt das nicht! Müssen Sie vielleicht in einer gefährlichen Situation schnell vom Rad, so sollten Sie mit den Beinen sofort Bodenkontakt haben! Am besten ist, wenn Sie das selbst ausprobieren. Sie sollten sich absolut sicher fühlen! Die Sicherheit hat überhaupt Priorität! Selbst wenn Sie nur spazieren gehen oder im Winter einkaufen, so achten Sie auch darauf, dass Sie immer gute und trittsichere Schuhe tragen. Sie werden es sich selbst nicht verzeihen, wenn Sie nur durch Unachtsamkeit zu Sturz kommen und sich dabei verletzen. Natürlich ist es optisch nicht so schön anzusehen, wenn man abends ausgeht und man trägt „Gesundheitsschuhe“. Es gibt jedoch sehr große Auswahl in gut geführten Fachgeschäften. Den höheren Preis sollten Sie in Kauf nehmen. Beim guten Schuhwerk zu sparen wäre der falsche Platz. Es gibt gute, bequeme Schuhe, die schön aussehen. Die „Schönheit“ alleine darf es einem nicht wert sein, in spitz zulaufende, enge und drückende Schuhe zu schlüpfen. Spätestens nach ein paar Jahren bekommt man die Rechnung präsentiert. Natürlich spricht nichts dagegen, zu einem schönen Abendkleid elegante hochhackige Fußbekleidung zu tragen, aber das sollte die Ausnahme sein. All diese Ausführungen hören sich für Sie jetzt vielleicht sehr altklug und konservativ an, aber glauben Sie mir, ich durfte all diese leidlichen Erfahrungen selbst machen und ich wünsche dies niemandem. Ist man gesund und jung, verschwendet man keinen Gedanken an seine Gesundheit, man nimmt sie als selbstverständlich.

Ich darf gar nicht daran denken, was ich meinem Körper früher alles zugemutet habe! Enge Jeans, mit aller Gewalt (oder mit der Beißzange!) zugemacht, dazu hochhackige, spitz zulaufende Schuhe ... Ja, toll ausgesehen hat es schon – meiner Meinung nach. Und dieser Meinung bin ich eigentlich noch, es sieht toll aus, die Figur kommt zur Geltung und wenn man sich nach außen hin wohl fühlt, dann hebt es auch das allgemeine Wohlbefinden. Aber irgendwann oder spätestens nach einer schmerzvollen Erfahrung wird einem bewusst, wie hoch man die eigene Gesundheit bewerten muss. Man muss nur lernen umzudenken. Man kann sich für den Alltag chic und praktisch zugleich kleiden.

Aber ich schweife vom Thema ab. Es ging, wie vorhin bereits erwähnt, ums Spazieren gehen. Wenn Sie noch gut zu Fuß sind, steht auch einer Wanderung nichts im Weg. Natürlich ist auf gutes Schuhwerk zu achten. Sie sollten nicht nur gut damit laufen können, sondern der Schuh soll Ihnen auch Halt und Stütze bieten. Ob bei Arthrose oder Arthritis, die Beine sind meist oder oft hauptsächlich betroffen. Wenn Sie sich gut fühlen, dann haben Sie auch Spaß an den Aktivitäten und es wird nicht jeder Schritt zur Qual.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis

Mitunter ist dieses „Verhältnis“ nicht immer ganz einfach und schon gar nicht so, wie es eigentlich sein sollte – nämlich ein Vertrauensverhältnis. Immer wieder klagen Patienten über ihre Unzufriedenheit, was den Arzt betrifft. Natürlich ist das nicht immer so und es wäre schlimm zu behaupten, man findet nie einen Arzt, der einen versteht. Doch unterscheidet sich die Problematik eines chronisch Kranken natürlich wesentlich von der, dass man vielleicht nur ab und zu, wegen einer Grippe oder sonstiger Beschwerden, seinen Hausarzt aufsuchen muss. Als Erstes wird bei Schmerzen, egal welcher Art, immer der Hausarzt konsultiert. Mitunter kennt er Sie schon von klein auf oder Sie sind bereits seit Jahren von Zeit zu Zeit bei ihm in Behandlung. Der praktische Arzt bzw. der Hausarzt spielt aber eine sehr wesentliche und große Rolle bei einem chronisch kranken Patienten. Er ist auch der erste Ansprechpartner, wenn gesundheitliche Probleme auftauchen.

Leider wird aber nach wie vor von Betroffenen berichtet, dass der Hausarzt sie nicht gerne zu einem Spezialisten überweist oder dies auch gar nicht vorschlägt. Leider können solche Handlungsweisen fatale Folgen für den Patienten nach sich ziehen. Es ist nicht so, dass er Ihnen damit schaden möchte, aber oft fehlt einem praktischen Arzt schlichtweg die Erfahrung, wenn es um den Einsatz von Basismedikamenten geht. Damit soll der praktische Arzt auf keinem Fall schlecht gemacht werden. Im Gegenteil. Der Allgemeinmediziner hat ein sehr großes Aufgabenfeld zu bewältigen! Mit Sicherheit ein wesentlich größeres als der Facharzt. Zu ihm kommen Babys, Kleinkinder und auch Schulkinder mit den typischen Kinderkrankheiten. Er wird bei Grippeinfekten aufgesucht, bei Verstauchungen, Sehnenzerrungen, Bienenstichen, Hundebissen, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Bauchkrämpfen, Blutdruckbeschwerden und und und ... Dann bewältigt er zwischen den Praxisstunden noch seine Hausbesuche, hat Sonn- und Feiertagsdienst und wird mitunter auch zu Notfällen gerufen. Also ein fast nicht zu bewältigendes Aufgabenprogramm! Mit wesentlich mehr Wochenstunden als der spezialisierte Facharzt. Der Facharzt hat seine fixen Ordinationszeiten und bei ihm brauchen Sie einen Behandlungstermin. Zum praktischen Arzt gehen Sie einfach hin, wenn Sie Beschwerden haben, und nicht selten erwartet Sie dort ein volles Wartezimmer. Man muss seinen Beruf schon wirklich lieben, um sich diesen doch gewaltigen Anforderungen zu stellen. Diese Problematik hat der Facharzt

nicht. Er hat seine fixen Öffnungszeiten und Wochenend- und Feiertagsdienste kommen bei ihm nicht vor. Aber der Arbeitseinsatz soll von keinem geschmälert werden. Nur ist das Aufgabengebiet sehr unterschiedlich.

Das erforderliche Wissen umfasst beim praktischen Arzt jedoch eine wesentlich größere Bandbreite und da versteht es sich, glaube ich, von selbst, dass er nicht über alle Details einer spezifischen Krankheit Bescheid wissen kann. Sie gehen ja auch nicht zum Hautarzt, wenn Sie Zahnschmerzen haben. Der Facharzt hat sich eben auf ein ganz spezielles Aufgabengebiet konzentriert. Und in diesem Bereich muss er auch sattelfest sein. ER ist derjenige, der über die noch so seltensten und kompliziertesten Krankheitsbilder in seinem Bereich genauestens informiert sein muss. Dem Allgemeinmediziner steht es in komplizierten Fällen zur Aufgabe, an den Facharzt zu überweisen. Dieser stellt dann die entsprechende Diagnose und eine Behandlungstherapie, bespricht dies mit dem Patienten und leitet ihn dann, mit den entsprechenden weiteren Behandlungshinweisen, an den Hausarzt zurück.

So sollte es zumindest sein.

Leider ist es aber nicht immer so.

In den letzten Jahren hat sich zwar alles wesentlich verbessert, aber so manche schwarze Schafe gibt es dennoch. Immer wieder berichten Patienten, dass der Hausarzt einfach nicht bereit sei, sie an einen Facharzt zu überweisen. Manche Ärzte glauben, sie verlieren den Patienten an den Facharzt, und wieder andere sind der Meinung, dass sie den Kranken ebenso gut selbst behandeln können. Das kann schlimme Folgen für den Betroffenen haben! Sicher, es gibt auch Praktiker, die sich mit unterschiedlichen Krankheitsbildern genauestens auseinander setzen, aber in der Regel ist es nicht so. Der Facharzt bildet sich auf seinem ganz speziellen Gebiet auch laufend fort, fährt auf Kongresse oder Tagungen, um immer auf dem neuesten medizinischen Stand zu sein. So kann es natürlich vorkommen, dass er schon Behandlungsmethoden und Medikamente anwendet, von denen der praktische Arzt noch gar nichts gehört hat. Wie auch? Er hat ein so großes Aufgabengebiet, dass er unmöglich in jeder Richtung am neuesten Wissensstand sein kann. Das Optimum ist natürlich, wenn beide Ärzte gut zusammenarbeiten, um so die bestmögliche Behandlungstherapie dem Patienten gewährleisten zu können. Was können Sie als Patient dazu beitragen? Wie erhalten Sie die für Sie beste Behandlung? Welchen Arzt sollen Sie aufsuchen? Können Sie einen Arzt überhaupt wechseln? Aber sicher! Sie, und nur Sie selbst entscheiden, von wem und wie Sie behandelt werden. Viele Menschen haben aber eine sehr große Scheu davor, einen anderen Hausarzt als den, der ihnen über Jahre bekannt ist, aufzusuchen. Aus welchem Grund eigentlich? Wenn Sie heute Ihre Waschmaschine reparieren lassen und das geschieht beim dritten Mal noch immer nicht zu Ihrer Zufriedenheit, so werden Sie mit Sicherheit einen anderen Servicemann kommen lassen. Und bei Ihnen? Wenn Sie nicht unter denselben Voraussetzungen behandelt werden, wechseln Sie Ihren „Servicemann“! Leider machen das viel zu wenige Leute. Ist das verständlich? Warum hat man Skrupel, den Arzt zu wechseln? Auffällig ist, dass hauptsächlich ältere

Personen und auch eher Leute aus den ländlichen Gegenden diese Hemmungen haben. Aber es ist heute noch so, dass man sich in kleineren Städten und am Land eben doch persönlich kennt und man mit dem Arzt oft auf Du und Du ist. Aber gerade in so einem Fall müsste man doch seine Anliegen vorbringen und miteinander sprechen können. Nur, wo findet der Betroffene Hilfe, wenn er sie nicht von seinem Arzt bekommt?

Bei den Selbsthilfegruppen! Dort kann sich der Betreffende informieren und Rat holen. Und natürlich muss man sich auch selbst aufraffen und sich informieren. Nur ein informierter Patient ist auch ein mündiger Patient! Das geht nicht von heute auf morgen. Information ist das oberste Gebot! Und auch nicht außer Acht zu lassen ist, dass man sich selbst und seine körperlichen Reaktionen gut kennen sollte. Die Erfahrung zeigt, dass ein mündiger Patient auch eine wesentlich bessere Lebensqualität besitzt. Verständlich, weiß er doch genau über sich selbst und sein Krankheitsbild Bescheid. Der mündige Patient kann gemeinsam mit dem Arzt eine Behandlungstherapie erarbeiten. Kennt vielleicht die Wirkung mancher Medikamente schon und weiß auch mit gewissen Fachausdrücken etwas anzufangen. Das ist Erfahrungssache. Da er sich selbst über lange Zeit hinweg beobachtet und die Körperreaktionen kennt, kann er dem Arzt eine sehr große Hilfe sein, ja ein richtiger Partner. In so einem Fall stellen sich Arzt und Patient auf dieselbe Ebene. Sie arbeiten im Team. Was kann es Besseres geben, als gemeinsam einen geeigneten „Schlachtplan“ gegen das quälende Übel zu erstellen? Der Arzt, ein guter Arzt, wird dankbar für diese Hilfestellung sein. Wenn Sie eine Grippe oder einen entzündeten Rachen haben, so weiß der Arzt ganz genau, was er Ihnen verschreiben kann, damit diese Infektion so schnell wie möglich vorübergeht. Dazu braucht er nicht all zu viel von Ihnen persönlich wissen. Diese Sachen sind für ihn Routine. Auch für den Patienten bedarf es nicht unbedingt großer Aufklärung, denn mit diesen „einfachen“ Krankheitsbildern lernt man schnell umzugehen.

Bei einer chronischen Erkrankung sieht jedoch alles anders aus. Der Arzt wird zum Wegbegleiter über eine lange Zeit hinweg, oft über Jahre. Und da ist es unbedingt notwendig, dass Sie einen Arzt des Vertrauens finden. Sie werden mit dem besten und kompetentesten Arzt nicht glücklich sein, wenn das Zwischenmenschliche nicht passt. Auch ein Mediziner ist nur ein Mensch und bei einem „Teamwork“ sollte man sich auch sympathisch sein. Wenn Sie mit Ihrem Wegbegleiter nicht auf einer Ebene sind, so werden Sie auch kein Vertrauen zu ihm haben. Was spricht jetzt noch dagegen, den Partner Arzt zu wechseln? Haben Sie keine Angst davor und auch kein schlechtes Gewissen, wenn Sie diesen Schritt tätigen. Sie tun sich damit selbst einen Gefallen. Sie sollen sich gut aufgehoben fühlen, auch das trägt zur positiven Behandlung bei. Warum geht es so vielen Patienten bei erwiesenen Scharlatanen besser? Der Glaube versetzt Berge! Und auch das Wohlfühlgefühl! Wenn Sie sicher sind, dass Ihnen diese oder jene Person helfen kann, dann wird dieser Effekt auch für einige Zeit eintreten. Nicht umsonst wirken bei den Studien von neuen Medikamenten auch Placebos, wenn auch nur für einen begrenzten Zeit-

raum. Man muss sich eben wirklich sicher sein können, dass die Person, der man sich anvertraut, auch das Bestmögliche für einen tut.

Es gibt auch noch eine weitere Möglichkeit. Wenn man auf einen geliebten Hausarzt nicht verzichten will, so muss man das auch nicht tun. Man sucht eben einen anderen Weg. Für das „chronische Problem“ sucht man eben einen Facharzt oder einen Allgemeinmediziner des Vertrauens und für die anderen Kleinigkeiten und Wehwehchen zwischendurch geht man zum gewohnten Hausarzt. Wichtig ist nur, dass Sie für sich selbst das Beste selektieren. Egal auf welchem Umweg.

Im Laufe der Jahre erlebt man schon so einige Kuriositäten. Wenn man sich mit seiner Erkrankung sehr lange auseinander setzt, so kann man schon viel erleben. Wie bereits gesagt, auch Ärzte sind nur Menschen und man darf nicht von vornherein erwarten, dass sie allwissend sind. Mitunter kann es passieren, dass Sie als mündiger Patient dem Arzt, den Sie vielleicht das erste Mal aufsuchen, Ihre Basistherapie erklären müssen. Kein Wunder, leben Sie doch jahrelang damit und befassen sich ausführlich mit den verschiedenen Medikamenten und deren Wirksamkeit. Zumindest ist das der Idealfall. Versucht man als Betroffener immer am neuesten Stand der Dinge zu sein, so wird man zum richtigen Experten auf seinem Gebiet. Auch ein Arzt lernt nie aus und es werden ihm immer wieder Krankheitsbilder unterkommen, die auch für ihn neu sind. Jeder Mensch ist eben anders und reagiert individuell.

Leider kann man auch Negatives erleben, zum Beispiel, dass der behandelnde Praktiker absolut gegen die vom Facharzt verschriebene Therapie ist. Wie verhält man sich da als Kranker? Dies ist ein sehr komplexes Problem, das eigentlich von den Ärzten vermieden werden sollte, da es zu Lasten des Patienten geht. Wenn man da als Betroffener in seinem Krankheitsumgang noch nicht richtig gefestigt ist, wird das zu einem Martyrium und man muss einen Alternativweg suchen, um Hilfe zu erhalten. Auch für diese Problematik sind die Selbsthilfegruppen zuständig. Man kann von den Erfahrungen langjähriger Mitbetroffener nur profitieren.

Medikamente und alternative Behandlungsmethoden

Ein sehr wichtiges und unerschöpfliches Thema sind die Medikamente. In der Regel geht man in erster Linie einmal zum Hausarzt, wenn Schmerzen auftreten. Wenn noch keine definitive Diagnose feststeht und Sie Gelenkschmerzen haben, so wird er Ihnen wahrscheinlich ein Antirheumatikum verschreiben. Die Vielfalt und die Wirkung können Sie unter dem Kapitel „Medikamentöse Schmerztherapien“ von Dr. Puchner entnehmen. Auch den Sinn und die Notwendigkeit von Basismedikamenten können Sie dort nachlesen. Ich möchte nicht auf die Wirkung der Arzneien eingehen, sondern auf den Umgang mit den verschiedenen Medikamenten.

In erster Linie sollten Sie zwischen homöopathischen und den Mitteln der „Schulmedizin“ (ein für mich unmögliches Wort) unterscheiden. Kein guter

Arzt und kein guter Homöopath werden gegen das andere sein, wenn es sinnvoll eingesetzt wird. Gerade zu Beginn der Krankheit neigt man dazu, alles nur Erdenkliche zu erproben und zu testen. Das kann zu einer Odyssee werden! Das sage ich nicht nur leicht vor mich hin, sondern ich spreche aus eigener Erfahrung.

Als bei mir chronische Polyarthrits vom Hausarzt diagnostiziert wurde, konnte ich damit natürlich gar nichts anfangen. Ich hatte von dieser Krankheit noch nicht einmal gehört. Die Schwester meines damaligen Arbeitgebers litt schon seit Jahren an multipler Sklerose, das wusste ich. Was liegt da nicht näher, als mir dort einen Ratschlag zu holen? Sie verwies mich an einen Arzt in Salzburg. Der Weg von 150 Kilometer war mir nicht zu weit und bald fuhr ich einmal in der Woche zu diesem mir empfohlenen Facharzt. Doch so gut dieser Arzt auch war bzw. sein sollte, wirklich helfen konnte er mir nicht. Er verschrieb mir eine Diät, wie Diabetiker sie einhalten, und wenn ich sehr starke Schmerzen hatte, spritzte er mir zwei Ampullen Synacthen.

Damals wusste ich nicht einmal, was für eine Injektion er mir verabreichte, ich wusste nur, dass die schmerzfreie Zeit ziemlich exakt 48 Stunden betrug. Es war zum Verzweifeln! Wochenlang fuhr ich mit dem Zug den weiten Weg, nahm stundenlange Wartezeiten in Kauf und eine konkrete Verbesserung konnte ich nicht verspüren. Dieser Arzt war schon ein sehr alter Herr, er hatte auch einige Bücher geschrieben und ein paar von ihm davon empfohlene gab er mir für meinen Hausarzt zum Nachschlagen mit. Aber der Weisheit letzter Schluss war in keinem zu finden. Sobald die Wirkung der Injektionen nachließ, war alles beim Alten. Also, wozu den weiten Weg nach Salzburg? Diese Spritzen konnte mir mein Hausarzt genauso gut verabreichen. Heute weiß ich, dass diese Injektion nichts anderes macht, als die körpereigene Kortisonausscheidung zu erhöhen und damit die Entzündungen zu hemmen.

Nach dieser für mich nicht sehr befriedigenden Erfahrung ging ich zu einem „Augendiagnostiker“. Von ihm hörte ich wahre Wunder! Was tut man nicht alles, um sein Leid zu lindern! Er sagte mir sogleich klipp und klar, wenn ich das, was er mir sagte, nicht einhalten würde, dann säße ich im Alter von 30 Jahren im Rollstuhl. Meinen momentanen Schock kann man sich wohl vorstellen. Zwar kann ich mich nicht mehr detailgenau auf seine Worte erinnern, aber warum und weshalb ich an dieser Erkrankung litt, konnte er mir ganz genau sagen. Es hatte irgendetwas mit internen Blockaden zu tun ... Ich will nicht all seine Aussagen verwerfen, denn Jahre später stellte sich heraus, dass er mit einigen Feststellungen wirklich ins Schwarze getroffen hatte. Dies hatte aber nichts mit meiner chronischen Erkrankung zu tun. Jedenfalls verordnete er mir strengste Diät – vegetarische Diät. Absolut fleischlose Kost, keine Nahrung, die Bestandteile mit tierischen Substanzen, wie z. B. Suppenwürfel, enthält. Heutzutage ist fast jedem bewusst, dass Ernährung nicht einseitig sein soll und Gemüse und Obst unverzichtbar sind. Aber mit fleischloser Ernährung und einigen von ihm – sehr teuer! – verschriebenen homöopathischen Mitteln sollte ich geheilt werden. Ein gutes halbes Jahr hielt ich mich an diese Anweisungen. Aber eine Änderung meines Gesundheitszu-

standes konnte man nicht feststellen. Selbstverständlich würde ich mir nie anmaßen zu behaupten, dass bei manchen eine Ernährungsumstellung nicht zu einer Verbesserung des Leidens führen kann. Es gibt solche Fälle, wenn auch nur sehr selten. Bei mir brachte es jedenfalls gar nichts. Nichts als vergeudete Zeit, die ich besser in den richtigen Händen verbracht hätte. Aber diese Erkenntnis kam leider sehr spät.

Man ist eben versucht, alles Menschenerdenkliche zu probieren, ob es nicht doch eine wirkliche Hilfe gibt. Nach vielen erfolglosen Versuchen ist man meist psychisch in so einem Tief, dass einem der Glaube, die Krankheit doch noch in den Griff zu bekommen, zur Gänze fehlt. Und all die guten Ratschläge von den Freunden und Verwandten! Diese können einen zur Verzweiflung treiben. All die guten Hausmittelchen, die es gibt! Jeder glaubt mit seinem Beitrag der Weisheit letzter Schluss zu sein. Tatsache ist, dass man sich von solchen wenn auch ehrlich gut gemeinten Aussagen absolut distanzieren muss.

Es gibt unzählige Angebote der Alternativmedizin. Man muss sorgfältig auswählen und darf nicht den Fehler begehen, alles über einen Kamm zu scheren. Es gibt sehr gute, ausgewählte Heilmittel, die man ohne Bedenken anwenden kann, beginnend bei der Bachblütentherapie über verschiedene andere pflanzliche Konzentrate, die man rezeptfrei in den Apotheken erhalten kann, bis zu – selbstverständlich auch – gewissen Hausmitteln. Es ist jedem selbst überlassen, seine Erfahrungen zu machen. Es spricht auch nichts dagegen. Nur, und dies muss ich leider immer wieder erwähnen, ich habe in all den Jahren nicht einen einzigen Patienten kennen gelernt, der mit alternativer Medizin in Remission gekommen wäre. Und schon gar keine Rede von Heilung!

Das oberste Gebot sollte jedoch sein:

Information – das Wissen über die Wirkung der doch sehr unterschiedlich anzuwendenden Kräuter und Wässerchen. Auch bei pflanzlichen und homöopathischen Arzneien kann man bei unsachgemäßer Handhabung mehr Schaden anrichten, als man Besserung erreicht. Nicht umsonst befassen sich auch Ärzte mit der Naturheilkunde. Ein guter Arzt wird nie gegen möglicherweise nebenwirkungsärmere Tropfen und „Kügelchen“ sein, wenn er sich bei ihnen einer Erfolg versprechenden Behandlung sicher sein kann. Denn gerade das ist ein wichtiger Aspekt: die Wirkung. Man kann mit diversen pflanzlichen Produkten sehr wohl eine Linderung schaffen, das kommt aber immer auf den Krankheitsverlauf an. Es gibt Patienten, die sich seit einer Ernährungsumstellung wohler fühlen und weniger Schmerzen haben. Aber das ist eben sehr individuell, es gibt kein Pauschalrezept. Ideal ist es natürlich, wenn sich Schulmedizin und alternative Produkte ergänzen. Aus diesem Grund ist es eben Priorität, sich selbst und seinen Körper zu kennen. Niemand wird Ihnen verbieten, einen Exkurs in diese Richtung zu erproben, aber ob es Sinn hat, ist fraglich.

Auch alternative Medikamente haben ihre Nebenwirkungen! Sollten Sie sich dazu entschließen, ein alternatives Produkt einzunehmen, so sollten Sie den Gang zu einem erfahrenen Therapeuten nicht scheuen. Und selbst wenn Sie

das Glück haben sollten, auf ein solches Präparat positiv anzusprechen, brauchen Sie sehr viel Geduld. Der Erfolg dieser Medikamente erfordert oft eine sehr lange Einnahmezeit (und ist meist mit hohen Kosten verbunden!). Sind Sie bei einem so genannten Heiltherapeut gelandet, der Ihnen sofort Erfolg verspricht und vielleicht auch noch rät, alle von Ihrem Arzt verschriebenen Medikamente sogleich abzusetzen, dann sollten bei Ihnen sämtliche Alarmglocken läuten! Kein seriöser Heilpraktiker wird Ihnen absolute und rapide Heilung versprechen! Das kann niemand! Leider gibt es speziell in dieser Berufssparte sehr viele schwarze Schafe, die mit den Leiden der Patienten nur den Profit im Sinn haben. Es gibt eine Unzahl von diversen Erfolg versprechenden Angeboten. Sie können die Inserate sogar in den Tageszeitungen finden.

Da wird geworben mit den wahrsten Wundermitteln! Kurioserweise dürften sogar diese Angebote einer gewissen Mode unterliegen. Vor einigen Jahren waren überall Angebote von den „Rheumawundern“ in den Illustrierten zu finden. Ich ließ mir dieses tolle Angebot einmal von einem in dieser Branche tätigen Vertreter genau erklären. Mit welcher Dreistigkeit dieser mir klar machen wollte, dass ich mit seinem Produkt geheilt werden könnte, da verschlug es sogar mir die Sprache.

„Wundermittel“ I

Das alles kam durch meine Großmutter ins Rollen, die eine diesbezügliche Werbekarte in ihrem Postkasten vorfand. Meine Oma will mir natürlich etwas Gutes tun und schickt diese Karte mit ihren Daten und IHRER Altersangabe an die angegebene Adresse. Ein paar Tage später bekam sie einen Anruf, dass ein Vertreter gerade zufällig in der Nähe sei und auch bei ihr noch kurz vorbeikommen möchte, um ihr dieses sensationelle Angebot zu unterbreiten. Oma ruft mich an und wir warten gemeinsam mit Spannung auf den Vertreter dieses Wunderdings. Er kam. Nein, er erschien! Mit Selbstbewusstsein und einem mitreißenden Lächeln auf den Lippen. Und einer riesigen Reisetasche. Am Wohnzimmertisch breitete er seine Unterlagen aus und erzählte uns so nebenbei, wie viel Stress er habe und dass er mit der Lieferung seines „Wunderproduktes“ schon gar nicht mehr nachkomme. Bis dato wusste ich immer noch nicht, um was es sich handelt. Meine Großmutter, beflissenlich bewogen, endlich von meinem schlimmen Leiden zu berichten, war von diesem sprachgewandten Mann ganz hingerissen. Meine Oma konnte nicht mal richtig fertig erzählen, als er schon zu erklären begann, wie gut und toll sein Ding nicht wirke und er mich damit sicher heilen könne. Heilen!! Jawohl, er sagte heilen. Ich bemerkte natürlich sofort, dass dieser Mensch nicht den blassesten Schimmer von meiner Krankheit hatte und sich zu solch einer Äußerung erdreiste. Jetzt wollte ich doch endlich mal wissen, um was es eigentlich ging! Da öffnete er seine schwarze Kunststoffreisetasche und breitete vor uns eine große Steppdecke mit aufgenähten Fellen aus. Und dieses Ding sollte mir helfen. Wie? Das weiß ich bis heute nicht. Aber dieser

sprachbegabte Mensch erklärte es mir ja ganz genau. Auf dieser hochqualitativen Daunendecke waren Felle von Katzen aufgenäht (arme Tiere!!). Nein, das waren keine normalen Hauskatzen, sondern diese Miezen wurden in China gezüchtet, umgebracht, ihnen das Fell abgezogen und – natürlich ganz geheim – in einem speziellen Verfahren der Pelz gegerbt, auf die Decken genäht und nach Europa exportiert. Und der Clou an der Sache war: Wenn man sich mit diesen Decken nächtens zudeckt, wird man nach nicht allzu langer Zeit von der schlimmen Krankheit befreit sein ...

Hat man da noch Worte? Nein, die fehlten mir zur Gänze, als er den Preis nannte! 1.000,- Euro das Stück und wenn man gleich zwei nimmt, dann bekommt man noch Rabatt. Nach einigen Minuten des Schweigens und des sich wieder Sammelns erlaubte ich mir die Frage zu stellen, auf welchen Studien seine Thesen denn beruhten. Aber er hatte vorgesorgt. Aus seiner Reisetasche zauberte er noch einen besonders dicken Ordner hervor. Prall gefüllt mit Dankesschreiben rheumageplagter und nun endlich geheilter Patienten! Und zu guter Letzt befanden sich noch Unmengen Referenzschreiben verschiedener Haus- und Fachärzte in diese Mappe. Jetzt war ich wirklich geschafft. Nun gut, ich bat ihn, mir diese Schreiben von den Ärzten genauer ansehen zu dürfen, und er gestattete mir dies. Aber dann wurde ich ihm anscheinend doch zu anmaßend, denn ich sagte ihm, dass ich einige dieser Ärzte anrufen möchte, um sie nach ihrer Meinung zu fragen.

Auf einmal war er um Ausreden nicht verlegen. Das wäre nicht möglich, sagte er, da die nächsten Kunden schon auf ihn warten würden, und dies würde zuviel Zeit beanspruchen. Auf mein aber doch sehr ausdauerndes Beharren meinte er, ich solle zuerst den Kaufvertrag unterzeichnen und dann werde er versuchen, mir eine Liste mit den Ärzten zukommen zu lassen.

Ich glaube, es versteht sich von selbst, dass ich diesen Mensch hochkant aus dem Haus befördert habe. Danach verständigte ich den Konsumentenschutz, wo die Machenschaften dieses dubiosen Unternehmens schon allseits bekannt waren. Gut, mit mir machten diese Leute kein Geschäft, aber wie vielen älteren und einsamen Menschen gaben sie mit diesen unseriösen Methoden wieder Hoffnung! Solchen Gaunern gehört das Handwerk gelegt. Und das war nur eines von vielen Beispielen!

Nach den Katzenfelldecken wurde es richtig „in“, sich mit der Methode der so genannten Bioresonanz behandeln zu lassen. Natürlich musste ich auch diese Art der Behandlung testen. Da ich von Haus aus ein sehr neugieriger Mensch bin und ich auch in der Selbsthilfegruppe nach meinen Erfahrungen gefragt werde, ist es für mich immer wieder interessant, mit welcher Fantasie und Vielfalt die Menschen zur Kasse gebeten werden.

„Wundermittel“ II

Ein damaliger Kollege schwor auf diese Behandlung. Sein Sohn litt an einer Magen-Darm-Erkrankung und er fuhr regelmäßig zu einer Dame, die sich auf die Bioresonanzbehandlung spezialisiert hatte. Ich ließ mir von ihm die

Telefonnummer geben und vereinbarte mit besagter Dame einen Behandlungstermin. Was mich allerdings dort erwartete, war wirklich sensationell. Mir wurden zwei Messingstäbchen in beide Hände gedrückt und weiters musste ich barfuss jedes Bein auf eine Messingplatte stellen. Dann wurde mir eindringlichst aufgetragen, mich mindestens eine halbe Stunde absolut still zu verhalten und mich keinesfalls zu bewegen. Versuchen Sie das einmal! Gerade meine Füße und Zehen durften bzw. sollten sich keinen Millimeter bewegen. Nach etwa 30 Minuten kam die behandelnde Dame zurück und betrachtete die Fußabdrücke auf den Messingplatten eingehend. Ich habe mich leider nicht ruhig genug verhalten, sagte sie, deshalb sei das Ergebnis nicht einwandfrei. Na toll. Die ganze Prozedur umsonst. Nein, nicht ganz. Die Stäbchen, die ich in den Händen hielt, waren mit einem Kabel an einem Apparat verbunden, wo, wie bei einem Geigerzähler, ein Zeiger bei gewissen Spannungen verschiedene Werte anzeigte. Ich selbst konnte von diesem Gerät rein gar nichts ablesen. Die Dame jedoch erklärte mir, dass sich in meinem Körper diverse Blockaden angestaut hätten und diese den positiven Energiefluss unterbrachen. Deshalb wäre ich auch krank. Nicht erwähnenswert, dass sie nicht einmal fragte, an welcher Krankheit ich litt. Daraufhin nahm sie ein kleines Fläschchen zur Hand, in dem sich Rizinusöl befand, steckte einen dünnen Draht in die Öffnung und verband diesen mit dem erwähnten Apparat. Sie erklärte auf mein Nachfragen, dass sie dieses Öl mit positiver Energie aufladen würde und ich mich ab sofort täglich mit diesem Mittel am Bauch einreiben müsse ... Dann würden die negativen Blockaden unterbrochen. Ich möchte Ihnen gar nicht sagen, wie viel sie für diese Behandlungsmethode verlangte!

Nun, ich war wieder um eine Erfahrung reicher. Aber ich möchte auch betonen, dass nicht alle Alternativmediziner Scharlatane sind! Hiermit möchte ich nur aufzeigen, wie vorsichtig und mit welcher gesunden Skepsis man solche Sachen angehen soll. Man darf nie ein Wunder erwarten. Gäbe es dies, so glauben Sie mir, hätte derjenige, der es gefunden hat, den Nobelpreis verdient.

Zurzeit werden überall und in allen Zeitschriften und Tageszeitungen Magnetfeldmatratzen angeboten. Zu enormen Preisen. Die Firmen scheuen sich nicht mit Prominenten zu werben und auch Zitate von Ärzten in ihr Werbeprogramm einzubauen. Es steht mir nicht zu, zu behaupten, dass diese Matratzen schlecht sind und keine positive Wirkung zeigen. Aber bei welchen Gesundheitsproblemen? Es gibt keine eindeutigen wissenschaftlichen Studien darüber. Abgesehen davon, gibt es auch einen ganz wesentlichen Unterschied bei diesen Magnetfeldmatratzen: das statische und das pulsierende Magnetfeld. Wenn schon, dann können rein logisch nur die pulsierenden Matratzen einen Effekt erzielen, da diese an den Stromkreis angeschlossen sind. Mit solchen Matratzen behandeln (wenn überhaupt) auch Ärzte. Über die statischen Magnetfelder, welche lediglich „irgendeinen Magnet“ enthalten, gibt es überhaupt keine wissenschaftlichen Aufzeichnungen.

Das Magnetfeld soll insofern wirken, als die Muskeln stimuliert werden und dabei eine gewisse Erwärmung der Muskulatur entsteht. Sehr gut kann man sich vorstellen, dass dies z. B. bei Muskelverspannungen sehr angenehm sein kann. Aber man muss es täglich und regelmäßig anwenden. Wie ist das jedoch bei einer entzündlichen Erkrankung? Wie man weiß, werden Entzündungen nicht mit Wärme, sondern mit Kälte behandelt. Eine Stimulation der Muskeln jedoch erzeugt Wärme. Kann das in so einem Fall gut sein? Trägt man sich wirklich mit dem Gedanken, so eine doch sehr kostspielige Anschaffung zu tätigen, ist es empfehlenswert, dies vorher zu testen. Sollten Sie einen Herzschrittmacher haben, so dürfen Sie diese Behandlung auf keinen Fall machen! Seriöse Firmen werden diese Umstände ohne Vorbehalt eingehen. Auch Ihren behandelnden Arzt sollten Sie unbedingt zu Rate ziehen!

Wie Sie eben den angeführten Beispielen entnehmen können, gibt es sehr wohl positive wie auch negative Erfahrungen mit der Alternativmedizin. Man darf eben nicht den Fehler begehen, wahre Wunder zu erwarten, wenn man etwas Neues ausprobiert. Wenn Sie jedoch etwas gefunden haben, dass Ihnen hilft, dann ist das wunderbar.

Zusammenfassend möchte ich nochmals sagen, nichts spricht dagegen, dass man die verschiedensten Methoden testet. Aber eine gesunde Skepsis ist für das eigene Wohlbefinden unbedingt notwendig und schützt vor allzu großen Enttäuschungen! Setzen Sie keine unrealistischen Hoffnungen voraus, aber seien Sie auch nicht zu pessimistisch. Der richtige Mittelweg ist da gefragt. Immer wieder hört man von den Patienten die unterschiedlichsten Meinungen und Erfahrungen. Was dem einem hervorragend hilft, muss bei dem anderen gar nicht helfen oder kann gewisse Symptome sogar verschlechtern. Mit ein paar Rückschlägen ist immer zu rechnen, aber ein Grund zur Resignation besteht auf keinen Fall.

Je mehr Sie probieren, desto mehr werden Sie auch über sich selbst, Ihren Körper und auch Ihre Krankheit erfahren. Seien Sie offen für alles. Selbst wenn Sie nicht viel Positives erfahren durften, so haben Sie doch die Möglichkeit, Ihre Erlebnisse anderen Mitbetroffenen zu berichten.

Chirurgische Eingriffe – Operationen

Operieren? Ist das wirklich notwendig? Kann ich nicht noch damit warten? Ist das sicher, dass es mir dann besser geht? Was wird da gemacht? Ich habe Angst vor der Operation!

Diese und ähnliche Gedanken gehen wohl jedem durch den Kopf, wenn er das erste Mal damit konfrontiert wird. Meiner Meinung nach ist es sehr wichtig, dass der Internist und der Orthopäde als Team zusammenarbeiten. Der eine oder andere Patient macht sicher die Erfahrung, dass der Internist oder auch der Allgemeinmediziner nicht allzu viel von chirurgischen Eingriffen hält oder diese so lange als möglich vom Patienten fern halten will. Leider scheiden sich da oft sogar heute noch die „Geister“. Ich kann Ihnen nur meine

Erfahrung mit der Chirurgie darlegen und möchte mir auch gar nicht anmaßen, Ärzte zu kritisieren, die nicht derselben Auffassung sind wie ich oder andere Mediziner. Sicher zum x-ten Mal wiederhole ich, dass dies alles subjektive Erfahrungen sind, aber dennoch erlaube ich mir gewisse Aussagen zu tätigen, da dies nicht nur meine Erfahrungswerte, sondern die vieler Mitbetroffener sind.

Ich habe schon dreizehn operative Eingriffe hinter mir; das ist mit Sicherheit nicht erstrebenswert. Dazu muss man aber bedenken, dass ich bereits seit 19 Jahren an chronischer Polyarthritis leide und die medizinischen Fortschritte gerade in den letzten Jahren enorm waren! Damals gab es in Österreich noch keine Rheumatologen, sondern Internisten, die sich mehr oder weniger auch mit diesen Krankheitsbildern befassten. (Ein Internist, Orthopäde oder auch ein Facharzt für physikalische Medizin kann heute durch eine zusätzliche 3-jährige Ausbildung das Zusatzfach erwerben.) Auch ist man zu dem Schluss gekommen, dass man so früh wie möglich und so aggressiv wie nötig diese Krankheit behandeln muss. Früher war man eher geneigt zu sagen: „Na, wir warten noch, wie sich das weiter entwickelt ... ich verschreibe Ihnen vorerst ein paar schmerzstillende Medikamente und wenn es nicht besser wird, dann sehen wir weiter ...“ So oder so ähnlich haben „die alten Hasen“ unter uns noch so manches Arzt-Patienten-Gespräch im Kopf. Man kann niemand einen Vorwurf machen, denn das war der damalige Wissensstand der Ärzte in der Rheumatologie.

Jetzt, und das schon seit einigen Jahren, ist Umdenken angesagt. Je früher mit der richtigen Behandlung begonnen wird, desto größer die Chance einer Remission. Und wenn doch schon etwas verabsäumt wurde oder die Therapien nicht so angesprochen haben, wie man es sich wünschte, so haben wir auch die Möglichkeiten der Chirurgie.

Die Medizin ist heute schon so weit, dass man beinahe jedes Gelenk ersetzen oder zumindest teilersetzend kann. Natürlich darf das nicht das Ziel sein! Aber wenn schon notwendig, dann bitte bald genug und nur in erfahrenen Händen. Ich meine jetzt mit „erfahrenen Händen“ einen Arzt, der Erfahrung mit Polyarthritispatienten hat. Die Gelenke eines cP-Patienten unterscheiden sich doch sehr von jenen „gesunder“ Patienten, die vielleicht einen Gelenkersatz aufgrund eines Unfalls benötigen. Durch jahrelange Kortisontherapie sind die Knochen oft auch schon osteoporosegeschädigt, was besonderer Rücksichtnahme bedarf.

Aber all diese Dinge fallen eigentlich nicht in mein Ressort. Tipps möchte ich Ihnen nur als Patient weitergeben. Wenn eine OP bei Ihnen ansteht, dann nützen Sie alle erdenklichen Möglichkeiten, sich darüber zu informieren. Gerade wenn es die erste OP ist. Nehmen Sie Kontakt zu anderen Patienten auf, die schon Erfahrungen damit haben. Natürlich gibt es auch Betroffene, die nicht glücklich über ihre Operation sind oder die keine wesentliche Besserung dadurch erreichen konnten. Deshalb sollten Sie sich aber auf keinen Fall entmutigen lassen. Nicht jede OP bedeutet gleich einen Gelenkersatz. Im Gegenteil, zuerst wird man immer versuchen, durch eine Synovektomie das

Fortschreiten der Gelenkzerstörung aufzuhalten und dadurch auch die Funktionalität zu festigen. Eine Synovektomie, das ist die Entfernung der entzündeten Gelenkschleimhaut, kann fast an jedem Gelenk durchgeführt werden. Als Patient profitiert man, dass die Schwellung des betroffenen Gelenks zurückgeht und dadurch auch der Schmerz reduziert wird, oft fast verschwindet. Es gibt die verschiedensten OP-Möglichkeiten und man sollte sich vom operierenden Arzt alles ganz genau erklären lassen. Der Chirurg kann Ihnen auch anhand des Röntgens genau erklären, wo und wie das Gelenk zerstört ist und was er bei der Operation machen wird. Haben Sie keine Scheu nachzufragen, wenn Sie etwas nicht verstehen, denn es geht ja um Ihren Körper. Es ist wichtig, dass Sie Vertrauen zum behandelnden Arzt haben, da sich das sicher auf die psychische Stabilität auswirkt.

Was passiert im Krankenhaus?

Natürlich kommt es ganz darauf an, welche Operation Ihnen bevorsteht, aber Sie sollten sich nicht allzu große Gedanken um das „Drumherum“ machen. Versuchen Sie es positiv zu sehen. Wenn die OP vorbei ist, dann können Sie sich auch etwas Positives davon erwarten, und wenn es „nur“ Schmerzlinde- rung ist. In der Regel kommt auch der Anästhesist zu Ihnen, um die Narkose zu besprechen. Bitte bedenken Sie, jede Vollnarkose bedeutet eine enorme Belastung für den Körper, und aus diesem Grund sollten Sie sich die alternativen Betäubungsmethoden, wie z. B. den Plexus- oder den Kreuzstich, von Ihrem Anästhesisten genau erklären lassen. Bei den lokalen Betäubungen haben Sie auch den Vorteil, dass Sie wesentlich schneller wieder „auf den Beinen“ sind, die postoperativen Schmerzen nicht so akut einsetzen, der Kreislauf stabiler ist und Sie früher etwas trinken und essen können.

Der „schlimmste“ Tag ist der der Operation selbst. Normalerweise kommen Sie direkt vom OP in den Aufwachraum und dann auf Ihr Zimmer. Nach großen OPs, wie z. B. dem Einsetzen einer Hüft- oder Knieprothese, werden Sie den ganzen Operationstag im Aufwachzimmer bleiben, damit der Kreislauf und der Puls ständig überwacht werden können. Es sind immer Schwestern in Ihrer Nähe und in der Regel wird auch der Chirurg nach dem Eingriff nach Ihnen sehen. Und etwas ganz Wichtiges: Melden Sie sich sofort, wenn Sie Schmerzen haben! Es hat keinen Sinn, die Zähne zusammenzubeißen und zu leiden, weil man der Meinung ist, man müsse schon etwas aushalten. Das ist der falsche Weg. Zu Ihrer Genesung ist auch der erholsame Schlaf sehr wichtig und unter ständigen großen Schmerzen wird dies nicht möglich sein. Ich selbst habe die Erfahrung gemacht, dass die Schmerzen jeden Tag nach der OP, mitunter sogar wesentlich, weniger werden. Eine einzige Ausnahme gibt es und das ist beim Kniegelenk.

Da ich in diesem Buch meine persönlichen Erfahrungen aufrichtig und ehrlich weitergeben will, fände ich es nicht richtig, schmerzvolle Situationen zu verharmlosen, zu verschweigen oder zu beschönigen. Aber dies soll Sie nicht entmutigen, denn das Ergebnis spricht für sich. Für mich zählten die Knie-

operationen zu den schmerzvollsten. Dazu muss ich bemerken, dass ich bereits zwei künstliche Hüftgelenke, zwei künstliche Kniegelenke und noch eine Menge anderer Operationen hinter mir habe.

Das Kniegelenk ist so komplex und es laufen so viele Sehnen und Nerven über dieses Gelenk, dass es eigentlich logisch ist, dass man da bei chirurgischen Eingriffen besonders sensibel reagiert. Auch dies wird nicht bei allen gleich sein, da das postoperative Schmerzempfinden sehr subjektiv ist. Wie bereits erwähnt, stellt sich in der Regel nach der OP eine tägliche Besserung ein. Beim Kniegelenk kommt dies in Intervallen und nach ein paar Tagen der Besserung kann es sein, dass man eine Woche darauf wieder sehr große Schmerzen hat. Beim Knie halten die postoperativen Schmerzen auch über einen viel längeren Zeitraum an als bei anderen Eingriffen. Eine sehr hilfreiche Methode, um diese Schmerzen wesentlich einzudämmern, ist die Legung eines Schmerzkatheters. Dieser wird vom Anästhesisten vor der Narkose in der Leiste des Patienten an einem ganz bestimmten Punkt in einen Nerv gelegt. Keine Angst! Sie bekommen ein Mittel ins Blut verabreicht, das Sie müde und „schwummrig“ macht, und man spürt (ehrlich) höchstens einen kleinen Piks. In diesen Katheder wird ein Analgetikum verabreicht, das links, rechts und in die oberen Nervenbahnen einfließt und somit diese Partien des Knies praktisch schmerzfrei hält. Der Katheder bleibt auch noch einige Tage nach der Operation und Sie können beinahe selbst bestimmen, wie viel Schmerzmittel Sie zuführen oder ob Sie einen „Bonus“ bei stärkeren Schmerzen benötigen. Auf diese Möglichkeit würde ich nicht verzichten wollen, da man auch wesentlich weniger schmerzstillende Medikamente benötigt.

Nach der gut verlaufenen OP kommt es auch sehr stark auf Sie selbst an, wie bald Sie wieder flott unterwegs sind und das Krankenhaus verlassen können. Arbeiten Sie aktiv mit der oder dem Physiotherapeutin/en und versuchen Sie alle Ihnen erlaubten Bewegungsübungen so oft und genau wie möglich durchzuführen. Bei Hüft- und Kniegelenkprothesen werden Sie relativ bald nach der OP aus „dem Bett“ geholt. Sehr früh wird da mit Bewegung begonnen. Keine Angst, die Beugung und Bewegung des Gelenks wird in kleinen Schritten begonnen und soll nie zu akuten Schmerzen führen. Außerdem werden Sie zu Beginn ohnehin nur mit einem Therapeuten die Übungen durchführen. Auch das Gehen mit Krücken wird Ihnen gezeigt. Da wird sich zeigen, je weniger Gewicht Sie haben, desto leichter wird es Ihnen fallen mit den Krücken zu gehen. Je besser Sie aktiv mitarbeiten, desto besser wird der Heilungsprozess sein und desto besser wird Ihr Gelenk wieder „funktionieren“. Ich habe das Glück, dass man mir meine „Ersatzteile“ eigentlich gar nicht ansieht, wenn ich gehe. Und das Allerschönste daran ist, dass ich mich wieder absolut schmerzfrei bewegen kann!

Bei großen Eingriffen wird Ihnen sicher ein Rehabilitations-Aufenthalt empfohlen. Bitte machen Sie dies unbedingt! Besprechen Sie mit Ihrem Arzt, welches Rehabilitations-Zentrum für Sie am geeignetsten ist und suchen Sie möglichst bald um Ihren Aufenthalt an. In der Regel wird das schon im Krankenhaus gemacht. Eines sollten Sie bedenken: Ein Rehabilitations-Auf-

enthalt trägt wesentlich zu Ihrer Genesung bei! Ich selbst habe Patienten bei Kuraufenthalten erlebt, die sich praktisch wie in der Schule verhalten haben. Der ihnen zugeordnete Therapeut gibt z. B. Anweisungen wie, wie oft und unter welchen Voraussetzungen sie eine Übung selbst ausüben und auch wiederholen sollen. Eben da gibt es Betroffene, die anscheinend glauben, dem Therapeuten einen Strich durch die Rechnung machen zu müssen, und die, wenn der Therapeut nicht mehr dabei ist, mit der Übung aufhören. Und alleine führen sie die Übungen schon gar nicht durch. Sie glauben mir nicht? Ich versichere Ihnen, das ist eine Tatsache! Eben wie in der Schule, wo der Schüler der Meinung ist, nicht für sich, sondern für den Lehrer zu lernen ... Ich muss wohl nicht extra erwähnen, dass sich diese Patienten selbst belügen und sich absolut selbst schaden. Alle Übungen, und seien sie noch so wenig zu verstehen, haben ihren Sinn. Gerade nach einer Operation, speziell an den Großgelenken, ist es unerlässlich die Muskulatur wieder aufzubauen. Der Muskelabbau geht leider sehr schnell, dafür braucht man zum Aufbau umso länger. Aber je besser und stärker die Muskeln sind, desto besser wird das Gelenk entlastet. Gerade bei einem Gelenkersatz ist die Muskulatur wie ein „Schutzmantel“ für das Gelenk. All die bis jetzt von mir erwähnten Operationen kommen beim chronischen Polyarthritiden Patienten am Häufigsten vor. Allerdings kommt es bei manchen Betroffenen noch zu einem, nicht ganz so häufigen, Problem. Die Halswirbelsäule. Viele Patienten spüren in einem akuten Schub auch Schmerzen in der Halswirbelsäule (HWS). Das Drehen des Kopfes nach rechts oder links, oder auch das Heben und Senken des Kopfes bereitet große Schmerzen. Nicht selten treten dadurch auch große Kopfschmerzen auf, die sich vom Nacken aus über den Hinterkopf bis hin zur Stirne ausdehnen können. Auch dieser Bereich gehört regelmäßig vom Arzt untersucht und gegebenenfalls mit Röntgen, CT (Computertomographie) oder auch MR (Magnetresonanztomographie) bildgebend abgeklärt. Bei den meisten Polyarthritiden die Schmerzen in der HWS haben, zeigt sich mit der Zeit eine Veränderung des Dens und des ersten Halswirbels. Der erste Wirbel (Atlas), der wie ein Ring geformt ist, ist für das Tragen des Kopfes zuständig und der zweite Halswirbel (Axis), der einen so genannten Zahn hat (Dens), bilden zusammen ein Gelenk. Insgesamt besteht die HWS aus sieben Wirbeln und ermöglichen dem Kopf eine Beweglichkeit höchsten Grades. Wie alle anderen Gelenke kann auch die HWS degenerative oder entzündliche Veränderungen aufweisen. In den schlimmsten Fällen, und auch wenn die Schmerzen extrem stark sind, kann ein operativer Eingriff eines Orthopäden oder auch eines Neurochirurgen notwendig sein. Äußerst selten kommt es jedoch vor (wie leider auch bei mir), dass die ganze HWS betroffen ist und ein chirurgischer Eingriff lebensrettend sein kann.

Sind, wie in den meisten Fällen, die ersten beiden Wirbel betroffen, so wird der Eingriff in der Regel vom Nacken aus durchgeführt und die Wirbel mit einem kurzen Stab oder Schrauben miteinander fixiert. Von erfahrenen Ärzten durchgeführt, wird so eine OP für den Patienten kein sonderlich großes Risiko darstellen. Bei mir lag dies aber alles etwas anders. Bei mir waren alle Wirbel

betroffen, der Dens auf dem Röntgen schon fast nicht mehr sichtbar (so geschädigt war dieser), der vierte und fünfte Wirbel waren schon ineinander „verschmolzen“ und die anderen Wirbel bildeten praktisch schon Stufen, so verschoben waren diese. Durch diese extreme Schädigung drückten die Wirbel auch schon auf das Myelon (Rückenmark) und bereitete mir dadurch große Schwierigkeiten in den Händen, das sich durch neurologische Probleme wie Kribbeln und auch Gefühllosigkeit in den Fingern bemerkbar machte. Von den Neurochirurgen wurde mir empfohlen, die OP ehestmöglich durchführen zu lassen, da sonst die Möglichkeit einer Querschnittlähmung oder noch etwas Schlimmeres bestünde. Dass mir diese Diagnose schwer zu schaffen machte, kann man sich denken. Die Chirurgen schlugen eine Totalversteifung der HWS vor. Vor der OP an sich hatte ich keine Bedenken, aber sehr wohl machte ich mir über die postoperativen Folgen große Gedanken. Kann ich den Kopf dann gar nicht mehr bewegen? Nicht mehr nach links und rechts oder nach oben und unten schauen? Wie wird sich das bei mir beim Autofahren auswirken? Wird das aussehen als hätte ich einen „Stock geschluckt“? Diese und ähnliche Gedanken kreisten um diese OP. Meine operierenden Neurochirurgen waren aber sehr erfahren (dies war auch dringendst notwendig!) und erklärten mir vorab offen und ehrlich wie sie die OP durchführen werden. Bei mir wurde an der Halsvorderseite ein Schnitt gesetzt, eine dem Verlauf der HWS angepassten Platte eingeschoben, dann auch vom Nacken aus ein Schnitt gesetzt und von dort mit zwölf Schrauben die HWS mit der Platte fixiert. Es war sicher die schwerste und komplizierteste OP die je bei mir gemacht wurde. Aber so schlimm sich dies jetzt auch alles liest, so überraschter war ich nach diesem schweren Eingriff. Und zwar im Positiven! Meine Bewegungen der HWS waren ohnehin schon vornherein eingeschränkt und auch nach der OP erkannte ich eigentlich keinen Unterschied. Postoperativ bereitete mir das Schlucken noch einige Tage Probleme und auch meine Stimme war für längere Zeit etwas geschwächt. Es zeigt sich also immer wieder, dass dieselbe Erkrankung bei anderen Menschen auch ganz unterschiedlich verläuft. Wichtig von Patientenseite ist, dass Sie Ihrem Arzt alle Probleme so bald als möglich mitteilen, damit diese abgeklärt werden können.

Wie gesagt, es gibt schon sehr viele Möglichkeiten in der chirurgischen Orthopädie und die Forschung geht immer weiter voran. Aber es soll gar nicht Ziel sein, sich einer Operation unterziehen zu müssen. Je besser und früher man vorher behandelt wird, desto größer wird die Chance, dass man auch ohne Operation mit einer chronisch entzündlichen Gelenkerkrankung bestens leben kann.

Ernährung

Diesem Thema wird bei allen Vorträgen, Veranstaltungen oder Treffen von Selbsthilfegruppen immer sehr großes Interesse beigemessen. Ich glaube, es

gibt nicht einen chronisch Kranken, der sich nicht zumindest einmal in seinem Leben nach einem alternativen Ernährungsprogramm erkundigt hätte, in dem Glauben, dass er dadurch vielleicht großen positiven Einfluss auf sein Krankheitsbild nehmen könnte. Gerade im rheumatischen Formenkreis wird an die Ärzte oder Mitbetroffene immer wieder die Frage gestellt, ob es nicht eine „Rheumadiät“ gäbe. Leider muss man sagen, dass es keine solche gibt. Die einzige Erkrankung in der Rheumatologie, bei der man effektiv mit einer Ernährungsumstellung Einfluss auf die Erkrankung hat, ist die Gicht. Dazu muss man aber anmerken, dass sich die Gicht wesentlich von allen anderen rheumatischen Erkrankungen unterscheidet. Da die Gicht eine Stoffwechselerkrankung ist, bei der sich bei erhöhter Harnsäure Kristalle in den Gelenken ablagern, kann man mit einer gezielten Ernährungsumstellung den Krankheitsverlauf absolut und definitiv positiv beeinflussen.

Bei der chronischen Polyarthrits konnte bis heute noch nicht wissenschaftlich belegt werden, dass die Ernährung einen wesentlichen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen hat. Mit Sicherheit nicht dahingehend, dass man mit einer „Diät“ in Remission kommt. Aber es ist auch nicht von der Hand zu weisen, dass manche Nahrung, wie z. B. bestimmte Wurzeln, sich positiv und sogar entzündungshemmend auswirken. Trotzdem wird man aber die Krankheit so nie in den Griff bekommen. Viele Patienten werden jetzt vielleicht wütend protestieren! Es gibt Betroffene, die ihre Essensgewohnheiten radikal geändert haben und denen es, wodurch auch immer, nach ihren Aussagen wesentlich besser geht. Auch ich kenne, wenn auch nicht viele, Patienten, die sich seit einigen Jahren fleischlos oder nur mit sehr wenig Fleisch ernähren. Die, die dies praktizieren, sagen, dass es ihnen mit dieser Ernährungsweise besser geht. Trifft dies auf alle zu? Mit Sicherheit nicht. Aber es spricht auch absolut nichts dagegen, wenn man es selber ausprobiert und vielleicht ein positives Ergebnis erlangt.

Würde dies der Weisheit letzter Schluss sein, glauben Sie mir, so wäre ich die Letzte, die nicht sofort ihre Ernährung umstellen würde. Vor Jahren, am Beginn meiner Erkrankung, habe auch ich meine Essensgewohnheiten für ca. ein halbes Jahr total umgestellt. Ergebnis: gleich null. Ich konnte nie, weder mit viel Fleisch, noch ohne Fleisch, einen Unterschied bemerken. Ich muss sogar sagen, dass mein Körper nicht einmal auf Alkohol schlecht reagiert (natürlich in Maßen). Und dann kenne ich wieder Patienten, die sagen, sie können nicht einmal ein Glas Sekt trinken, ohne dass sie am nächsten Tag nicht einen Schub hätten. Auch in dieser Hinsicht reagieren wir eben alle sehr unterschiedlich. Außerdem bin ich zu der Überzeugung gelangt, dass auch die Stärke bzw. die Aggressivität der Erkrankung dabei eine wesentliche Rolle spielt.

Es gibt auch in der Natur sehr wohl gewisse Gemüse- und Wurzelarten, die (wie bereits erwähnt) nachweislich entzündungshemmend sind. Wenn man sich die Mühe macht, sich in diese Materie einliest und sich weiterbildet, so hat das sicher einen Sinn. Man darf sich eben, wie schon gesagt, nur keine Wunder erwarten. Jeder Arzt wird bestätigen, dass eine gesunde, ausgewogene Ernährung für Gesunde und natürlich auch für Kranke sehr wichtig ist.

Selbstverständlich ist eine frisch angerichtete Salatplatte und einer Scheibe Vollkornbrot allemal gesünder als ein fetter Schweinsbraten mit Knödel, auch wenn er einem besser schmeckt. Es versteht sich von selbst, dass Obst und Gemüse dem Körper gar nicht zuviel zugeführt werden können und dass es sehr wohl sinnvoll ist, fleischlose Tage mit einzuplanen. Einen weiteren positiven Nebeneffekt hat eine gesunde Ernährung auch auf das Körpergewicht. Gerade die Gelenke werden bei Übergewicht sehr stark belastet und mit einer ausgewogenen Ernährung kann man dem gezielt vorbeugen. Je wohler Sie sich selbst fühlen und je weniger Gewicht Ihre Gelenke zu tragen haben, desto besser wird man auch Einfluss auf die Krankheit nehmen können. Es ist doch ein wesentlicher Unterschied, ob bereits arthritisch geschädigte Kniegelenke ein Gewicht von 60 kg (bei Körpergröße von ca. 1,75 m) oder ein Gewicht von 95 kg tragen müssen.

Einteilung und Ursachen rheumatischer Erkrankungen

Man unterscheidet **entzündliche rheumatische Erkrankungen** und Gelenk-leiden, die nicht auf entzündliche Ursachen zurückgehen. Letztere werden als **Arthrosen** bezeichnet. Es handelt sich um degenerative Erkrankungen, die hauptsächlich durch Abnützung, Überbelastung oder Fehlstellung entstehen. Sie sind vor allem Erkrankungen des höheren Lebensalters im Gegensatz zu entzündlichen Erkrankungen, die in jedem Lebensalter auftreten können.

Die Ursachen rheumatischer Beschwerden sind aber vielseitig.

Manche Gelenkkrankheiten wie die Gicht oder der Morbus Bechterew sind **vererbbar**, das heißt, dass mit einem erhöhten Risiko, an diesem Leiden zu erkranken, gerechnet werden kann, wenn bei Blutsverwandten diese Krankheit diagnostiziert wurde. Das heißt jedoch nicht, dass man als Verwandter erkranken muss. Es besteht lediglich eine erbliche Veranlagung. Welche Faktoren letztendlich ausschlaggebend sind, dass die Erkrankung zum Ausbruch kommt, ist nicht geklärt.

Übergewicht ist in jedem Fall schlecht für die Gesundheit, besonders für die Gelenke. Vorzeitige Abnützungserscheinungen sind die Folge.

Eine Störung des **Harnsäure-Stoffwechsels** führt zur Gicht, das heißt, dass eine vermehrte Ansammlung von Harnsäure zu einer schmerzhaften Ablage-rung in den Gelenken führen kann.

Infektiöse Gelenkerkrankungen, die sehr selten auftreten, können dadurch ausgelöst werden, dass Keime oder Fremdkörper in das Gelenk eindringen und schwere eitrige Entzündungen hervorrufen.

Auch als Folge von **Durchfallerkrankungen**, typischerweise Salmonellosen, oder **Harnwegsinfekten** können über „Umwege“ entzündliche Gelenk-erkrankungen hervorgerufen werden.

Unser **Immunsystem** hat die Aufgabe, Stoffe, die unserem Körper gefährlich werden könnten, abzuwehren. Es soll uns vor Bakterien und Viren schützen. Dazu bildet es spezielle Stoffe, Antikörper, die (wie ein Schlüssel zu einem

Schloss) zu einem Schadstoff passen und diesen binden und zerstören. Bei verschiedenen entzündlichen Gelenkerkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis nimmt man eine angeborene Störung des Immunsystems an. Es wird vermutet, dass Antikörper gegen den eigenen Körper gebildet werden. Diese Antikörper greifen die Gelenkinnenhaut an. Es entsteht eine Entzündung. Angeborene **Fehlbildungen** und **Haltungsfehler** durch falsches Schuhwerk und Sitzmöbel führen ebenso zu Verschleißerscheinungen.

Hormonelle Ursachen wie zum Beispiel der Östrogenmangel in der Menopause können zur verstärkten Ausbildung einer Osteoporose führen.

Wie bereits erwähnt, ist der hauptsächlichste Ernährungsfehler das Übergewicht. Aber auch eine mangelhafte Zufuhr von Mineralstoffen und Vitaminen kann zur Erkrankung des Knochens und Weichteilapparates führen.

Sportliche oder **berufliche Überlastungen** führen zu typischen Diagnosen wie Tennisellenbogen, Hüft- und Kniegelenkarthrosen.

Viele Untersuchungen haben gezeigt, dass gerade bei entzündlichen Gelenkerkrankungen die **Psyche** eine nur untergeordnete Rolle bei der Auslösung der Erkrankung spielt; im Gegensatz zu weichteilrheumatischen Beschwerden wie Verspannungen der Sehnen oder Muskeln, wo psychische Faktoren die Symptome oft stärker beeinflussen können.

Wie funktioniert nun ein Gelenk?

Knochen, Muskeln und Sehnen bilden das tragende Gerüst des Körpers. Alle einzelnen Knochen sind durch Gelenke miteinander verbunden. Jedes Gelenk ist von einer Bindegewebskapsel umgeben, die an der Innenseite mit

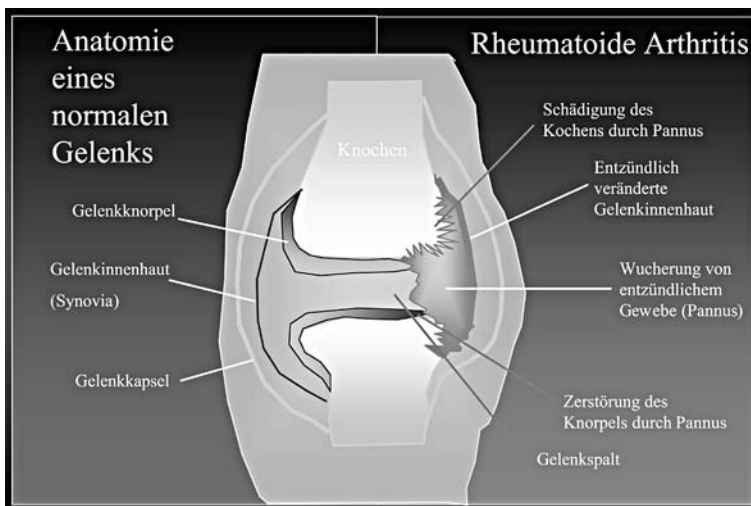


Abb. 1

Schleimhaut ausgekleidet ist. Diese Gelenkinnenhaut ist gut durchblutet und eine zähe Gelenkflüssigkeit dient als Gleitmittel, Stoßdämpfer und Schutzfilm. Außerdem versorgen sie den Gelenkknorpel mit Nährstoffen. Wo die Knochenenden aufeinander stoßen, sind sie mit einer weißlich-elastischen Schicht überzogen, dem Gelenkknorpel.

Diagnostik rheumatischer Erkrankungen

Ein guter Arzt sollte nach einem ausführlichen Gespräch (Anamnese) mit dem Patienten in rund 75 Prozent die richtige Diagnose stellen können. Diese Meinung „älterer“ Lehrbücher und „weiser“ medizinischer Lehrer kann heutzutage angesichts der Fülle apparativer und laborchemischer diagnostischer Möglichkeiten (böse Zungen würden noch hinzufügen „und Notwendigkeiten“) nicht mehr aufrechterhalten werden oder scheint nicht mehr zeitgemäß. Gerade für die frühzeitige und richtige Diagnose einer entzündlichen Gelenkerkrankung steht aber noch immer die Erfahrung des Untersuchers im Vordergrund. Trotz modernster und vielfach auch angewandter technischer Hilfsmittel ist in der Rheumatologie in erster Linie das Wissen und Einfühlungsvermögen des Arztes für das Erkennen der (ersten) Symptome notwendig. Eine frühe Diagnostik ist gefordert, da bereits wenige Monate nach Beginn einer rheumatoiden Arthritis irreversible Schäden an den Gelenken auftreten können und daher eine rasche und gezielte (Basis) Therapie zwingend ist. Nur durch eine schnelle und richtige Diagnose ist eine frühzeitige Behandlung möglich.

Es wird daher dringend empfohlen, bei unklaren Gelenkschmerzen oder Schwellungen den (Haus-)Arzt aufzusuchen. Dieser wird den Patienten gegebenenfalls, entsprechend der Symptomatik, zur weiteren Abklärung und Einleitung einer Basistherapie zum Spezialisten weiterleiten. Der erste Ansprechpartner sollte aber der dem Kranken bekannte Hausarzt sein.

Auch moderne Medien wie das Internet, Rheumaselbsthilfegruppen, die in allen größeren Städten aufgebaut sind, sowie Gesundheitseinrichtungen (Ärztekammer, Krankenkassen etc.) geben Hinweise, um die richtigen Ärzte zu finden.

Die Anamnese (Krankheitsschilderung)

Der geschulte Arzt wird meist sehr rasch das Beschwerdebild des Patienten einordnen und die nächsten Schritte setzen können. Insbesondere die Unterscheidung, ob es sich um primär **entzündliche** oder um **durch Abnützung** bedingte Symptome handelt, ist wichtig.

Degenerative Gelenkerkrankungen entstehen durch Abnützung, Verschleiß und durch jahrzehntelange Belastung, Überbeanspruchung oder Fehlbelastung. Daher sind vor allem die großen, tragenden Gelenke der unteren Extremitäten wie Hüft-, Knie- und Sprunggelenke betroffen. Diese als Arthrosen bezeichneten Erkrankungen treten meist in höherem Lebensalter auf,



Abb. 2. Entzündung des Handgelenks (aus Siegmeth und Singer, 1998)

können aber bei angeborenen Fehlstellungen wie der Hüftdysplasie oder unter besonderen Belastungen auch vor dem 50. Lebensjahr auftreten. Außergewöhnliche Belastungen sind zum Beispiel extreme sportliche Beanspruchungen der Gelenke oder auch Fettleibigkeit.

Typische Beschwerden bei *Arthrosen* (der Hüft- oder Kniegelenke) sind der *Anlauf- und Überlastungsschmerz*.

Anlaufschmerzen sind Beschwerden bei Bewegung nach längeren Ruhephasen wie Liegen oder Sitzen. Meist treten die Beschwerden nach wenigen Schritten in den Hintergrund oder verschwinden ganz. Wenn sie nach längerer Belastung wie einem ausgedehnten Spaziergang wieder aufzutreten, werden sie als Überlastungsschmerz bezeichnet.

Ausgeprägtere Arthrosen führen zu Schmerzen bei jeder Belastung.

Andauernde Schmerzen, die auch schon beim Liegen auftreten, werden als Ruheschmerz bezeichnet und sind meist eine Indikation für einen operativen Gelenkersatz.

Der Unterschied zwischen entzündlichen und degenerativen Erkrankungen ist, dass durch Entzündung veränderte Gelenke in der Regel sichtbar geschwollen sind, Schmerzen unabhängig von Belastungen verursachen und in jedem Lebensalter auftreten (siehe später). Durch Degeneration bzw. durch Verschleiß hervorgerufene Erkrankungen sind häufig in den „tragenden“ Gelenken, belastungsabhängig und ohne Schwellung. Durch besondere Beanspruchung kann es aber auch in abgenutzten Gelenken zu Schwellungen kommen (Reizerguss, aktivierte Arthrose).

Auch die Schädigung eines primär gesunden Gelenks wie zum Beispiel eine Sportverletzung im Knie kann durch einen so genannten Binnenschaden (Verletzung von Meniskus oder Bändern) eine ausgeprägte Schwellung hervorrufen.

Eine sehr häufige (Sonder-)Form der Arthrosen sind die **Fingerarthrosen** der Mittel- (Bouchard) und Endgelenke (Heberden). Diese treten vor allem bei Frauen nach dem Klimakterium auf und werden oft mit einer entzündlichen Gelenkerkrankung verwechselt. Es handelt sich um derbe, harte Auftreibungen ausschließlich der Fingerend- und -mittelgelenke, die oft nach manuellen Tätigkeiten Beschwerden hervorrufen können. Auch können sie nach besonderen Belastungen zusätzlich etwas anschwellen (aktivierte Arthrosen), was die Unterscheidung zu entzündlichen Erkrankungen schwierig machen kann. Als wichtiges Unterscheidungsmerkmal kann gelten, dass typischerweise die Fingergrundgelenke, auch häufig die Fingermittelgelenke, jedoch niemals die Fingerendgelenke bei der **rheumatoiden Arthritis** betroffen sind. Wesentlich ist der *symmetrische* Befall der Gelenke beider Hände und Füße bei rheumatischer Arthritis. Fast jedes Gelenk kann betroffen sein. Die *Schwellungen* sind eher teigig und weich und entwickeln sich über Tage bis Wochen. Auffällig ist eine nur bei der rheumatoiden Arthritis derart ausgeprägte *Morgensteifigkeit* von bis zu zwei Stunden. Die Beweglichkeit der kleinen Gelenke der Hände kann nach dem Aufstehen so eingeschränkt sein, dass das Halten und Greifen von Gegenständen (z. B. Teetasse) mühsam ist.

Das Beschwerdebild ist naturgemäß abhängig von der Zahl und Art der betroffenen Gelenke. Der Befall von Knie- oder Fußgelenken führt neben Schmerzen zu einer typischen Bewegungseinschränkung der betroffenen Gelenke, eine Beteiligung der Kiefergelenke führt zu Schmerzen beim Kauen bis zur Kiefersperre.

Selten ist auch eine Beteiligung der Wirbelsäule im Rahmen der rheumatoiden Arthritis möglich; betroffen ist dann fast ausschließlich die obere Halswirbelsäule. Angegeben werden Schmerzen im Nacken-Schulter-Bereich, die häufig



Abb. 3. Rheumatoide Arthritis mit ulnarer Deviation der Grundgelenke der linken Hand und Schwanenhalsdeformität des 5. Finger rechts (aus Siegmeth und Singer, 1998)



Abb. 4. Bild eines fortgeschrittenen Morbus Bechterew mit steifer Wirbelsäule (aus Thumb et al., 2001)

auch den Kopf betreffen. In Abhängigkeit vom Druck auf das Rückenmark kann es auch zu Gefühlsstörungen im Bereich der Arme sowie in Ausnahmefällen zu lebensbedrohlichen Lähmungserscheinungen kommen. Die Unterscheidung zum Spannungskopfschmerz oder zu degenerativen Veränderungen im Bereich der Schulter- und Nackenregion kann schwierig sein.

Schmerzen im Bereich der *Lendenwirbelsäule* im mittleren und höheren Alter sind oft die Folge von Abnützungen der kleinen Wirbelgelenke (Spondylarthrose) oder Schädigungen der Bandscheiben.

Plötzlich einschießende Schmerzen im Hals- oder Lendenbereich mit Ausstrahlung in Arme oder Beine, eventuell auch mit Lähmungserscheinungen, weisen auf einen Bandscheibenvorfall hin.

Auch ein Wirbelkörpereinbruch im Rahmen einer Osteoporose (Verminderung der Knochenmasse) kann zu plötzlich auftretenden, heftigen Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule führen.

Rückenschmerzen vorwiegend männlicher Jugendlicher lassen an einen Morbus Scheuermann denken. Diese relativ häufige Erkrankung (Angaben bis 30%) entsteht durch eine Wachstumsstörung der Grund- und Deckplatten der

Wirbelkörper und führt zu einer rückwärts gerichteten Krümmung (Kyphose) der Brustwirbelsäule.

Frühmorgendliche *Schmerzen im tiefen Kreuzbereich* bei jugendlichen Erwachsenen lassen an einen **Morbus Bechterew** (Spondylitis ankylosans) denken. Gerade bei dieser familiär gehäuft vorkommenden Erkrankung ist eine zusätzliche apparative (Computertomographie oder Kernspintomographie) und laborchemische (Blutsenkungsreaktion, HLA B27) Untersuchung hilfreich.

Ist eine *wurstförmige Schwellung eines Fingers*, einer oder mehrerer Zehen auffällig, ist an eine Gelenkbeteiligung im Rahmen einer Schuppenflechte (Psoriasis vulgaris) zu denken. Die Schuppenflechtenarthritis (**Psoriasisarthritis**) kann zahlreiche und ähnliche Gelenkregionen wie die rheumatoide Arthritis befallen, zeigt aber einige Besonderheiten wie den oben beschriebenen Befall im Strahl (wurstförmige Schwellung eines gesamten Finger- oder Zehengliedes) sowie einen Nagelbefall im Sinne einer Verdickung oder Abhebung des Nagels, von Nagelbrüchen oder einer Tüpfelung der Nägel. Nagelbeteiligungen sind bei der Psoriasisarthritis im Gegensatz zur unkomplizierten Schuppenflechte häufig und eventuell für die Diagnostik wichtig.

Die Diagnose ist leicht zu stellen, wenn psoriasiforme Herde der Haut (typischerweise Streckseiten der Knie- und Ellbogengelenke) nachweisbar sind. An eine Psoriasisarthritis kann auch gedacht werden, wenn ein Patient mit Gelenkschmerzen selbst keine Psoriasisherde zeigt, jedoch ein naher Verwandter an einer Schuppenflechte erkrankt ist.

Im Gegensatz zur rheumatoiden Arthritis ist eine Beteiligung der Wirbelsäule und der Kreuz-Darmbein-Gelenke möglich. Insgesamt verläuft sie oft milder, häufig sind nur wenige Gelenke betroffen.

Sind nur wenige Gelenke von einer schmerzhaften Schwellung betroffen und handelt es sich bevorzugt um einen Befall der unteren Extremitäten (z. B. ein entzündetes Knie-, Sprung- und Zehengelenk), muss an eine **reaktive Arthritis** gedacht werden. Die reaktive oder postinfektiöse Arthritis kann im Gefolge von Infekten der Atem- oder Harnwege und nach Durchfallerkrankungen auftreten. Vor allem bei Befall einzelner Gelenke ist immer an einen ca. zwei bis sechs Wochen vor Ausbruch der Arthritis durchgemachten Infekt zu denken. Häufig verläuft die Infektion aber stumm bzw. ist nicht nachweisbar. Auf Befragen geben Patienten manchmal ein ähnliches Beschwerdebild, dass heißt den schmerzhaften Befall eines oder mehrerer Gelenke über die Dauer einiger Monate, in früheren Jahren an.

Der Befall zahlreicher Gelenke wird als *Polyarthritis*, die Beteiligung von bis zu vier Gelenken als *Oligoarthritis*, die entzündliche Schwellung nur eines Gelenks als *Monoarthritis* bezeichnet.

Jede Art der Gelenkerkrankung kann sich (vorübergehend) nur durch den Befall eines Gelenks präsentieren, auch die rheumatoide Arthritis, typisch ist es für die oben beschriebene reaktive Arthritis und in erster Linie für die *Gicht*. Die **Gicht** (Arthritis urica) ist gekennzeichnet durch einen plötzlichen sehr schmerzhaften Befall nur eines Gelenks. Am häufigsten ist das Großzehen-

grundgelenk betroffen, aber die Attacke kann auch in einem anderen Gelenk wie zum Beispiel dem Kniegelenk auftreten.

Die Entzündung dauert zwei bis vier Wochen und bildet sich vollständig zurück.

Nach immer wiederkehrenden Attacken sind ein Übergang in eine chronische Verlaufsform und sogar der Befall mehrerer Gelenke möglich.

Bei Gelenkerkrankungen ist immer auch die *Haut* des Patienten zu inspizieren. Bei der rheumatoiden Arthritis kann es typischerweise an den Streckseiten der Unterarme zu derben Knoten unter der Haut, so genannten Rheumaknoten, kommen.

Eine Schuppenflechte oder Veränderungen der Nägel lassen in Zusammenschau mit einer Gelenkerkrankung an eine Psoriasisarthritis denken.

Eine schmerzhafte Schwellung im Bereich der Achillessehne (Enthesiopathie) kann bei reaktiver Arthritis, Psoriasisarthritis, Morbus Bechterew etc. vorkommen.

Ein schmetterlingsförmiger Ausschlag im Gesicht lässt bei jungen Frauen an einen Lupus erythematoses denken.

Entzündungen der *Augen* (Uveitis, Iritis) kommen bei Patienten mit Morbus Bechterew, Psoriasisarthritis, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen etc. vor.

Manche Gelenkerkrankungen kommen *familiär gehäuft* vor, so typischerweise die HLA-B27-assoziierten Erkrankungen (seronegative Spondylarthropathien) wie Morbus Bechterew, reaktive Arthritis, Arthritis im Rahmen von entzündlichen Darmerkrankungen oder die Psoriasisarthritis mit Beteiligung der Kreuz-Darmbein-Gelenke.

Typischerweise kommt der Morbus Bechterew bei Vätern, Söhnen und Brüdern vor, seltener auch bei Mädchen.

Patienten mit einer Schuppenflechte haben oft Verwandte, die ebenfalls unter einer Schuppenflechte leiden.

Die Gicht ist eine Stoffwechselerkrankung, die auch in bestimmten Familien häufiger vorkommen kann.

Nur sehr selten sind in einer Familie mehrere Blutsverwandte an einer rheumatoiden Arthritis erkrankt.

Körperliche Untersuchung

Nach einer ausführlichen Krankengeschichte folgt eine genaue Inspektion des Körpers im Sitzen, Liegen, im Stehen und Gehen (Befragung und Inspektion gehen fließend ineinander über oder überschneiden sich, siehe oben).

Bei der Inspektion erkennt man:

- Geschwollene Finger und Zehengelenke und deformierte Glieder,
- Eine korrekt geschwungene, starre oder gekrümmte Wirbelsäule,
- Haut- und Muskelveränderungen,
- Beckenschiefstand,



Abb. 5. Schwellung der Achillessehne bei reaktiver Arthritis (aus Thumb et al., 2001)

- Schonhaltung einer Gliedmaße,
- Gangbild (z. B. Hinken).

Bei der Untersuchung prüft man:

- Aktive und passive Beweglichkeit der Gelenke,
- Gaenslen-Handgriff: Querdruck auf Finger- und Zehengrundgelenke verursacht bei Entzündung Schmerzen,
- Prüfung der Griffstärke der Hände, die bei rheumatoider Arthritis typischerweise deutlich herabgesetzt ist (auch ohne Hilfsmittel orientierend möglich, indem Patient versucht, die Hand des Untersuchers zu drücken),
- Muskelverhärtungen, Muskeldruck und Kneifschmerz,
- Druckempfindliche Kreuz-Darmbein-Gelenke (Sacroiliakalgelenke),
- Hinweise auf Gelenkergüsse,
- Reibe- und Knirschgeräusche.

Laboruntersuchungen

Bei Verdacht auf „Rheuma“ beziehungsweise auf eine entzündliche Gelenkerkrankung ist eine Blutuntersuchung notwendig.

Einige wichtige Parameter:



Abb. 6. Wurstförmig geschwollene Zehe bei Psoriasisarthritis (aus Thumb et al., 2001)



Abb. 7. Fingerarthrosen

Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)

Ist die Geschwindigkeit, mit der die Blutkörperchen in einem definierten Glasrohr nach unten sinken.

Die BSG ist der wichtigste Laborwert zur Feststellung, ob eine Entzündung vorliegt oder nicht. Eine nicht erhöhte BSG weist auf keine entzündliche Gelenkerkrankung hin, eine erhöhte lässt an eine entzündliche Erkrankung denken, gibt aber keine Auskunft, um welche Erkrankung es sich handelt. Aus der Höhe der Blutsenkung kann auf die Aktivität einer Erkrankung geschlossen werden.



Abb. 8. Rheumatoide Arthritis mit Deformierungen der Fingergelenke und Rheumaknoten (aus Siegmeth und Singer, 1998)

Die Normwerte liegen bei Frauen bis 12 mm nach einer Stunde, bei Männern bis 9 mm nach einer Stunde.

Das C-reaktive Protein (CRP)

Ein Eiweiß, das ebenfalls dem Nachweis einer Entzündung im Körper dient. Das CRP ist ebenso wie die BSG nicht nur bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen, sondern auch bei anderen Erkrankungen erhöht (z. B. auch Infekte, Entzündungen von Organen etc.). Es reagiert meist schneller als die BSG, das heißt, ist schneller erhöht und schneller wieder im Normbereich. Die Bestimmung von CRP ist wesentlich teurer als die Bestimmung der Blutsenkungsgeschwindigkeit.

Rheumafaktor (RF)

Diese sind Antikörper, die sich gegen körpereigene Eiweißstoffe richten. Sie sind häufig bei rheumatoider Arthritis erhöht, können aber auch bei anderen chronischen Erkrankungen erhöht sein und sind nicht spezifisch für Rheumakerkrankungen. Eine (mäßige) Erhöhung ist auch bei Gesunden möglich.

Anti-CCP

Antikörper gegen cyclisches citrulliniertes Peptid (anti-CCP), gegen ein Fibrin, das bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) im Gelenk gebildet wird, sind ein neuer und wertvoller Baustein zur Diagnose einer rheumatoiden Arthritis. Diese zeigen mit sehr hoher Treffsicherheit eine RA an. Der Nachweis dieser Antikörper ist von hohem prädiktiven Wert für die Entwicklung einer RA bei Patienten mit noch unklaren Gelenkbeschwerden. Patienten, bei denen anti-CCP im Blut nachweisbar sind, haben einen möglicherweise schwereren Verlauf mit frühzeitiger Entwicklung von Knochen und Knorpelschäden und sollten daher umso intensiver behandelt und betreut werden. Die Überprüfung einmal nachgewiesener Antikörper, z.B. im Rahmen einer Basistherapie, ist in der Regel nicht notwendig und sinnvoll.

Antinukleäre Antikörper (ANA)

Autoantikörper, die gegen (körpereigene) Zellbestandteile gerichtet sind. Diese sind typischerweise erhöht bei Kollagenosen wie systemischen Lupus erythematoses, Sklerodermie, Mischkollagenosen etc.

HLA B27

Beim HLA-System (engl. Abk. für Human Leucocyte Antigen) handelt es sich um Oberflächenantigene auf weißen Blutkörperchen.

Im Jahre 1973 wurde die Assoziation zwischen HLA B27 und Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) entdeckt. Über 90% der Patienten mit Morbus Bechterew tragen diesen genetischen Marker. Reaktive Arthritiden nach Infektionen sind ebenfalls, wenn auch nicht so häufig, mit diesem Marker assoziiert.

Zirka 7 bis 9% der (gesunden) mitteleuropäischen Bevölkerung sind Träger dieses Gens. Diese Menschen neigen häufiger zu Gelenkerkrankungen aus dem Formenkreis der seronegativen Spondylarthropathien.

Harnsäure

Erhöhte Werte können zu Gichtattacken führen. Die Harnsäurekonzentration im Blut kann durch gezielte diätetische Maßnahmen (Fleisch- und Alkoholreduktion) günstig beeinflusst werden.

(Rotes und weißes) Blutbild

Häufig ist bei chronischen Gelenkerkrankungen ein Mangel an roten Blutkörperchen (Anämie) nachweisbar. Die weißen Blutkörperchen können bei entzündlichem Rheuma vermehrt oder vermindert sein.

Leber- und Nierenwerte

Die Kontrolle von Leber- (GPT, GGT etc.) und Nierenwerten (Kreatinin) dient dazu, Erkrankungen dieser Organe auszuschließen, und ebenso wie die Bestimmung des Blutbildes zur Therapieüberprüfung bzw. zur regelmäßigen Verträglichkeitsprüfung von Basistherapien bei chronischen Gelenkerkrankungen. Blutuntersuchungen dienen daher zur Diagnosefindung und zur regelmäßigen Therapieüberprüfung!!

Röntgenuntersuchung

Beim Röntgen wird eine hinter dem Körper stehende Filmplatte belichtet. Röntgenstrahlen können Körpergewebe durchdringen und am Röntgenbild lassen sich Knochen darstellen.

Brüche, Deformierungen, Auflockerungen (Osteoporose) und kleinste gelenknahe Knochendefekte (Usuren), wie sie bei (mäßig fortgeschrittener) rheumatoider Arthritis vorkommen, werden dargestellt.

Weichteile wie Sehnen, Bänder oder Gelenkkapsel können nicht beurteilt werden.

Eine Röntgenaufnahme, zumindest der Hände, sollte bei rheumatoider Arthritis vor Therapiebeginn und in ein- bis zweijährigen Intervallen durchgeführt werden.

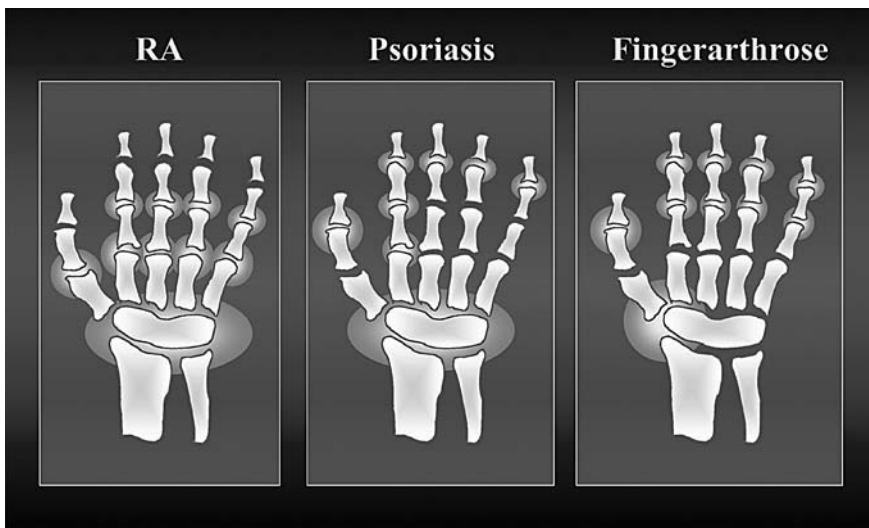


Abb. 9. Unterschiedlicher Gelenkbefall verschiedener rheumatischer Erkrankungen. Kleine Handwurzelknochen als zusammenhängende Fläche gezeichnet; RA Rheumatoide Arthritis

Gelenknahe Usuren stellen bereits irreversible Knochenschädigungen dar. Das Ziel einer modernen Rheumatherapie ist das Vermeiden oder Hintanhalten solcher Defekte!

Bei der Computertomographie handelt es sich um hintereinander folgende Schichtaufnahmen, um eine räumliche Vorstellung zu bekommen. Diese wird in der Rheumadiagnostik zur Beurteilung der Kreuz-Darmbein-Gelenke eingesetzt und zur Diagnostik des Bandscheibenvorfalles.

Ultraschalluntersuchung

Bei dieser Untersuchung werden Gelenkregionen durch Schallwellen untersucht. Es können (auch in Abhängigkeit von der Erfahrung des Untersuchers) Sehnen und Gelenke und Gelenkergüsse beurteilt werden.

Im Gegensatz zur Röntgenuntersuchung besteht keine Strahlenbelastung.

Kernspintomographie (MRT = Magnetresonanztomographie)

Es werden durch ein starkes Magnetfeld Körperzellen zum Schwingen gebracht. Diese Schwingungen werden gemessen und durch die Computertechnik in ein dreidimensionales Bild umgewandelt. Auf Grund des unterschiedlichen Wassergehaltes der verschiedenen Gewebe schwingen diese unterschiedlich stark und erzeugen exakte Bilder, vor allem auch von Weichteilen, und sind hervorragend zur Beurteilung von Schädigungen der Gelenkflächen, Knorpel, Sehnen und Bänder geeignet. Die MRT-Untersuchung dient vor allem zur Beurteilung von traumatischen Schäden bzw. Sportverletzungen der Knie- und Schultergelenke, wird aber auch fallweise zur Frühdiagnostik der rheumatoiden Arthritis eingesetzt, da knöcherne Veränderungen in der MRT früher als im konventionellen Röntgen erkannt werden.

Die Untersuchung hat keine Strahlenbelastung und ist teuer.

Drei-Phasen-Szintigraphie

Bei dieser Untersuchung erhält der Patient eine kleine Menge einer radioaktiv markierten Substanz, die aber eine nur eine sehr geringe Strahlenbelastung für den Patienten darstellt. Unmittelbar nach intravenös verabreichter Injektion erfolgt die Verteilung im Blutkreislauf, nach zehn bis 15 Minuten im entzündeten Synovialgewebe (Gelenkschleimhaut) und nach zwei bis drei Stunden zeigt die Aktivitätsanreicherung der markierten Substanz Veränderungen im Knochen.

Die Frühphase ist entscheidend zur Beurteilung entzündeter Gelenke.

Diese Methode ist zur Indikationsstellung der Gelenkinnenhautverödung (Radiosynoviorthese, RSO) notwendig und wird auch noch fallweise angewandt, um eine entzündliche Gelenkveränderung nachzuweisen oder auszuschließen

Arthroskopie

Diese Untersuchung erfolgt durch einen kleinen operativen Eingriff. Ein dünnes optisches Gerät wird in die Gelenkhöhle eingeführt und ein geübter Untersucher kann krankhafte Veränderungen im Gelenk beurteilen. Diese Gelenkspiegelung wird vorwiegend in der Orthopädie und Unfallchirurgie angewendet und fast immer mit einem therapeutischen Eingriff kombiniert (z. B. Behandlung von Knorpelschäden im Kniegelenk).

Für die Diagnostik entzündlich rheumatischer Erkrankungen spielt diese Methode praktisch keine Rolle.

Die verschiedenen rheumatischen Erkrankungen

Rheumatoide Arthritis

Die rheumatoide Arthritis (RA; Synonym: chronische Polyarthritits) ist die häufigste entzündliche Gelenkerkrankung mit einer Prävalenz von zirka 0,8–1%.

Die RA ist eine entzündliche Bindegewebserkrankung unklaren Ursprungs und geht mit einer chronischen Entzündung der Gelenkinnenhaut (Synovialis) einher. Je nach der Aggressivität des Verlaufs geht sie mit einer kurz- oder längerfristigen Zerstörung des Gelenkknorpels und angrenzenden Knochens einher. Es kann auch zu einer Beteiligung von Sehnen, Blutgefäßen und inneren Organen kommen.

Leitsymptom ist der Gelenkschmerz und eine morgendliche Steifigkeit. Die Störung der Beweglichkeit bzw. Funktionsverluste entwickeln sich am Beginn der Erkrankung durch Entzündung und Schwellung, in späteren Stadien durch



Abb. 10. Schwellung der Fingergelenke bei rheumatoider Arthritis mit Rheumaknoten (aus Siegmeth und Singer, 1998)

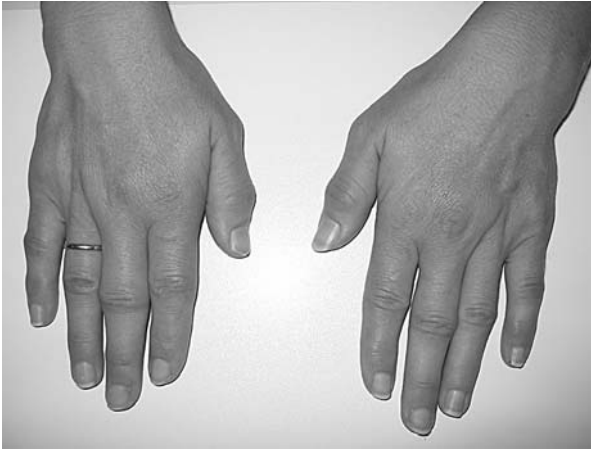


Abb. 11. Frühe rheumatoide Arthritis mit Schwellung einzelner Fingergrund- und Mittelfelgenke

Gelenkfehlstellungen und Deformierungen sowie durch Muskelabbau und Sehnenrisse.

Es können beinahe alle Gelenke des Körpers betroffen sein; im Vordergrund steht aber meist eine Entzündung der kleinen Finger und Handgelenke. Auch große Gelenke wie Hüfte oder Kniegelenke sind häufig beteiligt. Selbst eine Schwellung der Kiefergelenke kann durch eine RA hervorgerufen werden. Eine seltene, aber schwere Erscheinungsform ist eine Beteiligung der oberen



Abb. 12. Fortgeschrittene rheumatoide Arthritis

Abschnitte der Halswirbelsäule. Alleine die Brust- und Lendenwirbelsäule sind primär nicht betroffen.

Typisch ist ein symmetrischer Befall beider Körperhälften; das heißt, dass häufig beide Handgelenke, Zeige- oder Mittelfingergrundgelenke betroffen sind.

Die rheumatoide Arthritis kann in jedem Lebensalter vorkommen; sowohl ein Kleinkind als auch ein über 80-Jähriger können erkranken. Der Gipfel der Ersterkrankung liegt um das 50. Lebensjahr. Frauen sind häufiger betroffen als Männer.

Die Diagnose wird gestellt durch die typische Gelenkschwellung mit Beteiligung der Hand und Fingergelenke, den symmetrischen Befall und die Morgensteifigkeit der Gelenke, die auch länger als eine Stunde andauern kann. Bei der laborchemischen Untersuchung des Blutes sind die Entzündungsparameter (Blutsenkung und CRP) in der Regel erhöht. Der Rheumafaktor kann, muss aber insbesondere zu Beginn der Erkrankung nicht erhöht sein. Röntgenologisch sichtbare Veränderungen sollten insbesondere zum Zeitpunkt der Diagnose fehlen, da sie bereits auf ein fortgeschrittenes Stadium hinweisen.

Fallbericht 1

Eine 35-jährige Postbeamtin suchte wegen zunehmender Gelenkschmerzen und Schwellungen einen Internisten auf. Die Patientin präsentierte sich mit schmerzhaften Gelenksschwellungen zahlreicher kleiner Fingergelenke sowie beider Kniegelenke. Sie berichtete über eine Morgensteifigkeit der Hände von über einer Stunde. Sie konnte eine Teschale nicht mit der Hand halten. Die Symptome hatten sich in den letzten Wochen zunehmend ohne eine erkennbar auslösende Ursache entwickelt. Auch während des Tages war die Kraft in den Händen deutlich vermindert.

Bei der Blutuntersuchung war der Rheumafaktor hochpositiv, die Entzündungszeichen deutlich erhöht. Die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis konnte und musste ohne Zweifel gestellt werden. Auf Grund der Dringlichkeit wurde nach entsprechender Aufklärung eine Basistherapie mit Methotrexat eingeleitet. Alleine mit kortisonfreien Schmerzmitteln (sog. Nichtsteroidale Antirheumatika, NSAR) konnte keine Schmerzlinderung erreicht werden. Prednisolon in mittelhoher Dosierung musste beigegeben werden, um eine leidliche Besserung des Allgemeinzustandes zu erreichen. Methotrexat wurde bis auf 17,5 mg in Form von 7 Tabletten à 2,5 mg pro Woche erhöht, aber vom Magen-Darm-Trakt in dieser Dosis nicht vertragen, eine vorübergehende Methotrexat-Injektionstherapie mit 20 mg brachte keine Verbesserung. Ebenso zeigte ein Wechsel des Basistherapeutikums keinen Erfolg. Die Indikation zur Behandlung mit Biologika war gegeben. Unter stationären Bedingungen wurde ein sehr effektiver und bei

zahlreichen Patienten erfolgreich angewendeter Tumornekrosefaktor-Alpha-Blocker (TNF-Blocker) verabreicht. Leider musste diese Therapie bereits nach der zweiten Gabe wegen allergischen Erscheinungen wie Atemnot, Lippenschwellung und Hautausschlag abgebrochen werden.

Trotz einer sehr positiven Grundeinstellung, Klagen über ihr Schicksal hörte man fast nie, wirkte die Patientin zunehmend niedergeschlagen und verzweifelt. Nebenwirkungen der Medikamente belasteten zusätzlich. Obwohl sie gerne arbeiten ging, musste sie mit 36 Jahren um die Pensionierung ansuchen. Zudem war sie alleinerziehende Mutter.

Nach vorübergehenden Lieferschwierigkeiten in Europa war ein ebenso gut wirksamer, subkutan (unter die Haut) zu injizierender TNF-Blocker schließlich verfügbar.

Hiefür musste die Patientin erst auf Grund der vorangegangenen Unverträglichkeiten überredet werden. Erfreulicherweise wurde diese Medikation vertragen und die Kortisondosen konnten von 25 mg auf 5 bis 7,5 mg pro Tag reduziert werden.

Die Patientin ist nicht beschwerdefrei, aber zumindest deutlich gebessert, sodass sie ihren Zustand über weite Phasen als zufrieden stellend bezeichnet.

Wenige Monate vor Niederschrift dieses Berichtes hat die Patientin geheiratet.

Kommentar: Hier handelt es sich um eine schwere Verlaufsform einer rheumatoiden Arthritis. Patienten mit ausgeprägten klinischen Beschwerden und deutlichen Entzündungszeichen im Blut, d. h. jener Teil der Polyarthritiden-Patienten mit hohem (Knochen-) destruktivem Potential, profitieren besonders von einer Biologika-Behandlung vor allem in Kombination mit Methotrexat.

Diese Behandlung ist derzeit noch sehr teuer. Glücklicherweise sind unsere Gesundheitssysteme in der Lage, diese notwendigen und effektiven Medikamente auch längerfristig zu bezahlen.

Fallbericht 2

Eine 38-jährige Lehrerin bemerkte ziehende Schmerzen im Bereich eines Handgelenks. Sie konnte vorübergehend kaum die Kreide halten und an der Tafel schreiben. Nach zwei Wochen verflüchtigten sich die Schmerzen wieder, doch nach drei Monaten – die Patientin hatte längst nicht mehr daran gedacht – traten sie wieder auf.

Diesmal waren beide Handgelenke und einige Fingergelenke betroffen. Des Weiteren bemerkte sie eine gewisse Steifigkeit der Gelenke am Morgen. Sie konnte bei der Morgentoilette kaum die Zahnbürste in der Hand halten. Schließlich suchte sie einen Arzt auf, der eine Blutuntersuchung durchführte. Es fanden sich unauffällige Blutwerte, d. h. keine

Entzündungszeichen im Blut, der Rheumafaktor war negativ. Eine eindeutige Schwellung konnte er nicht diagnostizieren und er sprach von einem Überlastungsschmerz, allerdings wies er die Patientin darauf hin, bei Auftreten von Schwellungen oder bei Zunahme der Beschwerden neuerlich die Ordination aufzusuchen. Er verordnete vorübergehend Schmerzmittel (nichtsteroidale Antirheumatika).

Nach einer zumindest subjektiv empfundenen Besserung kam es nach einigen Wochen zu einer massiven Verschlechterung mit Schmerzen und Schwellungen beider Hand- und zahlreicher Fingergelenke; ebenso waren aber auch einige große Gelenke wie Knie- und Sprunggelenke betroffen.

Am nächsten Tag suchte sie unter starken Schmerzen neuerlich den Hausarzt auf, der die Verdachtsdiagnose einer rheumatoiden Arthritis stellte und die Patientin zu einem entsprechenden Spezialisten verwies. Bei der Untersuchung zeigten sich zahlreiche Fingergrund- und Mittelgelenke ebenso wie die Handgelenke und – wie schon erwähnt – einige große Gelenke geschwollen. Laborchemisch war die Blutsenkungsreaktion als Ausdruck der Entzündung deutlich erhöht, auch der Rheumafaktor war nachweisbar; es konnte eindeutig die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis gestellt werden.

Da durch Schmerzmittel und lokale Eispackungen keine Besserung erreicht werden konnte, wurden Kortisontabletten verordnet, wodurch es schon am Tag nach der ersten Einnahme zu einer spürbaren Besserung kam. Zudem wurde der Patientin eindringlich eine Basistherapie mit Sulfasalazin vorgeschlagen; dieses Medikament sollte das Fortschreiten der Erkrankung verhindern oder zumindest verzögern.

Die Patientin war verzweifelt, als Lehrerin berufsbedingt wissbegierig, besorgte sich einschlägige Bücher, informierte sich im Internet über die Krankheit und ihre Folgen und fand Bilder von deformierten Händen und Beinen. Sie sah sich in einigen Jahren im Rollstuhl.

Es wurde nun eine Basistherapie mit Salazopyrin begonnen, in Form einer einschleichenden Tablettenbehandlung. In den folgenden vier Monaten kam es zu einer Besserung, jedoch insgesamt insbesondere nach Ausschleichen der Kortisonbehandlung zu keiner Stabilisierung des Krankheitsbildes.

In den Weihnachtsferien beschloss die Patientin, mit ihrer Familie einen Urlaub im sonnigen Süden zu verbringen. Sie setzte alle Medikamente ab, sie wollte nur weit weg, Sonne, Meer und Entspannung sollten zur Heilung führen. Die Erwartungen wurden leider nicht erfüllt, die starke Wärme und Schwüle führte zu keiner Besserung, insbesondere zu keiner Rückbildung der geschwollenen Gelenke. Es war sogar eine Verschlechterung eingetreten.

In den darauffolgenden Monaten gab die Patientin Unsummen von Geld für so genannte „Rheumadiäten“ und alternative Therapien aus,

doch nichts half ihr wirklich. Beruflich wurde ihr schon die Pensionierung nahe gelegt. Noch vor Ende des Schuljahres begann sie im Juni eine Psychotherapie. Dadurch konnte die Erkrankung zwar auch nicht geheilt werden, die Patientin fand aber wieder zu sich selbst. Sie lernte, mit ihrer Erkrankung umzugehen, sie zu akzeptieren, in weiterer Folge auch gemeinsam mit den Ärzten den Kampf aufzunehmen.

Noch im Sommer wurde eine Therapie mit dem Basistherapeutikum Methotrexat begonnen, das zwar auch keine Heilung bewirkte, aber doch zu einer deutlichen Verbesserung der Gesamtsituation führte. Sie begann, wiederum einschleichend, eine Tablettenbehandlung, bis schließlich 7 Tabletten à 2,5 mg 1 x pro Woche vor dem Frühstück eingenommen wurden; parallel dazu wurde in den ersten zwei Monaten neuerlich eine Therapie mit Kortisontabletten verordnet, die aber nach Einsetzen der Methotrexat-Wirkung, d.h. nach ca. sechs bis acht Wochen, auf eine Minimaldosis zwischen 2,5 und 5 mg pro Tag reduziert werden konnte.

Außer anfänglicher Übelkeit hat sie bis heute das Medikament gut vertragen, alle sechs bis acht Wochen werden klinische Kontrollen und Laborkontrollen durchgeführt, einmal pro Jahr eine größere Kontrolle einschließlich einer lungenfachärztlichen Untersuchung.

Seit dieser Zeit ist die Patientin stabil, eine vorübergehende Verschlechterung konnte durch eine zweiwöchige Erhöhung der Kortisondosis auf 10 mg gut kupiert werden. Über die Sommermonate war es auch mehrmals möglich, Kortison gänzlich abzusetzen. Im Jahre 2001 nach Zulassung der neuesten Gruppe von sehr effektiven Basistherapeutika, der Biologika, wurde ihr von ihrem Rheumatologen diese Behandlung empfohlen. Aufgrund der für sie stabilen Befindlichkeit und einer allgemeinen Skepsis gegenüber „noch zu kurz zugelassener Medikamente“ konnte sie sich bis dato dazu nicht entschließen.

Unsere Patientin ist wieder im Arbeitsprozess, belastende Tätigkeiten für Hände und Finger versucht sie zu vermeiden. Sie und ihre Familie haben sich auf ihre Erkrankung eingestellt, mit Hilfe eines Ergotherapeuten hat sie gelernt, viele Handgriffe im Haushalt leichter durchzuführen. Sie betreibt wieder Sport, natürlich nur gelenkschonende Sportarten wie Schwimmen und Radfahren.

Kommentar: Es handelt sich um den Krankheitsverlauf einer rheumatoiden Arthritis, der häufigsten und derzeit noch nicht heilbaren chronischen und unbehandelt fortschreitenden Gelenkerkrankung.

Die Patientin musste erst lernen – ähnlich wie ein Diabetiker – mit einer chronischen Erkrankung umzugehen und zu leben. Eine möglicherweise langjährige oder lebenslange medikamentöse Behandlung ist zu erwarten. Durch eine Basistherapie ist das Fortschreiten der Erkrankung deutlich geringer, schwere Deformierungen sollen und dürfen heute als Endstadium der Erkrankung nicht mehr auftreten. Wichtig wäre aber ein sehr frühzeitiger Behandlungsbeginn innerhalb der ersten drei bis

sechs Monate nach Auftreten der typischen Symptome. Bereits nach wenigen Monaten kommt es zu den ersten irreversiblen Schädigungen der Gelenke.

Leider wurde hier mit einer effektiven Basistherapie erst „spät“ begonnen. Es muss die Aufgabe von geschulten Ärzten sein, die Patienten zu informieren, zu motivieren und zu begleiten.

Fallbericht 3

Eine 52-jährige Frau leidet seit vielen Jahren an einer rheumatoiden Arthritis. Sie wird derzeit mit dem Basistherapeutikum Leflunomid und niedrig dosiertem Kortison behandelt. Sie ist in ihrem Beruf engagiert, körperlich nur mäßig aktiv und raucht 20 Zigaretten am Tag. Sie ist in regelmäßiger rheumatologischer Kontrolle. Die letzte Knochendichtemessung war vor ca. zwei Jahren und zeigte eine herabgesetzte Knochendichte im Sinne einer Osteopenie. Eine regelmäßige Calcium-Vitamin-D-Substitution wird eingenommen.

Symptome der rheumatoiden Arthritis wie Hand- und Fingergelenkschwellungen bildeten sich unter der Basistherapie erfreulicherweise zurück.

Beim Tragen eines Koffers am Ende eines Urlaubes kam es zum spontanen Auftreten von Rückenschmerzen. Da diese Schmerzen sich nicht besserten, wurde der Arzt aufgesucht und im Röntgen der Wirbelsäule bestätigte sich der Verdacht eines osteoporotischen Impressionsbruchs eines Brustwirbels. Es erfolgte zunächst eine entsprechende Schmerztherapie sowie die zusätzliche Gabe von Bisphosphonaten (z. B. Actonel® oder Fosamax®) in Form von 1 Tablette pro Woche als Dauertherapie. Nach einer mehrwöchigen intensiveren medikamentösen Behandlung haben sich die Schmerzen wieder rückgebildet. Schließlich konnte man die Kortisonbehandlung unter kontrollierter Fortsetzung der Basistherapie mit Arava komplett beenden. Die Patientin war wiederum weitgehend beschwerdefrei und unternehmungslustig.

Kommentar: Bei unserer Patientin liegen mehrere Risikofaktoren für das Entstehen einer symptomatischen Osteoporose vor. Die Erkrankung einer chronischen Polyarthritis, die lang andauernde, wenn auch niedrig dosierte Kortisoneinnahme und der Nikotinkonsum. Außerdem sind Frauen häufiger von der Osteoporose betroffen als Männer. Man hätte in diesem Fall schon früher mit einer Fosamax-® oder Actonel-®-Medikation, da unter den gegebenen Bedingungen mit einer weiteren Abnahme der Knochendichte gerechnet werden musste, als Prophylaxe beginnen können. Nikotinkarenz und soweit möglich körperliche Betätigung sind gefordert.

Die Basistherapie mit 1 Tablette Leflunomid pro Tag ist bei unserer Patientin auch längerfristig gut wirksam.

Fallbericht 4

Ein 46-jähriger, sehr sportlicher Handwerker leidet seit vier Jahren an einer rheumatoiden Arthritis. Er wurde zunächst mit Methotrexat behandelt, wodurch eine vorübergehende Besserung erreicht werden konnte.

Schließlich war der aktive Patient, der auch gewohnt war im eigenen Haus aufgrund seines Berufes viel zu arbeiten und gerne Sport betreibt, aufgrund von wieder auftretenden Schmerzen und Schwellungen im Bereich der Hand- und Fingergelenke sehr deprimiert. Im letzten Winter konnte er seine Skier nicht auspacken.

Daher erfolgte die Einstellung auf ein schon zur Verfügung stehendes Biological (TNF-Alpha-Blocker). Der Patient konnte dieses Medikament durch regelmäßige Selbstinjektion unter die Haut applizieren. Bereits nach der zweiten Injektion fühlte er eine spürbare Besserung und Abschwellung der betroffenen Gelenkregionen. Nach wenigen Monaten war er, wie er sagt, „wieder der Alte“. Obwohl man ihm natürlich zu einer entsprechenden Schonung geraten hat, ist er wieder als Heimwerker tätig und lässt sich die wöchentlichen Wettkämpfe mit seiner Tennistrunde nicht nehmen.

Fallbericht 5

Eine 55-jährige Patientin leidet seit drei Jahren an einer fortschreitenden, chronischen Gelenkerkrankung unter Befall zahlreicher Gelenke der Beine und Hände. Auch der Allgemeinzustand der Patientin ist durch die starken Entzündungsreaktionen deutlich eingeschränkt. Ihre Mobilität ist behindert, Tätigkeiten im Haushalt können nur eingeschränkt durchgeführt werden. Eine zunächst hoch dosierte Basistherapie mit Methotrexat und Kortisonmengen um 25 mg führten nur zu einer Linderung der Beschwerden.

Schließlich erfolgte ein Krankenhausaufenthalt, wo die Patientin auf ein Biological eingestellt wurde. Dadurch konnte zunächst eine Besserung erzielt werden, die Schwellungen bildeten sich teilweise zurück, die hohen Entzündungszeichen im Blut zeigten ebenfalls ein leichtes Absinken. Allerdings konnte ein wirklich zufrieden stellendes Zustandsbild trotz wirkungsvoller neuer Medikamente nicht erreicht werden. Ein Wechsel auf ein anderes Biologikum brachte ebenfalls keine deutliche Besserung. Die Patientin hat schließlich in Einverständnis mit ihrem Arzt die Behandlung mit TNF-Alpha-Blocker abgesetzt. Sie benötigt entsprechende Kortisondosen und hochdosiertes Methotrexat, um eine leidliche Befindlichkeit aufrechterhalten zu können. Die Patientin ist aber weiter optimistisch und weiß, dass gerade in den letzten Jahren immer wirkungsvollere Basistherapeutika für die rheumatoide Arthritis entwickelt wurden, auch für sie wird das richtige Präparat gefunden werden.

Kommentar: Durch die Entwicklung der neuen, wirkungsvollen Basistherapeutika, der so genannten Biologicals, konnte doch bei sehr vielen Patienten eine deutliche Besserung der Gelenkschmerzsymptomatik erzielt werden, vor allem bei solchen, die an chronischer Polyarthrititis mit hoher entzündlicher Aktivität litten. Leider sind sie nicht bei allen an entzündlichem Rheuma erkrankten Menschen wirksam. Nicht indiziert sind diese Medikamente derzeit bei geringer entzündlicher Aktivität und wenn die Erkrankung durch herkömmliche Basistherapeutika wie Methotrexat oder Leflunomid sehr gut beherrscht werden kann.

Ätiologie und Pathogenese der rheumatoiden Arthritis

Die rheumatoide Arthritis (RA) ist die häufigste entzündliche Gelenkerkrankung. Etwa 0,8–1% der Bevölkerung sind betroffen. Es handelt sich um eine chronisch fortschreitende Entzündung, mit bevorzugtem symmetrischem Gelenkbefall. Unbehandelt führt sie meist zur Gelenkzerstörung.

Die Erkrankung kann in jedem Lebensalter auftreten, bevorzugt zwischen dem 35. und 50. Lebensjahr. Frauen sind dreimal häufiger betroffen. Das Vorkommen ist weltweit mit geringen regionalen Unterschieden. Etwas seltener südlich der Sahara, häufiger in urbanen Arealen. Die RA hat wahrscheinlich nicht nur eine Ursache. Ererbte Anlagen, eine veränderte Immunabwehr und zusätzliche unbekannte Faktoren spielen eine Rolle.

Verwandte ersten Grades von RA-Patienten erkranken häufiger. Allerdings erkranken eineiige Zwillinge nur in 20% gemeinsam. Das Vorhandensein der Erbanlage ist häufig gekoppelt mit einem ebenfalls erblichen Oberflächenmerkmal an den weißen Blutkörperchen (Leukozyten). Dieses Merkmal wird als HLA-Antigen bezeichnet (Human Leucocyte Antigen). Bei Patienten mit RA ist ein bestimmtes Antigen, HLA DR4, drei- bis viermal häufiger als bei Gesunden nachweisbar. Studien zeigen, dass HLA DR4 bei 70% der Patienten von RA und nur bei 28% der Gesunden nachweisbar ist. Röntgenuntersuchungen von Händen zeigten bei HLA-DR4-positiven Patienten ausgeprägtere Gelenkschädigungen.

Die RA ist häufiger bei Frauen als bei Männern, möglicherweise als Folge einer Fehlregulation der Geschlechtshormone. Die Erkrankung verbessert sich während der Schwangerschaft und hat in den letzten 20 bis 30 Jahren abgenommen. Dies wird eventuell im Sinne eines „Pillen-Effekts“ interpretiert.

Auch diätetische Einflüsse werden genannt. Viele Patienten berichten über bestimmte Lebensmittel, die Gelenkschmerzepisoden auslösen können, obwohl kontrollierte Studien fehlen. Wenige Studien erwähnen eine eiweißreiche Ernährung als einen Triggerfaktor.

Rauchen gilt als Risikofaktor für das Auslösen einer rheumatoiden Arthritis.

Die Hypothese einer Infektion als Ursache wird immer wieder diskutiert, weil einige Formen entzündlicher Gelenkerkrankungen durch Infekte ausgelöst werden können (reaktive Arthritiden), die aber im Gegensatz zur RA in der Regel nicht chronisch verlaufen und keine Gelenkschädigungen hervorrufen. Zahlreiche Erreger werden bei der Auslösung der RA diskutiert wie Parvovirus, *Proteus mirabilis*, *Mycobacterium tuberculosis* etc. Letztendlich ist aber bislang kein gesicherter Erregernachweis erbracht worden.

Die Initiierung der Entzündung könnte durch Ansiedlung eines Erregers im Gelenk erfolgen. Dadurch kann eine ständige Freisetzung antigener Bestandteile oder eine Veränderung ortsständiger Zellen bewirkt werden. Es könnte eine sekundäre Immunreaktion gegen Strukturen des Gelenkknorpels (z. B. das Kollagen des Knorpels), die im Rahmen der Entzündung freigesetzt werden (= „epitope spreading“), ausgelöst werden. Oder es erfolgt durch Ähnlichkeit viraler Antigene mit autologen Strukturen des Gelenks eine immunologische Kreuzreaktion (molekulares Mimikry).

Zum Ausbruch kommt die rheumatoide Arthritis durch ein plötzliches Reagieren der Lymphozyten auf ein bislang noch unbekanntes Antigen. Es kommt zu einer Entzündung der Gelenkinnenhaut, der so genannten Synovialis, unter Einbeziehung fast aller Zellen des Immunsystems. Gesteuert wird die Entzündung durch Botenstoffe des Immunsystems, die Zytokine, mit deren Hilfe Zellen kommunizieren. Die wichtigsten die Entzündung fördernden Zytokine sind Tumornekrosefaktor Alpha (TNF Alpha) und Interleukin 1 (IL 1). Insbesondere TNF Alpha produziert wieder Botenstoffe, die Entzündungszellen anlocken, und ist wahrscheinlich für den Entzündungsprozess verantwortlich. IL 1 fördert die Zerstörung von Knorpeln und Knochen.

Aufgrund dieser entzündlichen Vorgänge beginnt die Synovialmembran (Gelenkinnenhaut) zu wuchern. Es kommt zu einer Verbreiterung der normalerweise aus ein bis zwei Zelllagen bestehenden Deckzellschicht der Gelenkinnenhaut durch Einwanderung von Makrophagen und Vermehrung von bindegewebeproduzierenden Zellen. Auch Blutgefäße werden neu gebildet. Die entzündlich verdickte Gelenkinnenhaut wird als Pannus bezeichnet. Dieser überwuchert in der Folge Gelenkspalt und Knorpel.

Die Zerstörung des Gelenkknorpels entsteht durch direkten Kontakt von Synovia (Pannus) und Knorpel. Des Weiteren wird durch Enzyme aus dem Pannus wie Matrixmetallproteinasen (Kollagenasen, Proteinasen) der Knorpelabbau gefördert. Schließlich aktivieren die Zytokine TNF Alpha und IL 1 die knochenabbauenden Osteoklasten.

Ein weiterer wichtiger Mediator ist der erst jüngst beschriebene Osteoblastendifferenzierungsfaktor (ODF, RANKL). Vornehmlich IL 1 fördert die Freisetzung aus Osteoblasten und T-Lymphocyten und in der Folge dadurch die Aktivierung der knochenabbauenden Osteoklasten. Als Gegenspieler der Aktivierung hat man das ebenfalls von Zellen des Immunsystems produzierte Osteoprotegerin entdeckt. Eine rekombinante Form dieses Moleküls könnte in der Zukunft eine wichtige Rolle bei der Verhinderung des Knochenabbaus bei der rheumatoiden Arthritis und anderen Erkrankungen spielen.

Ein neuer, aber schon etablierter Ansatz, um den Entzündungsmechanismus zu unterbinden, ist die gezielte Blockade von TNF Alpha durch monoklonale Antikörper oder den löslichen TNF-Rezeptor (Infliximab, Etanercept, Adalimumab). Ebenso ist bereits ein gentechnisch hergestellter Interleukinrezeptorantagonist als neuer an die Ursache gehender Ansatz zur Therapie der rheumatoiden Arthritis etabliert (Anakinra).

Wenn auch die auslösende Ursache (noch) unklar ist, so ist das Verständnis entzündlicher Vorgänge im Gelenk gewachsen. Die zentrale Rolle der Zytokine in der Aufrechterhaltung der Entzündung und Gelenkzerstörung ist nachgewiesen. Die Manipulation des Zytokinnetzwerks zur Therapie der RA ist erst in der Frühphase.

Die nächsten Jahre werden spannend und weitere entscheidende Fortschritte in der Ursachenerforschung und Behandlung bringen.

Spondylarthropathien

In dieser Gruppe (auch: seronegative Spondylarthropathien, HLA-B27-assoziierte Spondarthritiden) werden entzündlich-rheumatische Erkrankungen zusammengefasst, deren wesentliche Kennzeichen die Beteiligung der Kreuz-Darmbein-Gelenke und der Wirbelsäule (Spondylitis), aber auch der peripheren Gelenke (Arthropathie) ist. Weitere Gemeinsamkeiten sind Sehnenansatzentzündungen (z. B. der Fersen), Entzündungen im Bereich der Haut, der Augen, des Darm und des Harntraktes.

Neuere Untersuchungen ergeben eine Häufigkeit von Erkrankten von 0,5 bis 1,9% der Bevölkerung.

Es gibt eine genetische Disposition im Sinne einer familiären Häufung und einer Assoziation mit dem Gewebefaktor HLA B27. Zahlreiche, aber nicht alle Patienten mit Spondylarthropathien tragen auf ihren kernhaltigen Körperzellen ein bestimmtes Merkmal den Gewebefaktor HLA B27. Dieser kommt auch bei 7 bis 8% der gesunden mitteleuropäischen Bevölkerung vor. Dieses Gen wird in Nordeuropa (England, Skandinavien) häufiger nachgewiesen als im Süden; in Afrika findet man dieses Merkmal in weniger als 1%, bei einem nordamerikanischen Indianerstamm bei 40% der Angehörigen.

Menschen, die dieses Merkmal in sich tragen, neigen häufiger zu Gelenkerkrankungen.

Definitionsgemäß fehlen in dieser Krankheitsgruppe Rheumaknoten und Rheumafaktoren (daher seronegativ).

Zu dieser Krankheitsgruppe gehören:

- Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew),
- Psoriasisarthritis,
- reaktive (postinfektiöse) Arthritis,
- Arthropathien bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen,
- undifferenzierte Spondylarthropathien (Frühformen, milde oder Überlappungssyndrome).



Abb. 13. Beidseitige Entzündung der Kreuzdarm-Gelenke (Sacroiliitis) bei Morbus Bechterew

Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew)

Sie wird durch den röntgenologischen Nachweis einer Entzündung der Kreuz-Darmbein-Gelenke verbunden mit Schmerzen und Bewegungseinschränkung des Achsenskeletts (Wirbelsäule) diagnostiziert. Über 90% der Erkrankten besitzen das HLA-B27-Gen. Die Erkrankung tritt familiär gehäuft auf und bricht in der Regel zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr auf. Männer erkranken etwas häufiger als Frauen, Letztere haben möglicherweise einen mildereren Verlauf.

Der Krankheitsbeginn ist schleichend, es werden tief im Kreuz sitzende Rückenschmerzen angegeben, die vor allem in den frühen Morgenstunden auftreten. Die Schmerzen können in Gesäß und Becken ausstrahlen und mit Ischiasschmerzen verwechselt werden. Durch Bewegung können sich die Schmerzen bessern.

Infolge einer Beteiligung der kleinen Brustwirbel und Rippengelenke klagen die Patienten über ein Gefühl eines zu engen Brustkorbs sowie über Schmerzen beim Husten und Niesen.

Eine Verwechslung mit Herzschmerzen ist möglich.

Fersenschmerzen und Augenentzündungen sind häufig. Patienten berichten über gute und schlechte Phasen. Die Krankheit verläuft schubweise.

Die Behandlung bedarf der wesentlichen Mithilfe des Patienten. Intensive physikalische und gymnastische Übungen beeinflussen den Krankheitsverlauf äußerst positiv.

Biologika stellen seit kurzem eine sehr effektive medikamentöse Behandlungsform des aktiven Morbus Bechterew dar.

Fallbericht 1

Eine 22-jährige Medizinstudentin klagte seit einigen Monaten über Kreuzschmerzen. Diese traten sowohl in Ruhe als auch bei Bewegung auf, vor allem bemerkte sie diese am Morgen und in sitzender Position. Sie suchte schließlich einen Arzt auf, der zunächst Blockaden im Lendenwirbelbereich diagnostizierte und Schmerztabletten verschrieb. Dadurch wurden die Beschwerden vorübergehend besser, jedoch kehrten sie wieder zurück; schließlich wurden eine Röntgen- und in weiterer Folge eine Computertomographie-Untersuchung der Lendenwirbelsäule durchgeführt. Es wurde der Verdacht auf einen beginnenden Bandscheibenvorfall geäußert. Entsprechende physiotherapeutische Maßnahmen und Schmerztherapie führten wiederum zu einer vorübergehenden leichten Besserung.

Insgesamt konnten die Beschwerden letztendlich durch die Röntgenbefunde nicht exakt erklärt und geklärt werden.

Die Schmerzen traten vor allem im Sitzen, d. h. beim Lernen auf. Ein Psychologe diskutierte sogar eine psychosomatische Ursache und vermutete einen „inneren Widerwillen“ gegen das Studium.

Ein Rheumatologe konnte die Diagnose schließlich stellen; er fand eine beidseitige Entzündung der Kreuz-Darmbein-Gelenke, im Blut eine mäßig erhöhte Blutsenkungsreaktion als Ausdruck einer Entzündung und den Nachweis des Gens HLA B27. Die Diagnose einer Sakroiliitis (Entzündung der Kreuz-Darmbein-Gelenke) wurde gestellt.

Es wurde lokal in die Kreuz-Darmbein-Gelenke einmalig Kortison appliziert, dadurch ging es der Patientin rasch besser, in weiterer Folge wurden gezielte physiotherapeutische Maßnahmen und entsprechende Übungen zur Stärkung der Rückenmuskulatur eingeleitet.

Die Studentin war trotz allem erleichtert, dass die Beschwerden nicht als „psychisch“ beurteilt wurden.

In den folgenden Monaten war die Patientin weitgehend beschwerdefrei, konnte ihrem Studium nachgehen und war auch sportlich aktiv.

Die kontrollierten Blutwerte waren im Normbereich, der tiefsitzende Rückenschmerz verschwand unter fallweiser Gabe von Schmerzmittel. Schmerzen in anderen Gelenkregionen traten bis jetzt nicht auf. Keiner der befragten Blutsverwandten hatte eine ähnliche Symptomatik.

Kommentar: Es handelt sich hier um eine beidseitige Sakroiliitis Grad I–II, d. h. um eine Entzündung der Kreuz-Darmbein-Gelenke, einer Erkrankung aus dem Formenkreis der seronegativen Spondylarthro-

pathien. Eine beidseitige Sakroiliitis Grad II, ein tiefsitzender Kreuzschmerz über mindestens drei Monate, gebessert bei Bewegung, ohne Erleichterung in Ruhe entspricht den Diagnosekriterien einer Spondylitis ankylosans, im deutschsprachigen Raum als Morbus Bechterew bezeichnet. Bei genauer Befragung war die Familienanamnese untypischerweise unauffällig, es konnten keine Verwandten mit ähnlichen Beschwerden ermittelt werden. Unter Verabreichung von Analgetika bildeten sich die Schmerzen erfolgreich zurück, die Entzündungszeichen im Blut waren nicht erhöht. Der so genannte BASDAI-Index, ein Fragebogen, der die subjektive Befindlichkeit des Patienten repräsentiert, war < 4 . Auf Grund der sich rasch stabilisierenden Symptomatik und auch auf Wunsch der Patientin wurde vorerst noch keine Therapie mit den sehr effektiven, bei Spondylitis ankylosans gut wirksamen Biologicals eingeleitet. Eine Beobachtung und Verlaufskontrollen sind angezeigt. Bei Verschlechterung bzw. Erfüllung der Indikationskriterien sollte eine Behandlung mit Biologicals angestrebt werden.

Auf Grund der fehlenden Familienanamnese, des nur geringen Schmerzmittelbedarfs bzw. der weit gehenden Beschwerdefreiheit ist eine gute Prognose zu erhoffen.

Fallbericht 2

Ein 65-jähriger Mann leidet seit 40 Jahren an einer Bechterewschen Erkrankung. Er klagt vordergründig über Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule bzw. über Schmerzen im tiefen Kreuzbereich. Fallweise sind auch periphere Gelenke wie Hand- und Kniegelenke schmerzhaft.

Der Patient nimmt seit Jahrzehnten immer wieder unterschiedliche Schmerzmittel, oft über mehrere Monate.

Wegen Oberbauchbeschwerden und Blutbeimengungen im Stuhl musste er sich im Lauf des Lebens wiederholten endoskopischen Untersuchungen unterziehen.

Als Folge der chronischen Schmerzmitteleinnahme wurden mehrmals Zwölffingerdarmgeschwüre diagnostiziert, die für Oberbauchsymptome, aber auch für Magen- und Darmblutungen verantwortlich sein können.

Auch nach jahrzehntelangem Verlauf war die Krankheit weiterhin aktiv, mit einer typischen morgendlichen Steifigkeit, starken Schmerzen im Rücken und deutlichen Entzündungszeichen im Blut.

Aufgrund des Leidensdrucks wurde schließlich im Jahre 2004 eine Biological-Therapie in Form von subkutanen Injektionen, die 2 x wöchentlich vom Patienten selbst verabreicht werden, begonnen.

Es kam zu einer prompten Besserung der Schmerzen, deutlichen Verbesserung der Mobilität und Rückbildung der Entzündungszeichen

im Blut. Der Patient fühlt sich seit Einführung der Therapie, wie er sagt, „wie neu geboren“.

Vorbestehende Versteifungen der Wirbelsäule aufgrund des 40-jährigen Verlaufs konnten naturgemäß nicht rückgebildet werden, die Schmerzen aber deutlich reduziert werden.

Da nun keine zusätzlichen Schmerzmittel mehr benötigt werden, hat der Patient auch keine Oberbauchbeschwerden mehr.

Die Medikamente werden bis dato gut vertragen, die Wirkung hält an. Er genießt nun mit 65 Jahren wieder das Reisen.

Kommentar: Biologicals (syn. Biologika, z. B. TNF-Blocker) werden mit großem Erfolg bei Patienten mit Spondylitis ankylosans (Bechterew-scher Erkrankung) eingesetzt.

Besonders Patienten mit deutlicher Entzündung und starken Schmerzen trotz adäquater Schmerzmitteleinnahme profitieren von dieser Behandlungsmethode. Vor allem ein frühzeitiger Einsatz ist sehr effektiv. Es können aber bei hoher entzündlicher Aktivität, wie in diesem Beispiel präsentiert, auch Patienten, die schon sehr lange an dieser Erkrankung leiden von dieser Therapie einen großen Nutzen ziehen. Aber nicht jeder Patient mit einer Spondylitis ankylosans benötigt Biologicals. Viele finden das Auslangen mit einer bedarfsweisen oder regelmäßigen Schmerzmittel-Einnahme.

Fallbericht 3

Ein 35-jähriger Patient hatte erstmals vor 15 Jahren Beschwerden im tiefen Kreuzbereich, einhergehend mit Schmerzen in den Sprung- und Handgelenken. In der Folge war er über 10 Jahre beschwerdefrei. Dann hatte er wieder einen Schub über einige Monate, gefolgt von einer weitgehend schmerzfreien Episode. Einige Monate vor Beginn der rheumatologischen Behandlung traten erneut Schmerzen im Kreuzbereich auf, der Patient wachte davon in den frühen Morgenstunden auf. Diese Beschwerden wurden durch Bewegung im Lauf des Tages besser.

In einer umfangreichen Untersuchung wurde laborchemisch ein pos. HLA B27 diagnostiziert, die Entzündungsparameter (BSG und CRP) waren deutlich erhöht.

Im Röntgen zeigte sich eine beidseitige Entzündung der Kreuzdarmbeingelenke (Sacroiliitis).

Der Basdai-Index, ein Fragebogen zur Beurteilung der Krankheitsaktivität war entsprechend hoch.

Die Diagnose einer Spondylitis ankylosans wurde gestellt und eine TNF-Blocker-Therapie eingeleitet. Der Patient profitierte bereits ab der 1. Infusion, die Medikation wird gut vertragen und in weiterer Folge in sechswöchigen Intervallen verabreicht; er ist mobil, hat kaum Schmerzen und benötigt keine zusätzlichen Schmerzmittel.

Kommentar: Eine beidseitige Entzündung der Kreuzdarmbeingelenke, eine hohe entzündliche Aktivität im Blut und ein hoher Schmerzmittelbedarf sind eine klare Indikation für Biologicals. Bei sehr aktiven Krankheitsverläufen ist bei Spondylitis ankylosans der frühzeitige Einsatz gefordert, um die Lebensqualität und damit einhergehend auch die Arbeitsfähigkeit des Patienten zu verbessern bzw. aufrecht zu erhalten. Die derzeit vorliegenden Daten lassen eine Wirksamkeit der Biologika über einen langen Zeitraum erhoffen und die Erfahrungen zeigen bisher auch über einen längeren Zeitraum eine gute Verträglichkeit und Sicherheit. Entsprechende Voruntersuchungen der Lunge zum Ausschluss einer stattgehabten Tuberkulose, Blutuntersuchungen sowie regelmäßige Kontrollen durch einen mit dem Medikament erfahrenen Arzt sind aber Voraussetzung.

Psoriasisarthritis

Zwischen 5 und 23% der Patienten mit Schuppenflechte erkranken zusätzlich an einer Gelenkentzündung. Die Anzahl der betroffenen Gelenke und Schwere der Entzündung sind unabhängig von der Aktivität der Hautkrankheit. Gelenksbeschwerden können der Schuppenflechte jahrelang vorausgehen. Die Diagnose kann auch gestellt werden, wenn ein naher Verwandter (Eltern- teil, Geschwister) an einer Schuppenflechte leidet, der Patient selbst Gelenkschwellungen, aber keine Hautmanifestationen hat (Psoriasisarthritis ohne Psoriasis).

Die Schuppenflechte (Psoriasis vulgaris) ist eine schubweise verlaufende (wie der Name sagt) schuppige und flechtenartige Entzündung der Haut und der Nägel. Bevorzugte Befallstellen sind Ellenbogen und Streckseiten der Arme. Die Erkrankung ist familiär gehäuft und nicht ansteckend.



Abb. 14. Psoriasisarthropathie (aus Siegmeth und Singer, 1998)

Die Psoriasisarthritis präsentiert sich ähnlich der rheumatoiden Arthritis (RA), jedoch verläuft die Erkrankung in der Regel milder und weniger chronisch fortschreitend als die rheumatoide Arthritis. Es sind oft nur wenige Gelenke betroffen, häufiger als bei der RA die Zehengelenke, typisch ist der Befall aller Gelenke einer Zehe oder eines Fingers (sogenannter „Befall im Strahl“ oder „Wurstfinger“).

Im Gegensatz zur RA sind häufig die Fingerendgelenke, die Kreuz-Darmbein-Gelenke und die Sehnenansätze befallen.

Weniger ausgeprägt sind meist die Entzündungszeichen im Blut, Rheumafaktoren sind nicht nachweisbar.

Die medikamentöse Behandlung ist ähnlich der RA, häufig weniger aggressiv auf Grund der mildereren, weniger chronisch fortschreitenden Verläufe. Bei Unwirksamkeit herkömmlicher Basistherapeutika bzw. hochaktiven Verlauf sind Biologika indiziert.

Reaktive (postinfektiöse) Arthritis

Wie der Name sagt, kann zwei bis sechs Wochen nach einer (oft asymptomatisch) verlaufenden Infektion eine Schwellung eines oder mehrerer Gelenke auftreten. Typischerweise werden Knie- und Sprunggelenke befallen. Auch (oft wurstförmige) Schwellungen einzelner Finger- und Zehengelenke sind häufig. Kreuzschmerzen können der Ausdruck einer Beteiligung der Kreuz-Darmbein-Gelenke sein (Sacroiliitis). Hautveränderungen (Erythema nodosum) im Sinne rundlich roter Effloreszenzen an den Unterschenkel und Augenentzündungen (Iridozyklitis) können ebenfalls vorkommen.

60–80% der Patienten mit reaktiver Arthritis besitzen das Merkmal HLA B27. Zusätzlich spielen infektiöse Mikroorganismen eine entscheidende Rolle. Typische Erreger sind Chlamydien, Mykoplasmen, Yersinien, Shigellen und Salmonellen. Man nimmt an, dass verschleppte Erregerbruchstücke in die Gelenke gelangen und einige Wochen nach der ursprünglichen Erkrankung (wie Durchfall oder Harnwegsinfekt) eine lokale Entzündung als Reaktion auf die eingedrungenen Erregerteilchen hervorrufen (daher reaktive Arthritis).

Die Erkrankung kann drei bis zwölf Monate dauern und hat erfreulicherweise meist einen selbstlimitierenden Verlauf. In zirka 15% kommt es allerdings zu einem chronischen, oft mehrjährigen, Verlauf.

Die Therapie ist meist symptomatisch im Sinne einer Schmerzbehandlung.

Fallbericht

Ein 28-jähriger Mann erkrankte zwei Tage nach einem Volksfestbesuch an einer akuten Durchfallerkrankung. Diese Erkrankung dauerte über eine Woche, ging mit zehn und mehr Stuhlentleerungen pro Tag einher, zusätzlich trat Fieber auf. Der Patient musste aufgrund des eingeschränkten Allgemeinzustandes im Krankenhaus aufgenommen wer-

den. Als Ursache konnte durch Untersuchung von Stuhlproben eine Salmonelleninfektion diagnostiziert werden. Eine weitere Durchfallerkrankung konnte in dem kleinen Wohnort des Patienten nicht festgestellt werden. Der Patient wurde nach einer Woche aus der stationären Behandlung geschwächt, aber im Wesentlichen beschwerdefrei entlassen. Einige Tage nach der Entlassung suchte der Patient seinen Hausarzt wegen einer spontanen Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Kniegelenks auf. Zwei Tage später trat eine zusätzliche, wenn auch etwas leichtere Schwellung des linken Sprunggelenks auf. Es wurden zunächst kortisonfreie Antirheumatika verabreicht, durch die Hartnäckigkeit der Beschwerden mussten schließlich sogar vorübergehend Kortisontabletten eingenommen werden. Dadurch konnte eine Besserung und zumindest teilweise Abschwellung erreicht werden. In der Folge musste der Patient noch über drei Monate mit zunächst niedrig dosierten Kortisontabletten, danach mit kortisonfreien Antirheumatika behandelt werden. Erst nach knapp vier Monaten waren die Schwellungen vollständig rückgebildet. Schmerzen in den Gelenken bzw. eine Beeinträchtigung der Befindlichkeit wurde noch über weitere zwei Monate bemerkt. Nach einem halben Jahr war der Patient wiederum beschwerdefrei. Eine weitere Gelenkattacke ist bisher nicht mehr aufgetreten.

Kommentar: Es handelte sich bei diesem jungen Mann um eine typische reaktive, d. h. postinfektiöse Arthritis. Diese kann typischerweise zwischen zehn und ca. 30 Tagen nach Infekten auftreten, vornehmlich durch Erreger wie Salmonellen, Shigellen, Yersinien, Mykoplasmen und Chlamydien. Manchmal ist aber ein auslösender Infekt nicht eruierbar oder zumindest nicht mehr im Blut oder im Stuhl nachweisbar. Die postinfektiöse Arthritis befällt vornehmlich die Gelenke der unteren Extremitäten (Knie, Sprunggelenke, Zehengelenke). Prinzipiell können aber auch andere Gelenke befallen werden. Die Erkrankung kann zwischen vier und zwölf Monate dauern, auch Übergänge in chronische Verlaufsformen sind möglich. Meist ist eine alleinige Schmerztherapie oder eine kurzfristige Kortisongabe ausreichend. Eine Basistherapie wird nur bei chronischen Fällen angewendet, eine Antibiotikatherapie ist ohne gesicherten Effekt.

Enteropathische Arthritiden

Im Zuge von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) kann es in 10 bis 20% zu einer Beteiligung eines oder weniger Gelenke der unteren Extremitäten kommen. Typischerweise kommt es zu einer schmerzhaften Schwellung eines Knie- oder Sprunggelenks oder/und einer Zehe. Auch eine schmerzhaftes Achillessehnenansatzentzündung ist häufig. Ebenso können Wirbelsäule und Kreuz-Darmbein-Gelenke beteiligt sein.

Auch in Rahmen einer Zöliakie kann es zu einer nicht deformierenden Polyarthritiden kommen, unter bevorzugter Beteiligung der großen Gelenke. Bei dieser Erkrankung besteht eine Überempfindlichkeit gegenüber dem Klebereiweiß von Getreidesorten (glutensensitive Enteropathie) mit chronischem Durchfall, allgemeiner Schwäche und Gewichtsverlust. Die Erkrankung ist weit häufiger als bisher angenommen. Bis 1% der Bevölkerung sind betroffen. Etwa 25% entwickeln Gelenkentzündungen. Durch eine glutenfreie Diät kommt es zum Schwinden der Durchfälle und der Gelenksymptomatik.

Fallbericht

Ein 40-jähriger Kaufmann litt seit Monaten unter Durchfällen. Er sprach von vier bis sieben Stuhlentleerungen pro Tag, diese führten in weiterer Folge zu Müdigkeit und Abgeschlagenheit, Fieber trat nicht auf. Als schließlich Blutbeimengungen auftraten, suchte der Patient einen Internisten auf. Laborchemisch zeigte sich eine hohe Blutsenkungsreaktion (BSG) und eine ausgeprägte Anämie (Blutarmut). Das endoskopische Bild war das einer Colitis ulcerosa des gesamten Dickdarmes. Mehrere Probenentnahmen bestätigten mikroskopisch diese Diagnose.

Eine Therapie mit einem Präparat, das spezifisch auf die Dickdarmschleimhaut einwirkt, wurde begonnen. Es konnte im Laufe der nächsten zwei Monate eine Besserung erreicht werden. Parallel dazu wurde eine Kortisontherapie durchgeführt, die nach acht Wochen wiederum ausgeschlichen werden konnte.

Mehrere Monate nach der Erstdiagnose fühlte sich der Patient wieder äußerst stabil, er hatte ca. zwei bis drei Stuhlentleerungen ohne Blutbeimengungen pro Tag.

Der Patient war sportlich aktiv und bemerkte zuerst beim Laufen Schmerzen im Bereich der rechten Ferse, am darauf folgenden Abend auch eine leichte Schwellung in der Ferse. Er verabreichte sich selbst eine Rheumasalbe und legte Eis auf, dies führte allerdings zu keiner Besserung. Das Laufen war nicht möglich. Einige Tage später kam es auch zu einer spontanen schmerzhaften Schwellung des linken Kniegelenks. Der behandelnde Internist stellte die Diagnose einer enteropathischen Arthritis, d.h. einer Gelenkentzündung, wie sie typischerweise im Zusammenhang mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, wie Colitis ulcerosa und Morbus Crohn, auftreten kann.

Auf Grund der Schmerzhaftigkeit und der hartnäckigen Schwellung wurden über zwei Wochen Kortisontabletten verordnet, wodurch es prompt zu einer Besserung und Abschwellung kam.

In den darauf folgenden Monaten war der Patient unter 4 Tabletten Salazopyrin 500 mg täglich sowohl von Seiten des Darmes als auch von Seiten der Gelenke in einer sehr stabilen Situation.

In weiterer Folge ist es zu keiner neuerlichen Gelenkbeteiligung im Rahmen der chronischen Darmerkrankung gekommen.

Kommentar: Bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen kann es immer wieder zu einer Beteiligung der Gelenke (Gelenkentzündungen der großen Gelenke wie Knie- und Sprunggelenke) und zu Entzündungen der Sehnenansätze kommen, typischerweise im Bereich der Achillessehne (Enthesiopathie). Die Behandlung ist in hartnäckigen Fällen in erster Linie eine vorübergehende Kortisontherapie, da kortisonfreie Antirheumatika (NSAR) oft die Darmerkrankung verstärken können.

Kollagenosen

Bei diesen Bindegewebserkrankungen werden Antikörper gegen Bestandteile der eigenen Zellkerne gebildet. Die wichtigsten Kollagenosen sind systemischer Lupus erythematodes, das Sjögren-Syndrom und die Sklerodermie.

Systemischer Lupus erythematodes (SLE)

Die Erkrankung ist viel seltener als die rheumatoide Arthritis; etwa 0,01 bis 0,1% der Bevölkerung sind betroffen. Junge Frauen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr sind am häufigsten betroffen.

Es handelt sich um eine chronisch entzündliche Systemerkrankung; fast alle Organsysteme können befallen sein. Beschwerdefreie Phasen können mit hochfieberhaften Episoden abwechseln. Neben Fieber, Gewichtsverlust und Müdigkeit stehen Gelenkschmerzen und Schwellungen im Vordergrund. Der Gelenkbefall ist ähnlich der rheumatoiden Arthritis und insbesondere zu Beginn der Erkrankung ist die Unterscheidung manchmal schwierig. Muskelschmerzen und eine Beteiligung der Haut (Schmetterlingsausschlag) sind ebenfalls typisch.

Gefährlich ist eine fallweise Beteiligung des blutbildenden Systems, des Herzens oder eine Entzündung der Niere.

Gelenksbeschwerden stehen häufig im Vordergrund. Prinzipiell können alle Symptome (und Organbeteiligungen) zu jeder Zeit auftreten; es besteht jedoch die Tendenz, in Schubsituationen immer die gleichen Areale zu befallen.

Laborchemisch sind antinukleäre Antikörper nachweisbar.

Eine regelmäßige ärztliche Betreuung und Überwachung der Blutbefunde sind notwendig.

Fallbericht

Eine 27-jährige Entwicklungshelferin kehrte von einem zweijährigen Ostafrikaaufenthalt zurück. Bereits während des Aufenthaltes berichtete sie mehrmals über Fieberschübe, vorübergehende unklare Haut-

ausschläge und fallweise Gelenkschmerzen, ohne eindeutige Schwellungen. Da sich die Beschwerden innerhalb von Tagen bis Wochen wiederum besserten und zurückbildeten, interpretierte sie selbst die Symptomatik im Sinne einer unspezifischen Infektion in den Tropen. Ein neuerlicher Fieberschub wurde unmittelbar nach der Rückkehr im Sinne des „Reisestresses“ dem Klimawechsel zugeschrieben. Eine Untersuchung auf Malaria war negativ. Da sich aber das Allgemeinbefinden über Wochen nicht besserte, die Temperaturen oft auf über 38 °C anstiegen und zunehmende Gelenksbeschwerden, einhergehend mit Schwellungen der Fingergrund- und -mittelgelenke auftraten, suchte sie den Arzt auf.

Ein zusätzlicher schmetterlingsförmiger Hautausschlag im Gesicht führte bereits vor Kenntnis der durchgeführten Blutuntersuchung zur Verdachtsdiagnose eines systemischen Lupus erythematodes.

Die Blutuntersuchung ergab eine deutlich erhöhte Blutsenkungsreaktion als Ausdruck einer Entzündung sowie den Nachweis von antinukleären Antikörper, das übrige Laborprofil war im Normbereich.

Es wurde eine Therapie mit Chloroquin eingeleitet, parallel dazu zunächst Kortison, das wiederum langsam ausgeschlichen werden konnte. Nach ca. drei Monaten war die Patientin von der Gelenkseite beschwerdefrei, das Fieber bildete sich unmittelbar nach Einleitung der medikamentösen Behandlung zurück und sie plant wiederum einen Entwicklungshilfeeinsatz in Afrika.

Chloroquin wird unter regelmäßigen Kontrollen erfolgreich weiter eingenommen.

Kommentar: Es handelt sich hier um eine Bindegewebserkrankung, wie sie typischerweise bei jungen Frauen auftreten kann. Die Erkrankung ist meist gut behandelbar und kann am Anfang von einer Infektionskrankheit manchmal schwer zu unterscheiden sein. Gefährlich ist eine Beteiligung der inneren Organe, daher sind bei diesen Patienten regelmäßige ärztliche Kontrollen und Blutuntersuchungen notwendig. Rückfälle sind häufig, aber in der Regel gut behandelbar. Leider sind auch schwere und lebensbedrohliche Schübe bzw. Verläufe möglich, insbesondere bei Beteiligung der inneren Organe und des blutbildenden Systems. In solchen Fällen ist eine intensivmedizinische Betreuung notwendig.

Sjögren-Syndrom

Bei dieser nach einem schwedischen Arzt benannten Erkrankung handelt es sich um eine Entzündung der Speichel- und Tränendrüsen. Die Folge ist eine Verminderung der Tränenflüssigkeit mit Augenreizungen und eine Mundtrockenheit infolge einer reduzierten Speichelproduktion. Auch Gelenkschmerzen und Entzündungen sind häufig.



Abb. 15. Wie zugespitzt erscheinende Madonnenfinger bei progressiver systemischer Sklerose (aus Siegmeth und Singer, 1998)

Das Sjögren-Syndrom kann alleine (primäres) und gemeinsam mit einer rheumatoiden Arthritis oder einem Lupus vorkommen (sekundäres Sjögren-Syndrom).

Systemische Sklerose

Die systemische Sklerose (syn. Sklerodermie, griech.: trockene, spröde Haut) ist eine Erkrankung mit einer vermehrten Bindegewebsproduktion mit besonderer Beteiligung von Haut, Lunge, Blutgefäßen, Niere und Magen-Darm-Trakt.

Ein besonderes Spannungsgefühl der Haut, insbesondere der Hände mit Schwellungen, Verlust der Fältelung der Haut (Madonnenfinger), Verlust der Mimik (Maskengesicht) und Verkleinerung der Mundöffnung sind typisch. Schluckstörungen können durch eine Beteiligung der Speiseröhre und eine Einschränkung der Atemfunktion durch eine Verhärtung der Lunge auftreten. Die Erkrankung ist sehr selten (auf 100.000 Einwohner kommt ein Erkrankter) und gerade am Anfang oft schwierig zu diagnostizieren.

Gicht (Arthritis urica)

Die Gicht ist im Gegensatz zu den bisher Genannten eine Stoffwechselerkrankung und wird deshalb zum rheumatischen Formenkreis gezählt, weil die Beschwerden vornehmlich an den Gelenken auftreten.

Die Gicht ist eine erblich bedingte Erkrankung mit zusätzlichen exogenen (vor allem ernährungsbedingten) Faktoren. Es handelt sich um eine Störung des Purin- und Harnsäurestoffwechsels mit erhöhter körpereigener Harnsäurepro-

duktion oder verminderter Elimination über die Niere (häufigere Ursache). Purine sind Eiweißprodukte, die der menschliche Körper vor allem durch die Aufnahme von Fleisch (tierischem Eiweiß) erhält.

Das Endprodukt der Stoffwechselvorgänge ist die Harnsäure. Sie kann daher bei vermehrtem Fleischkonsum, aber auch bei gesteigertem Alkoholgenuss erhöht sein. Alkohol vermindert unter anderem die Harnsäureausscheidung über die Niere. Die Folge ist eine erhöhte Harnsäurekonzentration im Blut; diese kann in übersättigten Körperflüssigkeiten nicht mehr in Lösung gehalten werden, fällt aus und lagert sich in Form von Harnsäurekristallen in den Gelenken ab (wie zu viel Zucker im Kaffee, der sich am Boden der Tasse setzt). Dies bewirkt einen akuten Gichtanfall mit Rötung, Schwellung und massiven Schmerzen eines Gelenks, bevorzugt des Großzehengrundgelenks. Auch andere Gelenke wie Knie, Sprung- oder Fingergelenk können befallen sein, meist ist nur ein Gelenk betroffen. Die Attacke dauert ohne Behandlung ein bis mehrere Wochen und spricht auf schmerzstillende Medikamente gut an. Nach einer Schmerzepisode tritt wiederum Beschwerdefreiheit auf. Wiederholte Attacken können jedoch zu Schäden an den Gelenken führen und die Erkrankung kann eine chronische Verlaufform annehmen, welche vor allem durch das Auftreten von Gichtknoten (Tophi) charakterisiert ist. Es handelt sich dabei um eine Ablagerung von Harnsäure unter der Haut oder im Knorpel. Auch eine Beteiligung der Niere ist möglich durch eine Ablagerung von Harnsäure oder durch Ausbildung von Nierensteinen.

Die Erkrankung betrifft vor allem Männer mit Erstbefall zwischen 30. und 45. Lebensjahr.

Der erhöhte Harnsäurespiegel im Blut ist meist alleine durch dietätische Maßnahmen gut beeinflussbar (Vermeidung von Fleisch und Innereien, Mäßigung beim Alkoholkonsum).

Fallbericht

Ein 52-jähriger übergewichtiger Gastwirt genehmigt sich nach einem harten Arbeitstag mit seinen letzten Gästen das eine oder andere Bier, gerne geht er auch in die Küche, um eines seiner Lieblingsgerichte, Schweinsbraten mit Knödel, zu essen, unter dem Motto „Das Leben ist ja hart genug, man muss sich doch auch etwas gönnen“. Nach einem Abendessen und einigen Seideln Bier legte sich der Patient nieder und das Leben war wirklich hart, er wachte gegen 2 Uhr morgens mit einer massiv geschwollenen großen Zehe auf. Die Schmerzhaftigkeit war enorm, er hielt die Bettdecke auf dem Fuß nicht aus. In der Hausapotheke fand er Schmerzmittel, schluckte zwei Antirheumatika, wodurch er schließlich einschlafen konnte. Am nächsten Tag suchte er seinen Hausarzt auf, der die klare Diagnose einer Gichtzehe stellte. Sein Arzt führte eine entsprechende Beratung durch, in diesem Fall empfahl er eine Änderung der Lebens- und Ernährungsgewohnheiten. Außerdem verabreichte er Antirheumatika

kurzfristig in höherer Dosierung. Innerhalb einer Woche war der Patient wieder beschwerdefrei, die anfänglich guten Vorsätze schwanden bald. Einige Wochen später wachte er in der Nacht mit einem geschwollenen Kniegelenk auf. Die Schmerzen waren so heftig, dass der Notarzt kommen musste und eine Kortisoninjektion verabreichte. In der Folge wurden noch über eine Woche Kortisontabletten verabreicht, schließlich kortisonfreie Schmerzmittel über weitere vier Wochen. In einer umfangreichen Blutuntersuchung wurden neben der typisch für den Gichtanfall hohen Blutsenkungsreaktion deutlich erhöhte Leberwerte und auch deutlich erhöhte Blutfette nachgewiesen. Neben einem Gelenkrisiko bestand somit bei unserem Patienten auch ein deutlich erhöhtes Herz-Kreislauf-Risiko. In mehreren Gesprächen wurde er durch den Hausarzt diesbezüglich eindringlich gewarnt. Unser Patient bekam es schließlich doch mit der Angst zu tun und nahm sich die Argumente des Arztes und auch seiner Frau zu Herzen. Die Ernährung wurde geändert, der Fleischkonsum deutlich reduziert, ebenso der Genuss von Hülsenfrüchten, ein Heimtrainer angeschafft und ein Gewichtsreduktionsplan entworfen. Auch der Bierkonsum wurde eingestellt.

Nach einer sehr konsequenten Änderung der Lebenssituation und einer Gewichtsabnahme von fast 10 kg trat in der Folge kein neuerlicher Gichtanfall mehr auf. Seine Ernährung hat er bewusst umgestellt, er betreibt nun mäßig, aber regelmäßig Ausdauersport (Laufen, Radfahren). Ein oder zwei Gläser Bier genehmigt er sich wieder und dies mit gutem Gewissen.

Kommentar: Das klassische Risikoprofil einer Gicht. Laborchemisch zeigt sich meist eine deutlich erhöhte Harnsäure als Folge eines Abbaus von Eiweißprodukten. Meist entstehen überhöhte Harnsäurewerte durch vermehrten Genuss von Fleisch, aber auch durch pflanzliches Eiweiß wie Hülsenfrüchte. Zusätzlich kann die Harnsäure im Blut auch durch eine verminderte Ausscheidung erhöht werden. Alkohol vermindert die Harnsäureausscheidung über die Niere und erhöht dabei die Gefahr einer Gichtattacke, wobei besonders der Bierkonsum einen Risikofaktor darstellt („leider“). Auch eine erbliche Veranlagung für erhöhte Harnsäurewerte unabhängig von der Nahrungsaufnahme ist möglich. Gichtattacken entstehen durch schmerzhaftes Ausfallen (aus der Lösung gehen) von Harnsäurekristallen im Bereich von Gelenknorpel.

Polymyalgia rheumatica

Die Polymyalgia rheumatica ist ein Krankheitsbild mit Schmerzen und Steifigkeit im Bereich des Schulter- und Beckengürtels. Der Beginn der Erkrankung ist eher abrupt, seltener schleichend mit Schmerzen im Bereich einer oder

beider Schulterregionen. Die Beschwerden sind tages- und belastungsunabhängig und sind auch typischerweise während der Nachtstunden. Fieber, Abgeschlagenheit sowie auch Niedergeschlagenheit können auftreten.

Die Erkrankung ist bei Frauen häufiger und tritt erst nach dem 50., meist um das 70. Lebensjahr auf.

Ein promptes Ansprechen auf Kortison ist typisch, ein Nichtansprechen lässt an der richtigen Diagnose zweifeln.

Eine Kortisonbehandlung ist für mindestens zwei Jahre notwendig. Meist heilt die Erkrankung nach spätestens zwei bis vier Jahren; Übergänge in eine rheumatoide Arthritis oder eine Arteriitis temporalis (Entzündung der Schläfenarterie) sind möglich.

Eine komplette Durchuntersuchung der betroffenen Patienten zum Ausschluss einer versteckten inneren Erkrankung ist empfehlenswert.

Fallbericht 1

Eine 65-jährige Hausfrau klagt seit einigen Monaten über Schmerzen in der Schultergürtelregion, zunächst beginnend in einer Schulter, einige Tage später auch in der zweiten Schulter. Zudem klagt sie nun auch über ziehende Schmerzen im Bereich beider Oberschenkel. Eine Verletzung konnte nicht erhoben werden, die Beschwerden waren unabhängig von der Belastbarkeit, sie bemerkte sie auch in Ruhe. Schließlich kamen auch Schlafstörungen und eine eher niedergeschlagene Befindlichkeit hinzu. Eine zunächst durchgeführte physikalische Behandlung im Bereich der Schultergelenke sowie eine nichtsteroidale Antirheumatikagabe brachten keinen bzw. einen nur sehr geringen Erfolg. Die Beschwerden, vor allem die nächtlichen Schmerzen, nahmen zu. Schließlich wurde eine Blutuntersuchung durchgeführt. Es zeigte sich eine deutlich erhöhte Blutsenkungsreaktion, eine leichte Anämie, die Rheumafaktoren waren negativ. Es wurde die Diagnose einer Polymyalgia rheumatica (rheumatische Muskelerkrankung) gestellt und Prednisolon (Kortison) verabreicht, wodurch prompt Beschwerdefreiheit eintrat.

Kommentar: Die Diagnose der Polymyalgia rheumatica ergibt sich aus der typischen Symptomatik, im obigen Fall Schmerzen im Schulterbereich und/oder des Hüftgürtels, hohe Blutsenkungsreaktion bei fehlenden Rheumafaktoren und promptes Ansprechen auf Kortison.

Die Erkrankung ist häufiger bei Frauen als bei Männern, tritt bevorzugt nach dem 50sten, am häufigsten um das 70ste Lebensjahr auf und hat oft einen relativ prompten, d. h. nicht schleichenden Schmerzbeginn. Die Erkrankung ist in der Regel eine gutartige Erkrankung, eine zwei- oder mehrjährige niedrig dosierte Kortisonmedikation ist notwendig. Meist heilt die Erkrankung dann aus, Übergänge in eine rheumatoide Arthritis sind möglich.

Fallbericht 2

Eine 70-jährige Patientin wurde wegen Hüft- und Schulterschmerzen einhergehend mit einem allgemeinem Krankheitsgefühl und erhöhten Entzündungszeichen im Blut abgeklärt. Es wurde aufgrund der Klinik und der erhobenen Befunde die Diagnose einer Polymyalgia rheumatica (entzündliches Muskelrheuma) gestellt. Für diese Erkrankung ist eine langandauernde Kortisontherapie (bis zu drei Jahren) unumgänglich. Die Patientin hatte eine Knochendichtemessung zu Beginn der Erkrankung; diese zeigte altersentsprechende Werte. Die Patientin ist als pensionierte Landwirtin weiterhin körperlich aktiv und unter Therapie schmerzfrei. Die Kortisontherapie wurde, wie mit ihrem behandelnden Arzt besprochen, langsam auf eine Dosis von 5 mg reduziert. Eine Osteoporoseprophylaxe mit Calcium und Vitamin-D-Tabletten wurde eingeleitet. Nach mehreren Monaten kam es zum spontanen Auftreten von heftigen Kreuzschmerzen. Unter der Annahme einer Aktivierung ihrer Erkrankung erhöhte die Patientin die Kortisondosis, ohne dass sich die Beschwerden besserten. Schließlich suchte sie ihren Arzt auf, der in einem Wirbelsäulenröntgen eine osteoporotische Fraktur feststellte. In der Folge wurde eine Bisphosphonatmedikation eingeleitet und die Kortisonmedikation wurde wieder auf die Dosis von 5 mg reduziert. Zusätzlich wurde noch ein kortisonfreies Schmerzmittel (Tramadol) erfolgreich verabreicht.

Kommentar: Bei unserer Patientin ist es durch die Kortisoneinnahme zu einem beschleunigten Knochenabbau und zu einem Wirbelkörperbruch gekommen. Bei dieser Erkrankung ist ein Absetzen der Kortisonmedikation vor einer zweijährigen Behandlungsdauer meist nicht möglich, da es sonst zum Wiederauftreten der Muskelschmerzen kommt. Fälschlicherweise hat die Patientin nach Auftreten der Wirbelbeschwerden ihre Kortisonmedikation erhöht, anstatt mit dem Arzt rückzusprechen. Hier wäre eine kortisonfreie Schmerzmedikation sicherer und effektiver gewesen, da die Rückenschmerzen nicht ein Symptom des Muskelrheumas waren. Die, wenn auch notwendige, Kortisongabe spielt sicherlich eine Rolle bei der Entstehung dieser osteoporotischen Impressionsfraktur. Daher ist eine entsprechende Prophylaxe und Überwachung im Sinne einer jährlichen Knochendichtemessung empfehlenswert.

Borreliose

Die Borreliose ist eine durch Zecken übertragbare Erkrankung, hervorgerufen durch den Erreger *Borrelia burgdorferi*.

Obwohl es in jedem Stadium der Erkrankung zu Gelenkbeschwerden kommen kann, dominieren doch die Veränderungen in Bereich der Haut. Glücklicherweise erkrankt nur ein kleiner Teil der Patienten Tage bis Wochen nach einem

Zeckenbiss tatsächlich an einer roten fleckförmigen bis pustulösen Hautveränderung mit ringförmiger Begrenzung. Eine gezielte antibiotische Therapie in dieser Phase der Erkrankung verhindert üblicherweise das weitere Fortschreiten. Ohne Behandlung kann die Borreliose in den nachfolgenden Monaten bis Jahren Gelenkschmerzen und auch Schwellungen eines oder mehrerer Gelenke (typischerweise der Kniegelenke) hervorrufen. Auch das Herz oder das Nervensystem können betroffen sein.

Irreführend ist oft ein positiver Borrelienantikörper-Titer im Blut; ca. 8–20 Prozent der österreichischen Bevölkerung entwickeln Antikörper gegen Borrelien, insbesondere Waldarbeiter, Läufer etc. Nur bei einem sehr kleinen Teil entsteht entsprechend der Literatur bei positiven Antikörper-Titer eine klinisch gesicherte Borreliose.

Die Arthrose

Die Arthrose (syn: Osteoarthrose, Osteoarthritis) ist eine der häufigsten Erkrankungen in der täglichen ärztlichen Praxis, über 90% der über 75-Jährigen berichten von Schmerzen im Bereich der Gelenke und der Wirbelsäule. Frauen sind auffallend häufiger und schwerer betroffen als Männer. Mit zunehmendem Alter nimmt die Zahl der betroffenen Gelenke zu.

Ursachen

Die Ursachen der Arthrose sind meist deutlich komplexer als die Annahme, es handle sich um einen reinen Alterungsprozess des Knorpels. War man zunächst der Meinung, dass primäre Schädigungen des Knorpels zu einer Arthrose führen, glaubt man heute zunehmend, dass auch muskuläre Schwächen, Schädigungen der Bänder und Schädigungen der Nerven mitursächlich für die Entwicklung einer Arthrose zu sehen sind.

Verschleiß und altersbedingte Veränderungen eines Gelenks werden begünstigt durch Übergewichtigkeit und Fehlstellungen der Gelenke, wie z.B. im Kniegelenk durch X- oder O-Beine. Auch anlagebedingte Fehlstellungen, wie eine Hüftdysplasie, führen oft frühzeitig zu einer Arthrose. Besonders vorgeschädigte Gelenke können zu einer Arthrose führen, wie z.B. im Bereich der Kniegelenke nach Meniskusläsionen. Oft besteht ein Missverhältnis zwischen Belastbarkeit der Gelenke und der Belastung. Berufliche und sportliche Überlastung eines oder mehrerer Gelenke kann zu vermehrtem Verschleiß bzw. oft auch frühzeitiger Abnützung führen. So genannte „Stop and go“-Sportarten wie Fußball oder Tennis begünstigen, insbesondere nach Verletzungen, das Auftreten einer Arthrose.

Eine seltene Form einer genetisch bedingten Arthrose führt durch eine Fehlfunktion eines speziellen Gens schon im jungen Erwachsenenalter zur Ausbildung einer generalisierten Arthrose in betroffenen Familien.

Auch die **Fingerpolyarthrose** – die als Heberden-Arthrose bezeichnet wird, wenn sie die Fingerendgelenke, als Bouchardarthrose, wenn die Mittelge-

lenke und als Rhizarthrose, wenn die Daumensattelgelenke beteiligt sind – hat wahrscheinlich eine genetisch bedingte Ursache und kommt familiär gehäuft vor. Daneben spielen aber bei der Fingerarthrose auch mechanische Ursachen, wie jahrelange Über- oder Fehlbelastungen der betroffenen Gelenke, eine Rolle.

Die **Arthrose der großen Gelenke** betrifft vor allem die Hüft- (Coxarthrose), Knie- (Gonarthrose) und Sprunggelenke, also diejenigen Gelenke, die Überbelastungen (wie z.B. durch Übergewicht, durch Fehlbelastungen und Fehlstellungen) und berufs- und sportbedingten Verletzungen ausgesetzt sind.

Bei der Arthrose kommt es zu einer Verschmälерung und Auffaserung des Gelenksknorpels in den betroffenen Gelenken und zu einer Verdichtung der angrenzenden Knochenstrukturen. In fortgeschrittenen Fällen ist oft überhaupt kein Knorpel mehr vorhanden, und es reiben Knochen auf Knochen.

Symptome

Typisch für die Arthrose ist ein sogenannter „Anlaufschmerz“, d.h. ein Schmerz, der bei den ersten Schritten nach einer längeren Ruhephase auftritt, und ein Überlastungsschmerz nach einer längeren Belastung (wie z.B. nach einer längeren Gehstrecke).

Ein Wechsel von schmerzhaften und schmerzarmen Episoden ist vor allem am Beginn der Erkrankung häufig. Mit Zunahme der Gelenkabnutzung nehmen die Morgensteifigkeit und die Bewegungseinschränkung zu. Die Schmerzen führen zu einer zunehmenden Behinderung und schränken das selbstbestimmte Leben des älteren Menschen deutlich ein.

Im weit fortgeschrittenen Stadium kommt es zum Auftreten eines Ruhe- bzw. nächtlichen Schmerzes in der betroffenen Gelenkregion.

Therapie

Therapeutisch stehen anfangs symptomorientierte, nicht chirurgische Behandlungsansätze im Vordergrund. Es soll eine Linderung oder – im Idealfall – eine Beschwerdefreiheit und eine Verbesserung der Gelenkfunktion erreicht werden.

Besonders wichtig erscheint eine ausreichende **ärztliche Beratung** bzw. eine Schulung, wo Patienten individuell über das Ausmaß und den Verlauf ihrer Erkrankung und ihre Beeinflussbarkeit aufgeklärt werden. Themen wie eine richtige Ernährung, Gewichtsreduktion, Bewegungsmangel sowie Überbelastungen im Beruf und Sport müssen behandelt werden. Das Ziel muss eine Änderung der Einstellung des Betroffenen sein, von „mir muss geholfen werden“ zu „wie kann ich mir selbst helfen?“

Die Therapie der Arthrose richtet sich nach der Krankheitsursache, dem betroffenen Gelenk und natürlich dem Schweregrad der Schädigung.

Krankengymnastik und **Muskeltraining** sind wichtige Bestandteile jeder Arthrosebehandlung. Je besser eine muskuläre Führung ein Gelenk schützt und

entlastet, umso länger wird es funktionsfähig bleiben. Dehnen und Kräftigen der Muskulatur, wie z.B. der großen Oberschenkelmuskeln bei Kniegelenksarthrose, gehören zum wichtigen, von den Betroffenen selbständig durchzuführenden Trainingsprogramm, das im Rahmen der Krankengymnastik erlernt wird. Positive Effekte von gymnastischen Übungen sowie von Sport und Bewegungstherapien gelten als gesichert. Walking- Programme führen zu einer Verbesserung der Gehgeschwindigkeit, regelmäßiges (z.B. 3-mal wöchentliches Ergometer-Training über je 25 Min.) am Heimtrainer bewirken bei Patienten mit Kniegelenksarthrose eine Verbesserung von Funktion, Schmerz-situation und Kraft.

Vor allem bei Arthrosen der Fingergelenke empfiehlt man viel Bewegung aber weniger Belastung, dadurch werden die Gelenke „wieder geschmiert“, die Beweglichkeit geht nicht verloren. Empfehlenswert ist z.B. das Kneten weicher Bälle oder „Klavierspielen“ in der Luft und Bewegungen im warmen Wasser. Stricken und langes Gartenarbeiten führen oft zu einer Zunahme der Schmerzen in den Fingergelenken.

Die nicht medikamentöse, **physikalische Therapie** umfasst Wärme- und Kälteanwendungen, je nach dem Aktivitätszustand der Erkrankung. Bei einer akuten Schwellung des Gelenks (aktivierte Arthrose), wie sie als Folge einer Überbelastung auftreten kann, führt die Kryotherapie, z.B. in Form von lokal angewendeten Kältepackungen über einen Zeitraum von maximal 30 Min. pro Tag, neben einer Abschwellung auch zu einer Schmerzlinderung.

Die **Wärmetherapie** kommt im subakuten und chronischen Stadium der Arthroseerkrankung zum Einsatz und bedingt durch eine Gefäßerweiterung eine Steigerung der Durchblutung und damit eine Verbesserung der Ernährung der betroffenen Gelenkregionen. Weiterhin kommt es dadurch zu einer Muskelrelaxation und Anhebung der Schmerzschwelle.

Die Anwendung von heißem **Paraffinwachs** in Form von Paraffinbädern hat sich im Bereich der Fingerarthrosen sehr bewährt. Zusätzlich kann durch Abstreifen und Kneten der Paraffinmasse ein bewegungstherapeutischer Effekt erzielt werden.

Die **Elektrotherapie** hat einen günstigen Einfluss auf Schmerz und Beweglichkeit und dient auch der Muskelkräftigung.

Eine **medikamentöse Therapie** ist vor allem eine schmerzlindernde Therapie. Die erste Wahl für mild bis mäßigen Arthrose-Schmerz ist **Paracetamol**. Diese Substanz hat keine negativen Nebenwirkungen auf den Magen-Darmtrakt.

Vor allem bei fortgeschrittenen Schmerzen und zusätzlichen Entzündungen kommen sogenannte nicht steroidale Antirheumatika zum Einsatz. Diese Substanzen beeinflussen den Schmerz und wirken auch gleichzeitig entzündungshemmend. Dazu gehören so unterschiedliche Substanzen wie Voltaren, Deflamat, Xefo, Brufen, Seractil etc. Alle diese Substanzen dürfen nur in der niedrigstmöglichen Dosis und nur nach Rücksprache mit dem Arzt angewendet werden, Kombinationen sind unbedingt zu vermeiden. Diese Präparate können zu Schädigungen der Leber und Nieren und auch bedrohlichen Nebenwirkungen am Magen-Darm-Trakt, wie z.B. Blutungen, führen. Bei

Patienten mit Magen- und Darmerkrankungen eignen sich Antirheumatika aus der Gruppe der Coxibe. Diese sind aber wahrscheinlich mit vermehrten Nebenwirkungen am Herz-Kreislauf-System behaftet.

Wenn nicht steroidale Antirheumatika aufgrund ihres Nebenwirkungsprofils nicht vertragen, bzw. nicht eingenommen werden können, kommt die Gruppe der opiodhaltigen Analgetika, wie Tramadol, zur Anwendung. Diese können alleine oder in Kombination mit Paracetamol als Schmerzmittel zur Schmerzlinderung verwendet werden.

Bei einem stark geschwollenen Kniegelenk kann z.B. auch eine Cortison-injektion in das Gelenk nützlich und notwendig sein.

Eine neuere Gruppe von Medikamenten wird als **Sysadoa** (symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis) bezeichnet. Dazu gehören Glucosaminsulfat und Chondroitinsulfat, Diacerein und Hyaluronsäure. Hyaluronsäure wird bei den großen Gelenken direkt in das Gelenk als Injektion verabreicht. Der Hyaluronsäure wird eine Verbesserung der Viskosität der Gelenkflüssigkeit, eine analgetische und funktionsverbessernde Wirkung zugeschrieben. Glucosamin, Chondroitinsulfat und Diacerein werden oral verabreicht und haben ebenso einen schmerzlindernden Effekt. Allen gemeinsam sind der verzögerte Wirkungseintritt und die noch über das Behandlungsende anhaltende, schmerzlindernde Wirkung, ebenso wie die gute Verträglichkeit. Alle Sysadoa wirken somit symptomatisch, im Sinne einer verzögerten, aber verlängerten Schmerzlinderung und funktionsverbessernd. Möglicherweise haben sie aber auch einen strukturverändernden Effekt und verzögern den Knorpelabbau.

Bei schweren Arthrosen mit Ruheschmerzen und Nachtschmerzen und deutlicher Einschränkung der Funktion und Lebensqualität sollte mit einem **operativen** Vorgehen nicht lange zugewartet werden.

Prinzipiell unterscheidet man, der jeweiligen Situation entsprechend, rekonstruktive Maßnahmen bei präarthrotischen Deformierungen, bewegungserhaltende Operationen in Form von Korrekturosteotomien und die Möglichkeit eines partiellen oder totalen Gelenkersatzes. Während rekonstruktive Maßnahmen eine frühzeitige Arthrose bei angeborenen oder erworbenen Fehlstellungen verhindern sollen, wird der operative Gelenkersatz bei fortgeschrittener Arthrose angewendet. Gerade diese Operationen bringen vor allem im Hüft- und Kniegelenk eine überzeugende Erleichterung und Patienten sagen oft, dass sie mit einer solchen Operation eine massive Verbesserung ihrer Lebensqualität erreicht haben, ja geradezu „ein neues Leben geschenkt bekommen haben“.

Arthrosen kleiner Gelenke, Fingerarthrosen

Fingerarthrosen treten bevorzugt bei Frauen nach der Menopause auf.

Als Ursachen kommen Erbfaktoren, hormonelle Veränderungen (daher häufiger nach der Menopause) und auch berufliche Belastungen (Fabrikarbeiter, Hausarbeiter, Maschineschreiben etc.) in Frage.



Abb. 16. Fingerarthrosen (aus Siegmeth und Singer, 1998)

Es sind bevorzugt die Fingerendgelenke (Heberdenarthrosen) und/oder die Fingermittelgelenke (Bouchardarthrosen) betroffen.

Schmerzen in den betroffenen Fingergelenken treten vor allem nach manuellen Belastungen auf. Es kann auch zu leichten Schwellungen kommen (sog. aktivierte Arthrosen).

Typisch sind knötchenförmige Auftreibungen und in fortgeschrittenen Fällen fallweise auch Deformierungen der Fingergelenke. Funktionseinbuße und Beschwerden sind meist gering; oft ist das kosmetische Problem im Vordergrund. Häufig besteht bei Betroffenen die Angst oder Unsicherheit, an einer chronisch entzündlichen Gelenkerkrankung zu leiden. Die rheumatoide Arthritis kann fast alle Gelenke, mit Ausnahme der Fingerendgelenke, befallen; einhergehend mit meist typischen Schwellungen. Die Fingerarthrosen betreffen eben nur die Endgelenke oder Mittelgelenke.

Therapie: bei chronischen Beschwerden Physiotherapie (Paraffinbäder oder warme Handbäder) oder antirheumatische Gels oder Salben. Diskutiert wird eine Wirksamkeit von Chondroitinsulfat mit einer möglichen positiven Beeinflussung des Knorpelstoffwechsels.

Bei akuten Schmerzen auch lokal Kältetherapie und Antirheumatika.

Fallbericht

Eine 63-jährige sehr elegante Frau hatte seit Jahren immer wieder Schmerzen im Bereich der Fingerend- und -mittelgelenke. Zusätzlich bemerkte sie Knötchenbildungen und auch Schwellungen im Bereich der betroffenen Gelenke. Unter der Annahme einer Gicht oder einer fortschreitenden entzündlichen Gelenkerkrankung, beeinflusst durch zahlreiche Illustriertenberichte und die wohlmeinenden Ratschläge guter und wissender Freunde, legte sie sich strenge diätetische Maßnahmen auf.

Die Folge war, dass sie unter diesen Diäten genauso litt wie unter der Angst, an fortschreitendem Rheuma erkrankt zu sein. Die Beschwerden blieben auch durch zahlreiche alternative Behandlungen weitgehend unbeeinflusst. Sie traten vor allem nach anstrengenden manuellen Tätigkeiten wie Gartenarbeiten, Fensterputzen oder nach dem Klavierspielen auf und besserten sich in längeren Ruhephasen. Auch nach jahrelangem Verlauf blieben die Symptome auf die Fingergelenke beschränkt.

Schließlich suchte sie eine erfahrene Ärztin auf und durch diese konnte die Diagnose einer Fingerpolyarthrose gestellt werden. Die Patientin war letztendlich erleichtert, nicht an einer fortschreitenden entzündlichen Gelenkerkrankung mit der Möglichkeit des Befalls und der Schädigung zahlreicher großer und kleiner Gelenke zu leiden. Die diätetischen Beschränkungen wurden bei im Übrigen fehlender Wirksamkeit erfreut beendet. Es wurde empfohlen vor allem die Endgelenke belastende Tätigkeiten zu vermeiden und bei starken Schmerzen kurzfristig schmerzlindernde und abschwellende Salben oder Tabletten zu verwenden. Bei fehlenden akuten Beschwerden wurden Bewegungsübungen im warmen Wasser am Morgen und mehrmals im Jahr Moor- oder Paraffinbäder für die Hände empfohlen.

Kommentar: Die Fingerarthrosen werden bei Befall der Endgelenke als Heberden- und bei Befall der Mittelgelenke als Bouchardarthrosen bezeichnet. Als Rhizarthrose benennt man eine Beteiligung des Daumensattelgelenks. Die Erkrankung tritt häufiger bei Frauen als bei Männern auf, bevorzugt nach der Menopause bzw. nach dem 50. Lebensjahr. Sie nimmt mit dem Alter zu und kann nach dem 70. Lebensjahr bis zu 30 Prozent der Menschen betreffen. Eine genetische Disposition, hormonelle Faktoren und belastende manuelle bzw. berufliche Tätigkeiten führen zu einem vermehrten Knorpelabbau mit unzureichender Reparation und zusätzlicher Knotenbildung. Die Fingerarthrose ist keine entzündlich fortschreitende Gelenkerkrankung und bleibt auf die kleinen Gelenke der Hände beschränkt.

Ein frühzeitigerer Arztbesuch hätte zwar ebenso keine Heilung bewirkt, aber die Angst vor einer fortschreitenden Arthritis genommen und außerdem allzu drastische Ernährungsbeschränkungen verhindert.

Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule

Die Bandscheiben sind als elastischer Polster zwischen den Wirbelkörpern für die Elastizität und Beweglichkeit der Wirbelsäule verantwortlich. Außerdem fangen sie Stöße auf.

Im Laufe des Lebens kommt es zu einem Wasserverlust der Bandscheibe, zu verminderter Elastizität, Höhenverlust und zu einer Größenabnahme von 3–4 cm.

Beim so genannten Bandscheibenvorfall kommt es durch eine Vorwölbung des Bandscheibenkerns zu einem Druck auf den aus dem Rückenmark austretenden Nervenstrangs. Die Folge sind Schmerzen im Verlauf des Nerven und eventuell auch Lähmungserscheinungen (z. B. Ischialgie bei Vorfall im Lendenwirbelbereich).

Abnützung und Verschleiß der Wirbelgelenke (**Spondylarthrose**) führen beim älteren Menschen zu entsprechenden Rückenbeschwerden (siehe einschlägige Literatur).

Osteoporose

Definition

Eine mit Knochenmasseverlust einhergehende Skeletterkrankung, die durch eine niedrige Knochenmasse und eine Störung der Mikroarchitektur des Knochengewebes mit daraus resultierender erhöhter Knochenbrüchigkeit charakterisiert ist.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat durch die in einer Knochendichtemessung gewonnenen Ergebnisse folgende Klassifikation eingeführt:

T-Wert > -1 SD = Normalbefund

T-Wert von -1 bis $-2,5$ SD = Osteopenie

T-Wert $< -2,5$ SD = Osteoporose

T-Wert $< -2,5$ SD und Knochen-(ein)brüche nach inadäquatem Trauma = schwere (manifeste) Osteoporose

Der T-Wert drückt die Differenz des Patientenwertes vom Mittelwert gesunder junger Erwachsener in Standardabweichungen (SD) aus.

Osteoporose ist heute ein weltweites Gesundheitsproblem und wird von der WHO als eine der 10 wichtigsten und als eine der teuersten Erkrankungen eingestuft. Es ist noch immer eine unterschätzte, unterdiagnostizierte und untertherapierte Erkrankung.

Die Häufigkeit von Schenkelhalsfrakturen steigt weltweit bei Frauen und Männer mit dem Lebensalter. Ursache ist altersbedingte Abnahme der Knochendichte und Zunahme der Stürze. Frauen in jedem Lebensalter haben ein doppelt so hohes Risiko wie Männer. Das Lebenszeitrisko einer weißen Frau über 50 für einen Schenkelhalsbruch wird auf 17% geschätzt (USA).

Ursache und Verlauf

Männer und Frauen haben zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr ihre größte Knochendichte. Danach nimmt die Knochenmasse, egal ob gesund oder krank, um 1–3 Prozent pro Jahr ab.

Dieser Prozess wird als physiologischer d.h. normaler Knochenabbau bezeichnet, der sozusagen zum Älterwerden gehört. Erst wenn ein höherer Knochenmineralverlust eintritt, spricht man von einer Osteoporose.

Risikofaktoren für eine verminderte Knochendichte sind eine genetische Disposition (z.B. Oberschenkelhalsbruch oder Wirbeleinbruch bei Verwandten ersten Grades), Untergewicht, späte Menarche, frühe Menopause.

Erkrankungen und gesicherte Risikofaktoren die zu einer sekundären Osteoporose führen können, sind die rheumatoide Arthritis, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Schilddrüsenüberfunktion, chronischer Alkohol- und Nikotinkonsum, Cortisonbehandlung (> 6 Monate), lange Bettlägerigkeit (Immobilisation) etc.

Die Osteoporose entwickelt sich schleichend. Der Knochenverlust kann jahrelang bestehen, ohne dass Symptome auftreten, die den Patienten zum Arzt führen. Schmerzen treten in der Regel erst dann auf, wenn Wirbelkörper einbrechen.

Als Folge des Knochenabbaus und der Frakturen kommt es in der Wirbelsäule zur Ausbildung von Keil- und Plattwirbeln. Daraus resultieren eine Abnahme der Körpergröße und ein Rundrücken. Schließlich können durch die veränderte Anatomie der Wirbelsäule chronische Rückenschmerzen entstehen.

Die Ermittlung der Knochendichte bzw. des Frakturrisikos erfolgt am besten durch DXA Verfahren (Dual X-Ray Absorptiometry, Zwei-Spektren-Röntgenabsorptiometrie). Diese Methode stellt den „Gold-Standard“ zur Quantifizierung der Knochenmineraldichte dar.

Die Messung erfolgt üblicherweise an qualifizierten radiologischen oder nuklearmedizinischen Einheiten und an osteologischen Zentren.

Gemessen wird an der Lendenwirbelsäule und am Oberschenkel und in Ausnahmefällen am Unterarm.

Behandlung der Osteoporose

Wissenschaftliche Untersuchungen der letzten 10 Jahre haben gezeigt, dass regelmäßiges Training eine wesentliche Säule im Osteoporosemanagement darstellt. Regelmäßige körperliche Aktivität, eine ausgewogene, vollwertige Ernährung und ausreichende Versorgung mit Kalzium und Vitamin D und die Erhaltung des Normalgewichts sind wichtige Präventionsmaßnahmen.

Knochenabbauhemmende Substanzen (Antiresorptiva)

Nach den Kriterien der „Evidence based medicine“ (d.h. dem exakten wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit einer Substanz) zeigt sich, dass Bisphosphonate (Alendronat, Risedronat, Ibandronat) zur Verminderung des Frakturrisikos sehr gut wirksam sind. Es stehen mittlerweile breit eingesetzte wöchentlich verabreichte Präparate in Verwendung (Fosamax®, Actonel®) sowie auch eine 1-Monatstablette (Bonviva®). Wenn die Aufnahme in Tablettenform nicht möglich ist (z.B. bei Speiseröhren- oder Magenenerkrankungen) steht auch eine Fertigspritze (Bonviva®), die alle 3 Monate verabreicht, wird zur Verfügung.

Der selektive Östrogen Rezeptor Modulator Raloxifen (Evista®) kommt auf Grund seines Wirkungs-/Nebenwirkungsprofils für postmenopausale Frauen ohne erhöhtes Hüftfrakturrisiko in Frage.

Anabole Substanzen

Kommt es unter einer Bisphosphonat Therapie zu weiteren Wirbelkörperfrakturen, stehen mit der Gabe von Parathormon, welches die Knochenneubildung stimuliert, zwei weitere Wirkstoffe zur Verfügung. Teriparatid (PTH 1-34) im Handel als Forsteo® und das längere Parathormon (PTH 1-84) mit dem Handelsnamen Preotact®. Diese Substanzen werden über einen Zeitraum von 18 bzw. 24 Monaten einmal täglich subkutan (unter die Haut) injiziert.

Eine ebenfalls zur Osteoporosebehandlung zugelassene Substanz ist Strontiumranelat (Protelos®). Experimentelle Untersuchungen weisen auf einen dualen Wirkungsmechanismus im Sinne einer Förderung der Knochenneubildung und Verhinderung des Knochenabbaus hin. Langzeitdaten liegen aber bisher noch nicht vor.

Zur unterstützenden Behandlung stehen als Basistherapie kombinierte Vitamin D und Calciumpräparate zur Verfügung. Jede spezifische Osteoporosetherapie muss von einer Basismedikation begleitet sein.

Der Einsatz von Calcitoninen und Fluoriden wurde durch die einfachere Anwendung und die bessere und gesicherte Wirkung der oben angeführten Medikamente in der Verwendung deutlich eingeschränkt.

Die Hormonersatztherapie ist derzeit auf Grund der aktuellen Datenlage zur Osteoporosetherapie nicht zugelassen.

Vorbeugung der Osteoporose

Regelmäßige körperliche Aktivität

Ausgewogene, vollwertige Ernährung (calciumreich)

Verminderung des Sturzrisikos (barrierefreies Wohnen)

Verringerung des Alkoholkonsums und Nikotinkarenz

Fallbericht

Eine 72-jährige pensionierte Bibliothekarin verbringt die meiste Zeit zu Hause mit Lesen und dem Sammeln alter Bücher. Ihr Hobby war auch stets ihr Beruf. Sport und körperliche Bewegung hat sie nie interessiert, selbst der kurze Weg zur Berufsstätte wurde nicht zu Fuß zurückgelegt. Seit ihrem 20. Lebensjahr raucht sie. Im Rahmen ihrer nächtlichen Lesestunden trinkt sie auch reichlich Kaffee. Während eines Einkaufsbummels kam sie auf einem winterlich rutschigen Gehsteig zu Sturz und wurde mit Verdacht auf Schenkelhalsbruch ins Krankenhaus eingeliefert. Der typisch nach außen gedrehte Fuß und das Röntgenbild bestätigten den Verdacht einer Schenkelhalsfraktur, begünstigt durch

eine über das Alter fortgeschrittene Osteoporose. Ein mehrwöchiger Krankenhausaufenthalt war die Folge.

Kommentar: Der Schenkelhalsbruch ist besonders bei über 70-Jährigen häufig und wird durch eine verminderte Knochenmineraldichte begünstigt. Daher ist es gerade im höheren Lebensalter wichtig, zusätzliche Risikofaktoren zu vermeiden. Stürze sollten unbedingt vermieden werden, man sollte glatte rutschige Wege meiden sowie Barrieren in der Wohnung (Stufen etc.) aus dem Weg räumen. Begünstigende Faktoren für die Entstehung einer über das Alter hinausgehenden verminderten Knochendichte sind Bewegungsarmut, insgesamt geringe sportliche Betätigung sowie der Nikotingenuss.

Weichteilrheumatismus

Es handelt sich um Schmerzzustände an Sehnen, Muskeln, Nerven, Bändern und Schleimbeuteln verschiedenster Ursachen.

Hauptursachen sind akute und chronische Traumen, auch Sportverletzungen, Haltungsschäden, entzündlich rheumatische Erkrankungen etc.

Die Schmerzintensität ist unterschiedlich und die Prognose meist gut (es kommt in der Regel zu keinen Gelenkerstörungen).

Die Diagnose ergibt sich aus typischen Symptomen, klinischer Untersuchung, eventuell Röntgen und Ultraschall (Verkalkungen, Sehneneinrisse).

Das Labor zeigt im Gegensatz zum entzündlichen Rheumatismus in der Regel keine Auffälligkeiten. Die Entzündungsparameter (Blutsenkungsreaktion, CRP) sind nicht erhöht.

Nacken-Schulter-Region

Periarthritis humeroscapularis (PHS, schmerzhafte Schultersteife)

Es handelt sich um einen Sammelbegriff häufiger Schädigungen im Bereich der Weichteile (um das Schultergelenk) wie Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln, ohne das Gelenk selbst zu betreffen. Die Muskeln und Sehnen der Rotatorenmanschette (Muskeln, die das Schultergelenk umgeben) können sich entzünden, (ein)reißen und später verkalken.

Die Folge sind starke Schmerzen und eine Bewegungseinschränkung („Steife“) im Bereich der Schulter.

Als Folge eines Kalkeinbruchs in den Schleimbeutel oder eines Traumas kann auch zu einer akuten Schleimbeutelentzündung (Bursitis) kommen.

Ellenbogenregion

Epicondylitis lateralis

Schmerzhafter Sehnen und Muskelansatz am Ellbogen meist durch Überlastung oder Fehlbelastung ausgelöst (sog. „Tennisellbogen“).

Bursitis olecrani

Schmerzhafte Schwellung im Bereich des Schleimbeutels des Ellbogens als Folge eines Traumas oder einer längeren Druckbelastung.

Knöchelregion**Achillessehnenentzündungen**

Diese werden ausgelöst durch Traumen, Sport, falsches Schuhwerk, aber auch durch entzündliche Gelenkerkrankungen.

Pannikulose

Es handelt sich um eine nichtentzündliche Erkrankung des Unterhautzellgewebes (fälschlicherweise auch als „Zellulitis“ bezeichnet), die überwiegend bei klimakterischen Frauen vorkommt und in der Regel als harmlos zu bezeichnen ist.

Die Erkrankung zeigt sich als polsterförmige Fettgewebsvermehrung; die darüber liegenden Hautpartien zeigen sich oft großporig im Sinne eines „Orangenschalenphänomens“.

Fibromyalgie

Die Fibromyalgie ist charakterisiert durch eher heftige diffuse Schmerzen des Muskelapparats und des Skeletts, Morgensteifigkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen und häufig eine niedergeschlagene Stimmungslage. Häufiger sind Frauen betroffen.

Da sichere apparative und laborchemische Diagnosekriterien fehlen, werden Patienten mit ihrer Erkrankung leider oft nicht ernst genommen und als psychisch krank abgestempelt.

Nach heutiger Sicht begünstigen die Entwicklung einer Fibromyalgie eine chronische Schlafstörung, physische Verletzungen, Infektionen, chronischer, schlecht verarbeiteter privater und beruflicher Stress und möglicherweise eine veränderte Schmerzverarbeitung. Eine eindeutige Ursache ist aber nicht bekannt.

Die Diagnose beruht auf dem Nachweis erhöhter Druckempfindlichkeit bzw. Druckschmerzen an bestimmten Sehnenansatzstellen (typische Fibromyalgie-Druckpunkte, Hinterhaupt, Nacken, 2. Rippe, Epikondylen ...).

Die Behandlung beinhaltet kognitive Verhaltenstherapie, Antidepressiva und physikalische Maßnahmen. Schmerzmittel haben meist keinen Effekt. Möglicherweise profitieren Patienten von Fitnesstraining.

Familiäres Mittelmeerfieber

Ein Fallbericht über ein seltenes Krankheitsbild

Eine heute 35-jährige Patientin leidet seit ihrem 20. Lebensjahr an regelmäßig einmal im Monat auftretenden Bauchschmerzattacken mit Fieber. Diese sind sehr heftig und dauern ein bis drei Tage. Daneben hat sie auch immer wieder Gelenkschmerzattacken, die meist die Knie- und Sprunggelenke betreffen und mit Schwellungen und Schmerzen einhergehen. Die Gelenkschmerzen treten seltener auf, dauern aber länger, üblicherweise zwei Wochen. Dazwischen immer wieder beschwerdefreie Phasen. Die Patientin hat zahlreiche Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte hinter sich. Schließlich wurde auch eine Depression als Ursache der Beschwerden vermutet und eine entsprechende stimmungsaufhellende Medikation eingeleitet. Die Symptomatik besserte sich nicht. Die Patientin war sehr deprimiert und suchte schließlich gemeinsam mit ihrem Ehemann einen rheumatologischen Internisten auf.

Bei der weiteren Abklärung war auffällig, dass in den Bauchschmerzphasen bzw. wenn ein Gelenk geschwollen war, die Entzündungszeichen im Blut deutlich erhöht waren, dazwischen waren alle Laborparameter im Normbereich. Auf Befragen war erhebbar, dass eine in einem anderen Land lebende Schwester ebenfalls an einer ähnlichen Symptomatik leidet. Bei ihr wurde bereits eine Gallenblasen-Operation wegen der Bauchbeschwerden durchgeführt; eine wirkliche Verbesserung der Beschwerden konnte aber nicht erreicht werden. Bei der Schwester war die Gelenksymptomatik – vor allem im Bereich der Kniegelenke – noch ausgeprägter.

Schließlich wurde aufgrund des langjährigen typischen Verlaufs, der regionalen Herkunft der Geschwister aus der Türkei und der Symptomatik die Diagnose eines familiären Mittelmeerfiebers gestellt und eine Colchicin-Therapie eingeleitet, wodurch eine anhaltende Beschwerde- und Fieberfreiheit erreicht werden konnte.

Kommentar: Bei diesem in Mitteleuropa sehr seltenen Krankheitsbild handelt es sich um ein familiäres Mittelmeerfieber, das besonders bei Bewohnern der Levante (Türkei, Syrien, Israel etc.) vorkommt und durch periodische Bauchschmerzen, Fieberschübe und Gelenkattacken gekennzeichnet ist. Unbehandelt führt die Erkrankung meist zu einer Amyloidose mit konsekutivem Nierenversagen innerhalb von Jahren. Durch eine niedrig dosierte Therapie mit Colchicin, dem Alkaloid der Herbstzeitlose, kann meist die Beschwerdesymptomatik dramatisch verbessert und das Nierenversagen verhindert werden. Es erscheint wichtig, insbesondere bei Bewohnern aus dem östlichen Mittelmeerraum, an diese Krankheit zu denken.

Rheumatische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Man kann zwei Gruppen unterscheiden, eine chronische und eine häufiger auftretende postinfektiöse Form.

Die postinfektiöse (reaktive) Arthritis tritt (meist ein bis vier Wochen) nach einem Infekt auf, befällt meist nur wenige Gelenke (ein bis drei) und heilt innerhalb kurzer Zeit (weniger als zwölf Wochen) ohne Folgezustände aus.

Die chronischen Formen sind seltener und werden unter dem Begriff juvenile idiopathische Arthritis (JIA) zusammengefasst.

Man unterscheidet zwischen oligoartikulärem (bis zu vier Gelenke betroffen) und polyartikulärem Verlauf (mehr als vier Gelenke); auch ein so genannter systemischer Befall ist möglich (Beteiligung von Augen, Haut oder inneren Organe). Die chronischen Verläufe beginnen eher schleichend und der Begriff chronisch drückt die Gefahr aus, dass sich im Verlaufe der Erkrankung Knorpel- und Knochenschädigungen entwickeln.

Die JIA ist kein einheitliches Krankheitsbild. Man unterscheidet verschiedene Subtypen.

Die juvenilen idiopathischen Arthritiden (JIA)

Systemische JIA (Still-Syndrom)

Beginnt überwiegend im Kleinkindesalter mit hohem Fieber und ist die schwerste polyarthritische Form bei Kindern. Schubweise auftretendes Fieber bis 40 Grad oft über Wochen einhergehend mit kleinen rötlichen Flecken auf der Haut sowie eine Anschwellung von Lymphknoten und Vergrößerung von Leber und Milz sind typisch. Auch eine Herzbeutelentzündung und starke Bauchschmerzen als Folge einer Beteiligung des Bauchfells kommen vor. Die Gelenkbeteiligung entwickelt sich oft erst nach Wochen bis Monaten.

Bei längerem Verlauf der Erkrankung können Zerstörungen der Hand- und Hüftgelenke auftreten. Die Erkrankung verläuft oft in Schüben, d. h. Zeiten von Beschwerdefreiheit wechseln mit dem Aufflackern der Erkrankung ab. Bei einem Teil der Patienten heilt die Erkrankung vollständig aus, zirka 20% gehen in eine schwer behandelbare Polyarthritis mit ausgeprägten Gelenkdeformierungen über. Wachstumsstörungen teilweise auch als Folge einer Kortisontherapie kommen bei schweren Verläufen vor.

Fallbericht

Eine 16-jährige Patientin wurde mit wiederholten Fieberschüben, Schmerzen in zahlreichen großen und kleinen Gelenken und flüchtigen Hautausschlägen (während der Fieberschübe) in einem Bezirkskrankenhaus stationär aufgenommen. Eine umfangreiche Untersuchung ergab keinen Hinweis eines infektiösen bzw. septischen Ge-

schehens. Verschiedene Antibiotikagaben führte zu keiner Besserung. Die Patientin war in ihrer Befindlichkeit schwer beeinträchtigt, sie und ihre Eltern verzweifelt und ratlos.

Im Labor waren eine deutlich erhöhte Blutsenkungsreaktion als Ausdruck einer schweren Entzündung, eine leichte Blutarmut bei gleichzeitiger Erhöhung der weißen Blutzellen (Leukozyten) und auffallend eine massive Vermehrung des Speichereisens (Ferritin) feststellbar.

Eine hoch dosierte Kortisongabe führte dann prompt zu Fieber- und Schmerzfremheit.

Die Diagnose eines Still-Syndrom der jungen Erwachsenen wurde gestellt. Die täglichen Kortisondosen wurden langsam reduziert und die Patientin schließlich nach einem mehrwöchigen Krankenhausaufenthalt mit einer Dosis von 25 mg Prednisolon (= Kortison) entlassen. Ein weiteres Reduzieren der Medikamente und regelmäßige Kontrollen wurden vereinbart. Wurde das Prednisolon unter eine Tagesdosis von 15 mg abgesenkt, kam es wieder zu Fieber und Gelenkschmerzen. Die Patientin war sehr niedergeschlagen und gleichzeitig wegen der Kortisoneinnahme beunruhigt. Ein kurzfristiges komplettes Absetzen der Medikamente führte zu einer massiven Verschlechterung und wurde nicht toleriert.

Die Behandlung über viele Wochen bewirkte typische Kortisonnebenwirkungen wie Gewichtszunahme und die Entwicklung eines vorübergehenden so genannten „Vollmondgesichts“. Die Angst vor Knochenschwund und vor Störungen des Hormonhaushalts war präsent. Weiterhin konnte sie am Turnunterricht nicht teilnehmen und nur durch besonderen Fleiß hat sie die 6. Klasse Gymnasium trotz vieler Fehlstunden erfolgreich absolviert.

Nach dem Krankenhaus wurde sie in einer rheumatologischen Praxis betreut. Auf Grund der Seltenheit der Erkrankung hatte man nur wenig Erfahrung in der Behandlung. Es wurde eine zytostatische Basistherapie mit Methotrexat eingeleitet und nach guter Verträglichkeit versucht die Kortisonmedikation in kleinen Schritten „auszuschleichen“. Nach einem halben Jahr war die tägliche Dosis 7,5 mg ohne neuerliche Fieberschübe, nach zirka zwölf Monaten benötigte die Patientin kein Prednisolon mehr. Die Nebenwirkungen bildeten sich zurück, inzwischen war die 7. Klasse geschafft. Vereinzelt kam es alleine unter niedrig dosierten Methotrexat, das einmal wöchentlich eingenommen wurde, zu vorübergehenden Gelenkschmerzen ohne Schwellungen. Nach der Matura wurde Methotrexat abgesetzt.

Inzwischen ist sie erfolgreiche Studentin an einer Hochschule. Gelenkentzündungen und Fieberschübe sind nie mehr aufgetreten.

Kommentar: Das Still-Syndrom ist eine auch im Kleinkindesalter seltene systemische fieberhafte Gelenkerkrankung. Äußerst selten tritt diese Erkrankung als eine besondere Verlaufsform einer (chronischen)

Polyarthritis in der Adoleszenz auf und wird als adulte Form des Morbus Still oder Still-Syndrom des Erwachsenen bezeichnet.

Trotz oft längerfristig notwendiger Kortisongaben ist die Prognose in der Regel gut, chronische Verläufe sind aber möglich.

Auch bei diesem Fallbericht wird ersichtlich, dass man bei entzündlichen Gelenkerkrankungen häufig trotz der bekannten Nebenwirkungen auf vorübergehende Kortisongaben nicht verzichten kann. Diese können bedrohliche Organbeteiligungen verhindern und wahrscheinlich auch Gelenkzerstörungen verzögern.

Seronegative polyartikuläre JIA (Rheumafaktor negativ)

Die zweithäufigste kindliche Form kann im gesamten Kindesalter auftreten und befällt häufiger Mädchen. Der Rheumafaktor ist nicht nachweisbar und polyartikulär heißt, dass viele (oft acht bis zehn große und kleine) Gelenke betroffen sind. Es ist keine Beteiligung innerer Organe zu beobachten. Im Gelenkmuster überwiegt der symmetrische Befall, d. h. beide Körperhälften sind gleichermaßen betroffen.

Seropositive polyartikuläre JIA (Rheumafaktor positiv)

Entspricht der seropositiven Arthritis des Erwachsenenalters und macht circa 5 bis 10% der JIA aus. Betrifft häufiger Mädchen ab dem 8. Lebensjahr. Der Rheumafaktor ist im Blut nachweisbar. Es können nahezu alle Gelenke einschließlich Sehnenscheiden betroffen sein. Bereits nach Monaten können Gelenkschäden auftreten. Daher ist eine frühzeitige medikamentöse Behandlung notwendig.

Frühkindliche Oligoarthritis (ältere Bezeichnung: Oligoarthritis Typ I)

Der Krankheitsbeginn liegt im Kleinkindesalter, Mädchen sind viel häufiger betroffen. Betroffen sind meist nur wenige große Gelenke; beginnt auch oft mit Schmerzen und Schwellung nur eines Gelenks (z. B. Knie- oder Sprunggelenk). In der Folge können zwei Verläufe unterschieden werden, eine persistierende Oligoarthritis, bei der nie mehr als vier Gelenke erkrankt sind, und eine Variante, bei der es nach sechs Monaten zum Befall von mehreren Gelenken kommt.

Antinukleäre Antikörper (ANA) sind im Blut in circa 70% nachweisbar.

Als gefährliche Komplikation kann es zu einer Augenbeteiligung im Sinne einer Iridozyklitis (Entzündung der Regenbogenhaut) kommen. Diese ist gefürchtet, da sie oft ohne Rötung und Augenschmerzen verläuft und zu Erblindung führen kann. Bei rheumakranken Kindern und speziell nach Diagnosestellung dieser Verlaufsform sind regelmäßige Augenuntersuchungen notwendig.

Ein Ausheilen der Gelenkerkrankung ist möglich.

Enthesitis assoziierte Oligoarthritis (ältere Bezeichnung: Oligoarthritis Typ II)

An dieser Form erkranken meist Buben nach dem 10. Lebensjahr. Es sind meist nur wenige Gelenke betroffen, typischerweise Knie-, Sprung- oder Hüftgelenk. Häufig kommt es zu einer Beteiligung der Sehnenansätze (Enthesitis). Besonders betroffen ist die Ferse am Ansatz der Achillessehne.

Die Jugendlichen klagen auch häufig über Schmerzen im Rücken als Folge einer Entzündung der Kreuz-Darmbein-Gelenke (Sacroiliitis). Diese tritt meist erst mehrere Jahre nach Krankheitsbeginn auf. Dann spricht man von einer juvenilen Spondarthritis (= Entzündung der Wirbelsäule).

Eine Augenentzündung im Sinne einer akuten Iridozyklitis mit Schmerzen, Rötung und Lichtscheue ist möglich; bei sofortiger Behandlung entstehen keine bleibenden Schäden.

Bei 90% ist das HLA B27 (Human Leucocyte Antigen) positiv.

Die Erkrankung verläuft meistens in Schüben, kann in jedem Krankheitsstadium ausheilen oder auch im Spätstadium (ab dem 20. Lebensjahr) in einen Morbus Bechterew übergehen.

Therapie des kindlichen Rheumas

Um Gelenkdeformierungen, Wachstumsstörungen und Organbeteiligungen (z. B. Augen) zu vermeiden, ist ebenso wie im Erwachsenenalter eine frühzeitige und aggressive Therapie notwendig. Die Behandlung ist eine Kombination aus medikamentösen Maßnahmen, Physiotherapie und Ergotherapie. Die medikamentöse Therapie gliedert sich in drei Gruppen von Medikamenten.



Abb. 17. Schwellung der Kniegelenke bei juveniler Arthritis (aus Thumb et al., 2001)

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)

Es handelt sich um Substanzen mit schmerzlindernder, abschwellender Wirkung ohne Kortison (= nicht steroidal).

Substanzen mit langer Erfahrung bei Kindern sind Naproxen (z. B. Proxen-Saft), Diclofenac (z. B. Voltaren) und Indometacin (z. B. Indocid).

Bei zirka einem Drittel der Kinder werden diese Medikamente ausreichen. Bei unzureichendem Ansprechen sowie bei allen fortschreitenden rheumatischen Erkrankungen werden Basistherapeutika eingesetzt.

Basistherapeutika (DMARDS = Disease Modifying Antirheumatic Drugs)

Diese immunmodulierenden Medikamente verhindern oder verzögern zumindest das Fortschreiten der Erkrankung.

Es wird vor allem Methotrexat (MTX) bei JIA mit verstärkter entzündlicher Aktivität verwendet. MTX ist gut wirksam, vergleichsweise nebenwirkungsarm und kortisonsparend. Es wird meist einmal pro Woche in Tablettenform eingenommen oder bei unzureichendem Ansprechen injiziert.

Salazopyrin wird vor allem bei Kindern mit HLA-B27-assoziierten Oligoarthritis verwendet.

Die früher häufiger verwendeten Goldpräparate sollten auf Grund ihrer Nebenwirkungen nur mehr in Ausnahmefällen verwendet werden.

Kortison

Diese Medikamente wirken akut schmerzlindernd, die Langzeitanwendung ist aber auf Grund der bekannten Nebenwirkungen problematisch. Neben einer Wachstumsverminderung zeigen sich bei Kindern auch Zeichen der Abhängigkeit. Kortison sollte daher möglichst sparsam und wenn möglich nur lokal (z. B. als Salbe am Auge oder ins Gelenk injiziert) verabreicht werden.

Biologika

Die derzeit sicherlich vielversprechendste neue Therapie ist der Einsatz von TNF-Alpha-Blockern sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern. Obwohl die Ursache der rheumatoiden Arthritis nach wie vor unklar ist, weiß man, dass TNF Alpha bei der Gelenkschwellung und Zerstörung eine wesentliche Rolle spielt. Etanercept (Enbrel®) ist bereits seit geraumer Zeit auch für Kinder zugelassen, weitere werden in Kürze folgen.

Die Substanz wird zwei Mal pro Woche injiziert und wirkt oft schon nach wenigen Gaben.

Fallbeispiel: Gelenkrheuma im Kindesalter

Ein 14-jähriger Patient hatte erstmals mit 7 Jahren vorübergehende Schmerzen in den Kniekehlen, die als Wachstumsschmerzen und Eisen-

mangel angesehen wurden. Später kam es zu Hüftproblemen, mit 12 Jahren erstmals zu schmerzhaften Schwellungen beider Knöchel sowie Fersenschmerzen. Der Bub musste oft hinken und humpeln, fühlte sich insgesamt geschwächt und kam erschöpft von der Schule nach Hause. Am Morgen war er über 1 Stunde, oft auch über den ganzen Tag, relativ steif. Er konnte kaum mehr Sport betreiben und im Winter auch erstmals nicht mehr Schifahren. Vor 1 Jahr sind auch Kreuzschmerzen im Sitzen und bei körperlicher Belastung dazugekommen.

Der Bub wurde an eine bekannte Rheumaklinik für Kinder und Jugendliche verwiesen, wo sich ein 13-jähriger, schwer kranker, blasser Junge präsentierte, der in seiner Aktivität erheblich beeinträchtigt war.

Es wurde die Diagnose einer juvenilen idiopathischen Arthritis im Sinne einer Enthesitis-assoziierten Arthritis gestellt. HLA B27 war in der Blutuntersuchung nachweisbar. Eine gezielte Schmerz- und Bewegungstherapie wurde eingeleitet und in weiterer Folge eine Basistherapie mit Methotrexat begonnen; zunächst in Form von Tabletten, die nicht gut toleriert wurden. Auf Grund einer unzureichenden Wirkung und der schlechten Verträglichkeit wurde nun eine Methotrexat-Lösung in Form von 17,5 mg 1x pro Woche in einem Getränk, z.B. in Cola, verabreicht. Schließlich wurde, da weiterhin Entzündungszeichen und röntgenologisch schon im Sprunggelenk Veränderungen zu erkennen waren, neben einer Kortison-Applikation ins Gelenk auf eine Methotrexat-Injektionstherapie mit einer einmaligen wöchentlichen Gabe von 25 mg umgestellt.

Weiterhin zeigte sich kein zufrieden stellendes Ergebnis und der junge Patient klagte über zahlreiche schmerzhaft und geschwollene Gelenke. Es musste ein Kniegelenk punktiert werden; 2x wurde sogar ein intravenöser Kortison-Stoß verabreicht.

Schließlich entschloss man sich zu einer Biological-Therapie in Form einer 2x wöchentlichen Injektion, die unter die Haut gespritzt wird. Die Medikation wurde erfreulicherweise sehr gut vertragen.

Nach 3 Monaten war er ohne Schmerzen, Schwellungen und Morgensteifigkeit. In weiterer Folge konnte auch Methotrexat reduziert werden.

Ein Schmerzmittel wird nur noch bei Bedarf genommen.

Kommentar: Der heute 14-jährige erkrankte mit 7 Jahren an einer juvenilen idiopathischen Arthritis. Unter einer kombinierten Basistherapie mit Methotrexat und Biological konnte ein erfreulich stabiler Verlauf erreicht werden.

Die Lebensfreude des heranwachsenden Jugendlichen hat sich deutlich gebessert.

Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist der rasche und wirkungsvolle Einsatz von Basistherapeutika notwendig, um ein Fortschreiten der

Erkrankung und entsprechende Gelenkschäden zu verhindern. Mit einer Kortisontherapie ist man im Kindesalter auf Grund der Nebenwirkungen sehr zurückhaltend.

Naturgemäß ist auch bei diesem Krankheitsverlauf eine engmaschige ärztliche Kontrolle und Überwachung notwendig. Vor und während der Therapie sind regelmäßige apparative und laborchemische Befunde zu erheben.

Auch augenfachärztliche Untersuchungen sind notwendig, da es im Rahmen dieser Erkrankung im Kinder- und Jugendalter zur Ausbildung einer rheumatischen Augenentzündung kommen kann.

Medikamentöse Therapie rheumatischer Erkrankungen

Schon in der Antike wurde die Herbstzeitlose aus Asien gebracht und zunächst als Heilmittel gegen die Gicht eingesetzt, vorübergehend vergessen und einige Jahrhunderte später dann als „Allheilmittel“ auch gegen alle Gelenkerkrankungen empfohlen. Bis vor kurzem war das aktive Alkaloid der Herbstzeitlose, das Colchizin, auch eine Standardtherapie der Gichterkrankung und wird noch heute in manchen romanischen Ländern eingesetzt.

Reverend Edmond Stone aus Oxfordshire beobachtete die gute Wirkung von Weidenrinde gegen Schmerzen und Fieber und schrieb im Jahre 1763 einen Brief über die erfolgreiche Behandlung von 50 Patienten an die Royal Society in London.

Johann Buchner vom Pharmakologischen Institut in München isolierte im Jahre 1828 erstmals die aktive Komponente dieser Weidenrinde, die er Salizyl nannte. Die Salizylsäure wurde in der Folge bei Gelenkrheumatismus eingesetzt; nach der Synthese von Hoffmann wurde 1899 erstmalig Acetylsalizylsäure von der Firma Bayer kommerziell als Aspirin hergestellt.

1946 begann die moderne Ära der nichtsteroidalen Antirheumatika mit der Synthetisierung von Phenylbutazon (Butazolidin). 1958 wurde Indomethacin entwickelt (Indocid), in weiterer Folge zahlreiche weitere Antirheumatika. 1971 beschrieb Sir John Vane den Wirkungsmechanismus der Analgetika durch eine Hemmung der Prostaglandinsynthese durch das Enzym Cyclooxygenase. 1989 entdeckte Nidleman das Vorhandensein von zwei Cyclooxygenasen (COX I und COX II).

Kortison wurde 1948 erstmals zur Behandlung der chronischen Polyarthrits eingesetzt. Es zeigten sich spontane und dramatische Erfolge; jedoch nach anfänglicher Euphorie war man aufgrund der Nebenwirkungen, die bei einer Langzeittherapie auftreten, sehr ernüchtert. Daher versucht man heute, nur kurzfristig höhere Dosen in Schubsituationen zu verabreichen und, wenn notwendig, Langzeittherapien mit der niedrigst möglichen Dosis durchzuführen.

ren. Verzichten kann man auf dieses Medikament bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen nicht.

Alleine in Österreich sind derzeit ca. 80 verschiedene Analgetika zugelassen. Über 30 Mio. Menschen weltweit nehmen täglich Schmerztabletten ein. Ein Viertel aller medikamentösen Nebenwirkungen sind durch nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) verursacht.

Medikamentöse Schmerztherapie

Analgetika

Analgetika haben die Beseitigung des Symptomschmerzes zum Ziel. Sie beseitigen nicht die Ursache des Schmerzes und beeinflussen nicht die Entzündung. Diese Gruppe von Schmerzmittel wird eingesetzt bei weichteilrheumatischen Beschwerden, Gelenkschmerzen, bei abnützungsbedingten Gelenkschmerzen, Wirbelsäulenbeschwerden und eventuell als zusätzliche Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika zur Verstärkung der schmerzlindernden Wirkung.

Dazu gehören Nichtopiate wie *Paracetamol*. Diese Substanz wird zur Schmerzlinderung und Fiebersenkung auch häufig bei grippalen Infekten bis zu einer Dosis von 2–3 g pro Tag eingesetzt (z. B. Mexalen®).

Metamizol (Novalgin®) wird ebenfalls zur Behandlung von Schmerzzuständen und zur Fiebersenkung eingesetzt. Seltene, aber gefürchtete Nebenwirkungen sind Veränderungen des Blutbildes.

Kombinationspräparate führen meist zu keiner Wirkungsverbesserung, eine Kombination mit Koffein ist wegen einer möglichen Abhängigkeitsentwicklung umstritten.

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) hemmen die Funktion von Prostaglandinen, d. h. von Mediatoren, die im traumatisierten bzw. entzündeten Gewebe, aber auch im Gefolge von Gewebsschäden im zentralen Nervensystem gebildet werden. Prostaglandine werden zu Arachidonsäuren durch das Enzym Cyclooxygenase (COX) synthetisiert. Seit 1989 weiß man, dass es zwei Subtypen von Cyclooxygenasen gibt, die Cyclooxygenase I und die Cyclooxygenase II. Die im Körper gebildeten Prostaglandine sind nicht nur für die Schmerzentstehung verantwortlich, sondern sie haben auch so genannte „gute“ Eigenschaften, sie fördern die Zellregeneration, Schleimproduktion und Durchblutung im Magen. Daneben beeinflussen sie auch Vorgänge der Blutgerinnung etc. Die Schmerzentstehung wird durch das Enzym Cyclooxygenase II, die letztgenannten Eigenschaften durch Cyclooxygenase I vermittelt. Alle herkömmlichen nichtsteroidalen Antirheumatika haben ihre Wirkung durch eine Blockade der Cyclooxygenasen I und II vermittelt, d. h. sie beeinflussen die Schmerzentstehung, aber sie hemmen auch z. B. die

Durchblutung, Zellregeneration und Schleimbildung im Magen und führen zu den gefährlichen Nebenwirkungen der nichtsteroidalen Antirheumatika wie Magengeschwüre, Magenblutung und Perforation.

In den letzten Jahren gelang es, nach Entdeckung der Cyclooxygenase II, Substanzen (Coxibe) zu entwickeln, die allein die Cyclooxygenase II hemmen und dadurch eine insbesondere im Bezug auf den Magen-Darm-Trakt wesentlich geringere Nebenwirkungsrate aufweisen.

Nichtsteroidale Antirheumatika werden rasch im Magen-Darm-Trakt aufgenommen, d.h. eine Injektion von Antirheumatika ist in den meisten Fällen nicht mehr notwendig, die modernen Tabletten haben eine rasche und ähnlich gute Wirkung wie eine Injektion. Durch Eiweißbindung reichern sie sich vor allem im entzündeten Gewebe, aber auch im Magen-Darm-Trakt, in der Niere und im Knochenmark an. Sie bewirken eine Senkung der Erregbarkeit von Schmerzrezeptoren und im Zentralnervensystem durch Blockade der Prostaglandinsynthese ebenso eine Schmerzhemmung und eine Fiebersenkung.

Nichtsteroidale Antirheumatika sind, wie der Name sagt, kortisonfrei, sie wirken schmerzhemmend und antientzündlich. Sie werden bei allen Formen der entzündlichen Gelenkerkrankungen, aber auch bei abnützungsbedingten Gelenkschmerzen, bei Wirbelsäulenbeschwerden und Zahnschmerzen mit Erfolg eingesetzt; ebenso bei Schmerzen nach Operationen und bei regelbedingten Schmerzzuständen.

Unbedingt sollte die Einnahme und Einstellung auf ein nichtsteroidales Antirheumatikum unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, ebenso wie eine ausreichende, aber die Nebenwirkung bedenkende Dosierung. Bei fehlendem Ansprechen sollte spätestens nach einer Woche ein Wechsel auf ein anderes Antirheumatikum erfolgen. Eine Kombination mehrerer Antirheumatika ist nicht zulässig, wohl aber kann bei ungenügender Wirksamkeit von NSAR ein schwach wirksames Opiat zugegeben werden. Bei längerer Einnahme sind Blutkontrollen (Leber- und Nierenwerte, Blutbild) in dreimonatigen Abständen empfehlenswert.

Bei den herkömmlichen Antirheumatika kommt es nicht selten, insbesondere in höherer Dosierung, zu Nebenwirkungen am Magen-Darm-Trakt, wie Symptome einer Gastritis bis zu Geschwüren, Blutungen und Perforationen. Durch die schmerzhemmende Wirkung der Analgetika werden diese Symptome aber oft verschleiert. Daher ist z. B. auch bei längerer Einnahme in höherer Dosierung auf die Stuhlfarbe zu achten. Ein schwarzer Stuhl kann auf eine Magen-Darm-Blutung hinweisen.

Mäßige Blutdruckerhöhungen um ca. 5 mm Hg sind bei chronischer Schmerzmitteleinnahme typisch, ebenso kann es zu Ödemen im Bereich der Knöchel, aber auch zu Schwindelzuständen bei Einnahme älterer Antirheumatika kommen. Patienten mit Magenerkrankungen in Vorgeschichte und Patienten, die längerfristig oder hochdosiert Antirheumatika einnehmen, wird zusätzlich ein Magenschutz empfohlen. Gut verträglich sind hierfür die Protonenpumpenhemmer (PPI).

Coxibe

Diese hemmen nur das Enzym Cyclooxygenase II, dies wird bei Entzündung und Gewebsschädigung gebildet und induziert den Schmerz. Sie hemmen nicht Cyclooxygenase I, das so genannte „gute Prostaglandine“ bildet, welche für die Schleimhautdurchblutung, Schleimhautregeneration und verminderte Säuresekretion im Magen-Darm-Trakt und verbesserte Nierendurchblutung etc. verantwortlich sind. Sie sind schmerzlindernd und entzündungshemmend wie die klassischen nichtsteroidalen Antirheumatika, haben aber aufgrund ihrer selektiven Wirkung keine Nebenwirkungen am Magen-Darm-Trakt, jedoch die gleiche Nebenwirkung an der Niere und keinen Einfluss auf die Blutplättchenfunktion. Sie dürfen in der Schwangerschaft und Stillzeit ebenso wie die klassischen nichtsteroidalen Antirheumatika nicht angewendet werden.

Auf Grund potentieller Nebenwirkungen im Sinne eines vermehrten Auftretens von Herz-Kreislauferkrankungen sind die verschreibbaren Coxibe bei koronarer Herzerkrankung und eingeschränkter Herzleistung nicht indiziert.

Alle nichtsteroidalen Antirheumatika sollten bevorzugt während oder nach den Mahlzeiten eingenommen werden. Am Abend ist ein länger wirksames Präparat (Retard-Präparat) zu bevorzugen. Immer ist die Tageshöchstdosis zu bedenken, diese darf nicht überschritten werden.

Allgemein kann gesagt werden, dass Tabletten, Zäpfchen oder Spritzen die gleiche Wirkung, aber auch die gleichen Nebenwirkungen im Magen-Darm-Trakt entwickeln.

Die Behandlungsdauer ist sehr unterschiedlich. Bei akuten Gichtanfällen wird z. B. nur eine kurzfristige ein- bis dreiwöchige Behandlung notwendig sein, bei rheumatoider Arthritis ist oft eine lange Schmerzmitteleinnahme notwendig.

Erfreulicherweise sind gefährliche Nebenwirkungen selten, sie kommen aber vor. Die Beipackzettel der Medikamente zählen natürlich jede nur mögliche, im Einzelfall eventuell auch nur einmal aufgetretene schwere Nebenwirkung auf. Damit möchte sich die pharmazeutische Industrie vor möglichen Schadenersatzforderungen schützen.

Schwach wirksame Opiate

Schwach wirksame Opiate werden bei chronischen Schmerzen eingesetzt, die alleine durch Analgetika oder nichtsteroidale Antirheumatika nicht behandelt werden können (Tramadol, z. B. Tramal, Tramundal, Tramabene). Eine Therapie mit Opiaten wird bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen kontrovers diskutiert. Die Anwendung schwach wirksamer Opiate ist möglich bei chronischen Rückenschmerzen infolge degenerativer Veränderungen und als Zusatztherapie bei entzündlichen Gelenkerkrankungen, wenn nichtsteroi-

Wirksubstanz	Handelsname	max. Dosierung	Kommentar
Acetylsalicylsäure	Aspirin		bes. hohe Nebenwirkungsrate am Magen/Darm-Trakt, kommt in der Rheumatologie kaum mehr zur Anwendung
Diclofenac	Voltaren Diclofenac Diclobene Deflamat	150 (200) mg	klassisches Antirheumatikum, mit dem in Europa alle andere Substanzen verglichen werden, in mittlerer und höherer Dosis auch Nebenwirkungen am Magen/Darm-Trakt
Ibuprofen	Dolgit Brufen	2,4 g	über Jahre gut wirksames Antirheumatikum, in höheren Dosen (ab 1200 g) auch vermehrt Nebenwirkungen am Magen-Darm-Trakt
Naproxen	Proxen	1000 mg	länger wirksames Medikament, Vorsicht bei älteren Patienten
Indometacin	Indocid Indobene	150 mg	bes. Nebenwirkungen Schwindel, Sehstörungen; stärker wirksames, altes Antirheumatikum, das heute aufgrund der Nebenwirkungen kaum mehr eingesetzt wird
Piroxicam	Felden	20 mg	schlecht steuerbar aufgrund zu langer Wirkungsdauer, heute bei älteren Menschen nur mit Vorsicht einzusetzen
Meloxicam	Movalis	15 mg	gute Wirksamkeit in höheren Dosen, gute Magenverträglichkeit in niedrig. Dosen durch bevorzugte COX-II-Hemmung
Celecoxib	Celebrex	400 mg	selektiver COX-II-Hemmer, mögliche Nebenwirkungen auf Herz, Kreislaufsystem
Lornoxicam	Xefo	16 mg	gute schmerzstillende Wirkung; Nebenwirkung am Magen-Darm-Trakt in höheren Dosen möglich
Dexibuprofen	Seractil forte	1200 mg	rasch und eher kürzer wirksam; Nebenwirkung am Magen-Darm-Trakt in höheren Dosen möglich

Eine kleine Auswahl bekannter NSAR ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

dale Antirheumatika alleine nicht ausreichen, oder bei Schmerzzuständen, die im Gefolge immer wieder auftretender Entzündungen zu schweren Deformationen geführt haben (sekundäre Arthrosen).

Tramadol wird in Form von Tropfen, Kapseln oder als Retard-Präparat verabreicht und Dosen von 50–100 mg 2- bis 3-mal pro Tag werden gegeben.

Auch das stärker wirksame *Dihydrocodein* (Codidol®) kann in einer Dosierung von 2-mal 60 bis 2-mal 120 mg verabreicht werden. Diese Medikamente dürfen nur nach vorheriger Rücksprache mit dem Arzt verabreicht werden.

Obwohl die meisten Autoren eine Abhängigkeit bei diesen schwachen Opiaten ausschließen, sei doch auf die Möglichkeit hingewiesen.

Bei schweren Schmerzzuständen wie z. B. Bandscheibenschaden oder schweren Gelenkdestruktionen können, wenn schwach wirksame Opiate nicht ausreichend sind, auch starke Opiate durch einen erfahrenen Arzt mit gutem Ergebnis eingesetzt werden (z. B. in Form von Depotpflaster).

Insgesamt werden aber bei akut und chronisch entzündlichen Gelenkerkrankungen stark wirksame Opiate meist nicht benötigt.

Kortison

Kortison bzw. Glukokortikoide wurden erstmals 1948 zur Behandlung der chronischen Polyarthritis eingesetzt. Sie sind ein starker Entzündungshemmer und mit Kortison kann eine akute Schubsituation bei entzündlichen Gelenkerkrankungen am besten und raschesten beherrscht werden. Auch viele andere so genannte Autoimmunerkrankungen wie chronisch entzündliche Darmerkrankungen benötigen immer wieder bzw. in Schubsituationen Kortison. Bei schwerem Asthma bronchiale oder bei allergischem Schock kann es lebensrettend sein.

Kortison wird im Körper selbst in der Nebennierenrinde gebildet und vor allem am Morgen zwischen 6:00 und 8:00 Uhr ausgeschüttet. Wird nun dem Körper Kortison zugeführt, wird an das Gehirn gemeldet, die körpereigene Produktion zu senken, und die Nebennierenrinde wird nicht mehr zur Produktion von Kortison angeregt.

Nach der Einführung von Kortison herrschte eine große Euphorie aufgrund der prompten und raschen Wirkung mit einhergehender Abschwellung und Schmerzminderung oder manchmal auch Schmerzfreiheit. Es wurde in der Folge allerdings wahllos und in hohen Dosen Kortison eingenommen und es kam zu entsprechenden Nebenwirkungen durch zu hohe Einnahme über zu lange Zeit. Aus dieser Zeit rührt die noch immer große Angst vieler Patienten vor einer Kortisoneinnahme.

Heute wird Kortison in viel kontrollierterer Weise verabreicht und gefährliche Nebenwirkungen sind außerordentlich selten.

Bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen ist Kortison ein äußerst wichtiges Medikament zur Behandlung schwerer Schübe und bei schweren Ver-

laufsformen wird es in niedriger Dosierung unter entsprechender Kontrolle auch über längere Zeit angewendet.

In höheren Dosen in Schubsituationen (zwischen 25 und 50 mg Prednisolon mit sukzessiver langsamer Reduktion) über nur einige Wochen verabreicht, verursacht es meist keine bleibenden Nebenwirkungen.

Über längere Zeit sollten nur so genannte „lowdose“-Dosen unter 7,5 mg gegeben werden. In dieser Dosierung ist die Nebenwirkungsrate meist gering. Bei monate- oder sogar jahrelangen Kortisoneinnahmen über 7,5 mg pro Tag treten Wasserablagerungen im Gewebe, Veränderungen des Patienten wie Vollmondgesicht, Stiernacken, Gewichtszunahme, blaue Flecken und Bluthochdruck auf. Es kann zu einer Manifestation einer Zuckerkrankheit kommen.

Bei gleichzeitiger Einnahme mit nichtsteroidalen Antirheumatika ist die Gefahr der Nebenwirkungen am Magen-Darm-Trakt und der Ulkusbildung erhöht. Eine alleinige niedrig dosierte Kortisoneinnahme bewirkt keine vermehrte Nebenwirkungsrate im Sinne von Geschwüren im Magen-Darm-Trakt.

Schließlich kommt es bei längerer andauernder Einnahme auch zu Knochenschwund (Osteoporose) und am Auge kann es zu grauem und grünem Star kommen.

Trotzdem müssen heute noch viele Patienten mit chronisch entzündlichen Gelenkerkrankungen niedrige Kortisondosen zu ihren Basismedikamenten einnehmen. In den USA nehmen über 50 Prozent der Patienten mit rheumatoider Arthritis kleine Kortisondosen, in Europa etwa ein Drittel zusätzlich Steroide ein. Um möglichst geringe Nebenwirkungen zu haben oder lange niedrig dosierte (d. h. Dosis unter 7,5 mg pro Tag) Dosen aufrecht erhalten zu können, sollte das Medikament am Morgen vor 8:00 Uhr eingenommen werden, die niedrigst mögliche Dosis gefunden werden und eine Calcium- und Vitamin-D-reiche Kost zugeführt werden.

Weiters sollten regelmäßige Knochendichtemessungen durchgeführt werden und Calcium- und Vitamin-D-Präparate großzügig eingenommen werden. Außerdem sollten entsprechende Laboruntersuchungen auf Anraten des Arztes durchgeführt werden.

Es gilt heute als wahrscheinlich, das Kortison trotz seiner Nebenwirkungen das röntgenologisch nachweisbare Fortschreiten einer rheumatoiden Arthritis verzögern kann.

Basistherapeutika

Basistherapeutika werden eingesetzt, um das Fortschreiten der rheumatoiden Arthritis zu verhindern oder zumindest zu verzögern. Diese sind eine entscheidende, wenn nicht die entscheidende Säule in der Behandlung der rheumatoiden Arthritis. Basistherapeutika, auf Englisch auch als disease modifying drugs bezeichnet, haben keine primär schmerzlindernde Wirkung. Sie beeinflussen das Fortschreiten der Erkrankung, insbesondere sollen sie die

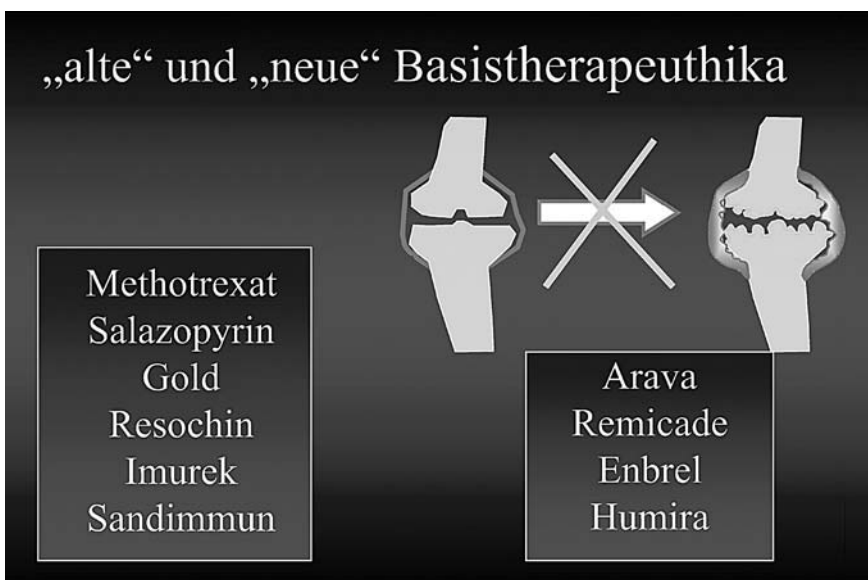


Abb. 18. Alte und neue Basistherapeutika

Zerstörung von Knorpel und Knochen verhindern. Während man früher, d. h. noch vor wenigen Jahrzehnten, primär eine Schmerztherapie empfohlen hat und erst nach einer längeren Beobachtungsperiode die damals zur Verfügung stehenden Substanzen eingesetzt hat, hat man heute ein gänzlich anderes Therapieprinzip. Basistherapeutika sollten so früh wie möglich, d. h. spätestens drei bis sechs Monate nach Beginn der Erkrankung, verordnet werden, um eine wirkungsvolle Beeinflussung des Krankheitsverlaufes zu gewährleisten. Man weiß heute, dass die Zerstörung des Gelenks, d. h. die Schädigung von Knochen und Knorpel, bereits sehr frühzeitig auftritt und dass nach zwei Jahren schon Teile des Gelenks unwiderruflich zerstört sind. Wird eine Basistherapie zu spät angefangen, ist der Effekt daher ein geringerer. Der Beginn einer Basisbehandlung erst nach mehr als zweijährigem Krankheitsverlauf ist daher nur von geringerem Erfolg. Jeder Patient mit einer chronischen Polyarthrits sollte daher, wenn keine Kontraindikationen bestehen, mit einer Basistherapie behandelt werden. Eine Kontraindikation gegen eine Basistherapie wäre mit Ausnahme von Salazopyrin die Schwangerschaft oder schwere konsumierende Erkrankungen.

Hat man früher zunächst mit schwächer wirksamen Medikamenten begonnen und in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf auf stärker wirksame Medikamente umgestellt, so hängt die Wahl des Basismedikamentes heute von der Krankheitsintensität ab. Basistherapeutika können auch kombiniert eingesetzt werden.

Der Wirkungsmechanismus der meisten Basistherapeutika ist nach wie vor nicht gänzlich geklärt. Sie greifen bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen direkt in den Krankheitsmechanismus ein und haben das Ziel, die Krankheit langfristig zu unterdrücken. Die Wirkungsintensität und die Verträglichkeit sind bei den einzelnen Medikamenten sehr unterschiedlich.

Chloroquin (Resochin®)

Diese als Mittel gegen Malaria entwickelten Substanzen werden bei milden Formen einer rheumatoiden Arthritis oder bei gelenkbetonten Formen eines systemischen Lupus erythematoses eingesetzt. In Österreich ist derzeit nur das Präparat Resochin im Handel. Ihre positive Wirkung auf den Gelenkschmerz wurde zufällig entdeckt, als amerikanischen Soldaten als Antimalariaprophylaxe in Südostasien Chloroquin verabreicht wurde und diese „Nebenwirkung“ bemerkt wurde. Sie werden in Form von einer Tablette pro Tag eingenommen, die Verträglichkeit ist gut. Seltene, aber gefährliche Nebenwirkungen betreffen das Auge; Resochin kann sich in die Hornhaut einlagern. Daher muss unter einer Resochintherapie alle drei bis vier Monate eine augenfachärztliche Untersuchung durchgeführt werden. Bei Einlagerung in die Hornhaut muss das Präparat abgesetzt werden. Die Einlagerung bildet sich bei Medikamentenpausierung wieder zurück und ist nach Absetzen ungefährlich. Resochin wirkt wie alle Basistherapeutika verzögert, sein Wirkungseintritt ist meist erst nach zwei bis drei Monaten zu bemerken.

Sulfasalazin (Salazopyrin®)

Salazopyrin wurde bereits nach 1940 zur Behandlung der chronischen Polyarthritis, der chronisch entzündlicher Darmerkrankungen und der damit assoziierten Gelenksbeschwerden erfolgreich eingesetzt und hat sich zur Behandlung von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa seit langem bewährt. Bezüglich der Effekte auf die Gelenke geriet es vorübergehend in Vergessenheit und wurde erst 1978 für die Behandlung der chronischen Polyarthritis wiederentdeckt. Salazopyrin wird häufiger in Europa als in Amerika bei leichten und mittelschweren Formen einer rheumatoiden Arthritis sowie auch zur Behandlung der Psoriasisarthritis verwendet. Salazopyrin wird in Form von 2-mal 2 Tabletten pro Tag eingenommen, kann bei Bedarf auch auf 3-mal 2 Tabletten je 500 mg gesteigert werden. Der Wirkungseintritt ist ungefähr nach sechs Wochen zu bemerken. Seltene, aber typische Nebenwirkungen sind Kopfschmerzen und Schwindelzustände, die zur Beendigung dieser Medikation führen.

Methotrexat (Methotrexat®, Ebetrexat®, Lantarel®)

Methotrexat (MTX) ist das weltweit am häufigsten eingesetzte Basistherapeutikum. Es wird in Form von Tabletten oder subkutanen (unter die Haut) oder

intramuskulären (in den Muskel) Injektionen 1-mal pro Woche verabreicht. Die Dosis variiert sehr zwischen 7,5 und 20 (oder 25) mg 1-mal pro Woche. Während man zu Beginn der Therapie vor mehr als zehn Jahren eher niedere Dosen (10–15 mg) verwendet hat, ist man heute unter guter Kenntnis von Wirkung und Nebenwirkung in der Behandlung aggressiver. Auch bei der kindlichen Arthritis wird Methotrexat erfolgreich eingesetzt. Methotrexat wurde ja schon seit einigen Jahrzehnten in der Tumorthherapie in vielfach höheren Dosen eingesetzt und hat sich in niedriger Dosierung aufgrund seiner guten Wirkung und im Wesentlichen wegen guter Verträglichkeit als wichtigstes Basistherapeutikum im letzten Jahrzehnt durchgesetzt. Der Wirkungseintritt ist wie bei anderen Basistherapeutika nicht sofort, sondern frühestens sechs Wochen nach Beginn der Behandlung. Aufgrund der möglichen Nebenwirkungen ist bei Methotrexat eine engmaschige Überwachung des Patienten (inklusive Labor und jährlichen Lungenuntersuchungen) notwendig. Meist wird zur besseren Verträglichkeit in den Tagen nach der Methotrexat-Einnahme ein Folsäurepräparat zugegeben. Bei Schwangerschaft, Leber- und Nierenerkrankungen sowie bei Alkoholmissbrauch darf das Präparat nicht verabreicht werden.

Leflunomid (Arava®)

Leflunomid ist in Österreich als Arava im Handel und seit 1999 zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis in Europa zugelassen. Es hat eine ähnliche Wirkungspotenz wie Methotrexat und wirkt möglicherweise schon früher, d.h. schon vier Wochen nach Beginn der Behandlung. Leflunomid wird täglich in Form von einer Tablette je 20 mg eingenommen. Auch bei Leflunomid sind, wie bei allen anderen Basistherapien, engmaschige klinische und Laborkontrollen notwendig. Die wichtigsten Nebenwirkungen sind Durchfall, Erhöhung der Leberwerte und Blutbildveränderungen. Auch seltene, aber gefährliche Lungenentzündungen sind möglich. Es darf während der Schwangerschaft und Stillzeit nicht genommen werden.

Goldpräparate

Goldpräparate werden seit 1927 als Basistherapeutika zur Behandlung der chronischen Polyarthritis eingesetzt. Der Einsatz der Goldpräparate hat in den letzten Jahren durch die Verwendung von neueren Medikamenten an Bedeutung verloren. Goldpräparate stehen daher heute nicht mehr an erster Stelle in der Behandlung der rheumatoiden Arthritis, sondern werden nur mehr dann eingesetzt, wenn aus irgendwelchen Gründen der Unverträglichkeit neuere Basistherapeutika nicht verwendet werden können. Gold wird in Form von intramuskulären Injektionen verabreicht, ist aber auch noch in Form eines schwächer wirksamen Präparates, in Tablettenform, erhältlich. Die Wirksamkeit von Goldsalzen ist in ihrer Potenz Methotrexat ähnlich, leider kommt es aber relativ häufig zu Nebenwirkungen und daher sind regelmäßige klinische und Laborkontrollen unbedingt notwendig. Der Wirkungseintritt ist erst nach

ca. drei Monaten zu erwarten. Häufige Nebenwirkungen sind Schädigung der Niere, der Leber, Haut- und Schleimhautveränderungen etc. Eine Kontraindikation besteht ebenfalls in der Schwangerschaft. Unter Goldmedikation sollte Sonnenbestrahlung aufgrund möglicher hautallergischer Nebenwirkungen vermieden werden.

D-Penicillamin

D-Penicillamin wird heute nur noch äußerst selten aufgrund seines Nebenwirkungsprofils verwendet. Es wird schlechter als Goldpräparate vertragen und wird nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

Azathioprin (Imurek®, Immunoprin®, Zytrim®, Azafalk®)

Azathioprin ist eine Substanz, die ebenfalls selten bei chronischer Polyarthrit is eingesetzt wird, nämlich dann, wenn neuere Präparate aufgrund einer eingeschränkten Nierenfunktion oder wegen einer Leberschädigung nicht eingenommen werden können. Azathioprin ist in Österreich als Imurek im Handel und wird häufig zur Behandlung des systemischen Lupus erythematoses und zur Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen verwendet. Auch wie bei allen anderen Medikamenten sind engmaschige klinische und Laborkontrollen notwendig. Azathioprin darf in der Schwangerschaft nicht verwendet werden, außerdem darf es nicht gleichzeitig mit harnsäuresenkenden Medikamenten verabreicht werden.

Selten kann es zu schwerwiegenden Blutbildveränderungen kommen, daher ist gerade zu Beginn der Behandlung eine engmaschige Überwachung und Blutkontrolle notwendig.

Cyclosporin A (Sandimmun®)

Cyclosporin A ist eine Substanz, die aus der Transplantationsmedizin stammt und vor allem nach Nierentransplantation eingesetzt wird. Es wurde und wird heute, wenn auch selten, in Kombination mit Methotrexat und auch alleine zur Behandlung der chronischen Polyarthrit is eingesetzt. Als besondere Nebenwirkungen sind Blutdruckerhöhung und eine Erhöhung der Nierenwerte zu erwähnen. Die Dosis muss angepasst werden. Auch hier sind engmaschige klinische und Laborüberwachungen notwendig.

Subreum®

Ein Extrakt aus ausgewählten Stämmen von *E. coli* mit immunmodulierenden Eigenschaften. Man nimmt an, dass die Wirkung bei RA auf einer Induktion einer oralen Immuntoleranz beruhen könnte. Subreum ist als Basistherapeutikum zugelassen und kann bei milden Formen einer RA in der Dosis von einer Kapsel nüchtern am Morgen versucht werden. Wirkungseintritt ist nach drei bis sechs Monaten.

Krallendorn

Ein pflanzliches Arzneimittel aus der Wurzel der südamerikanischen Medizinalpflanze *Uncaria tomentosa* mit immunmodulatorischen Eigenschaften. Es kann als Ergänzung zu bereits verordneten herkömmlichen Basistherapeutika rezeptiert werden, um eine verbesserte Wirkung zu erreichen. Die Dosierung beträgt 3-mal 1 Kapsel.

Biologische Therapie (Biologika; Biologicals)

Diese Medikamente, allen voran die TNF- α Antagonisten sind seit einigen Jahren in der Therapie entzündlich rheumatischer Erkrankungen etabliert und haben die Behandlung chronisch rheumatischer Erkrankungen revolutioniert. Sie sind derzeit noch sehr teuer und werden bei schweren Formen der rheumatoiden Arthritis (RA), der Psoriasisarthritis, der juvenilen idiopathischen Arthritis und zur Behandlung des Morbus Bechterew erfolgreich eingesetzt.

Die aktuelle wissenschaftliche Diskussion ist geprägt von der Suche nach optimalen Therapiestrategien und dem richtigen Zeitpunkt des Behandlungsbeginns.

TNF- α Antagonisten

Diese Substanzen, die gegen das entzündungsfördernde Zytokin TNF- α gerichtet sind, wirken sehr gezielt und greifen auf molekularer Ebene in den Verlauf des Krankheitsgeschehens ein.

Zur Verfügung stehen der monoklonale Antikörper **Infliximab**, der durch Infusionen in 8-wöchigen Abständen verabreicht wird. Es bindet TNF- α , um auf diese Weise den Entzündungsprozess zu hemmen.

Zusätzlich steht der humane lösliche TNF-Rezeptor **Etanercept**, der 1 x pro Woche subkutan (unter die Haut) injiziert wird zur Verfügung.

Ein weiteres Präparat ist **Adalimumab**, das nur alle zwei Wochen subkutan verabreicht werden muss. Es bindet spezifisch an TNF und neutralisiert dessen biologische Funktion, indem es die Interaktion mit den zellständigen TNF-Rezeptoren blockiert.

Infliximab ist als Remicade®, Etanercept als Enbrel® und Adalimumab als Humira® im Handel.

Alle diese Basistherapeutika hemmen das Zytokin TNF- α , das eine wesentliche Rolle bei der Gelenkschwellung, aber auch bei der Schädigung und Zerstörung des Gelenks, des Knorpels und Knochens spielt.

Die Erfolge mit diesen neuen Präparaten sind sehr überzeugend, obwohl diese Substanzen leider nicht bei allen Patienten wirksam sind.

Interleukin 1-Antagonisten (Anakinra) werden ebenfalls zur Behandlung der chronischen Arthritis eingesetzt. Interleukin 1 ist ein Zytokin, das ebenfalls

eine wichtige Rolle im Entzündungsvorgang der rheumatoiden Arthritis spielt, möglicherweise aber eine noch stärkere Rolle bei der Schädigung von Knorpel und Knochen.

Anakinra ist als Kineret im Handel und wird täglich subkutan injiziert.

Rituximab (Anti-CD20)

Rituximab, ein monoklonaler anti-CD20 Antikörper, wurde bereits 1997 zur Behandlung des therapierefraktären B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphoms zugelassen. Auf Grund der langjährigen Erfahrungen in der Lymphomtherapie gibt es umfangreiche Daten bezüglich Sicherheit und Verträglichkeit. Es werden 2 Infusionen im Abstand von 14 Tagen verabreicht. Mittlerweile sind auch schon Erfahrungen bei wiederholten Anwendungen von Rituximab bei RA über 5 Jahre vorhanden. Es scheinen auch wiederholte Verabreichungen effektiv und sicher; der Zeitpunkt der erneuten Gabe ist umstritten und von den Beschwerden abhängig. Bei Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf TNF- α -Antagonisten konnte durch Rituximabgabe immerhin bei 27% eine 50%ige Verbesserung erreicht werden. Diese Substanz ist als MabThera® im Handel und eine wichtige Alternative für RA Patienten, die unzureichend auf TNF- α -Antagonisten ansprechen.

Abatacept

Abatacept ist ein selektiver Immunmodulator der Kostimulation, der die Aktivität der T-Zellen hemmt. In allen Studien wurde Abatacept nach 3 Infusionen in 2-wöchigen Abständen alle 4 Wochen verabreicht.

In einer Studie wurden Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf TNF- α -Antagonisten mit Abatacept behandelt. Immerhin erreichten noch 20% dieser Patienten mit ausgeprägten Krankheitszeichen eine 50%ige Verbesserung.

Abatacept ist als Orencia® zugelassen und eine wichtige Alternative für Patienten mit fehlenden oder unzureichenden Ansprechen auf TNF- α -Antagonisten.

Sicherheitsaspekte

Die Verträglichkeit der Biologika ist im Allgemeinen gut, eine Tuberkulose muss vor Behandlung ausgeschlossen werden. Bei TNF- α -Inhibitoren darf bei durchgemachter bzw. zurückliegender Tuberkulose (positiver Mendel Mantoux Test) eine Biologika-Therapie nur nach vorheriger und zusätzlicher Tuberkulose Behandlung durchgeführt werden. Es besteht die Gefahr der Reaktivierung einer Tuberkulose.

Das Risiko von Infektionsereignissen ist bei allen Biologika erhöht. Die Medikation ist bei fieberhaften Infekten und vor Operationen naturgemäß zu unterbrechen.

Bei subkutaner Verabreichung kann es zu lokalen Hautreaktionen, bei intravenöser Gabe zu Infusionsreaktionen kommen.

Viele Fragen sind noch offen, wie z.B. der richtige Zeitpunkt des Beginns einer Biologika-Therapie – ebenso wie die Frage nach der Dauer der Behandlung nach Erreichen einer Remission (Verschwinden von Krankheitserscheinungen). Leider ist nach Absetzen in vielen Fällen wiederum mit einem Aufflackern der Beschwerden zu rechnen.

Ausblicke in die (nahe) Zukunft

Die Entwicklung schreitet rasch voran, mit neuen Substanzen und neuen Indikationen ist schon in der nahen Zukunft zu rechnen.

Auch für Patienten, die auf die zur Verfügung stehenden Biologika nicht oder nur unzureichend ansprechen gibt es berechtigte Hoffnung. Ständig werden neue Biologika entwickelt. **Tocilizumab**, ein monoklonaler Antikörper gegen den Interleukin 6-Rezeptor zeigt in klinischen Studien viel versprechende Ergebnisse. Es wurde bei der europäischen Gesundheitsbehörde ein Antrag zur Zulassung für die Therapie der rheumatoiden Arthritis gestellt.

Durch Gewebersatzmethoden können in der Zukunft möglicherweise zerstörte Strukturen des Gelenks mit Hilfe mesenchymaler Stammzellen repariert werden.

Es ist auch zu erwarten, dass in der Zukunft Immunmodulatoren, z.B. im Rahmen einer Gentherapie, noch gezielter am Ort der fehlgeleiteten Immunreaktion eingesetzt werden können.

Sysadoa (Symptomatic Slow Acting Drugs for Osteoarthritis)

Diese werden zur Behandlung der Osteoarthrose (Syn.: Arthrose, Gelenkabnutzung) und nicht zur Therapie entzündlicher Gelenkerkrankungen eingesetzt und werden aus diesem Grund nicht ausführlich besprochen.

Sysadoa haben optimistische symptomatische Effekte und auch krankheitsmodifizierende Ansätze, die sich in weiteren Langzeitstudien bewähren müssen.

Zu diesen Substanzen gehören Glucosamin Sulfate, Diacerein (Verboril®), Chondroitinsulfat (Condrosulf®) und Hyaluronsäure (z. B. Hyalgan®).

Unkonventionelle Behandlungsmethoden in der Rheumatologie

Komplementäre Therapien, Naturheilverfahren, „außerschulische Verfahren“ und viele andere Namen bezeichnen Behandlungsmethoden, die wissenschaftlich nicht oder nur teilweise anerkannt sind. Die Diskussion um „alternative Behandlungsmethoden“ ist gerade bei chronischen Erkrankungen eine immer wieder geführte und endlos scheinende.

Die wissenschaftliche (Schul-)Medizin fordert von einer empfehlenswerten Therapie, dass diese unabhängig von Ort und Zeitpunkt und unabhängig vom Behandelnden ihre Wirksamkeit entfalten kann. Die Wirkung muss deutlich über dem durchschnittlichen Effekt einer Scheintherapie (Placebo) liegen. Weiterhin muss je nach Gefährlichkeit der Erkrankung der Nutzen das Risiko deutlich übersteigen.

Gerade bei chronischen Erkrankungen, d. h. bei Erkrankungen, bei denen die Medizin zwar den Krankheitsverlauf beeinflussen kann, die Erkrankung aber meist oder oft nicht heilen kann, flüchten Patienten immer wieder zu „alternativen Behandlungsmethoden“. Es ist dies auch der Wunsch nach einer sanften und nebenwirkungsfreien Medizin, gerade bei Erkrankung wie der chronischen Polyarthrit, wo Medikamente eingesetzt werden müssen, die oft mit unangenehmen Begleitscheinungen behaftet sind.

Nicht selten suchen Patienten mit chronischen Erkrankungen neben ihrem Hausarzt und ihrem Rheumatologen auch noch einen so genannten Naturheiler auf.

Akupunktur

Akupunktur ist vermutlich einer der ältesten und am weitesten verbreiteten Heilmethoden der Welt. Die klassische Akupunktur hat sich über einen Zeitraum von mehr als 1000 Jahren in China entwickelt. Die auf den Meridianen liegenden Punkte haben mit Therapiepunkten aus vielen anderen medizinischen Kulturen Gemeinsamkeiten.

Es werden bei der Akupunktur an empirisch gefundenen Punkten bestimmter Hautareale mittels Nadeln Reize gesetzt, die dann eine lokale, überregionale oder allgemeine Wirkung auf den Organismus bzw. auf Organfunktionen ausüben.

Die Akupunktur hat sich bewährt bei Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates, wenn keine sensiblen oder motorischen Nervenschädigungen vorliegen.

Eine Behandlung ist insbesondere in Schubsituationen bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen unserer Meinung nach nicht zu empfehlen. Es gibt Hinweise für den positiven Effekt der Akupunktur bei Arthrosen, d. h. abnutzungsbedingten Gelenkerkrankungen vor allem der Hüft- und Kniegelenke.

Akupressur

Bei der Akupressur werden die Akupunkturpunkte durch Massage stimuliert. Dieses Verfahren kann auch zur Selbsthilfe durchgeführt werden. Eine studienmäßig gesicherte Wirkung bei chronisch entzündlichen Gelenkerkrankungen ist nicht dokumentierbar, ebenso wenig wie bei der Reflexzonmassage, die in Asien seit vielen Jahrhunderten zur Therapie herangezogen wird. Das Wirkprinzip geht davon aus, dass jeder Körperteil und jedes Organ an einem der beiden Füße einen Bezugspunkt hat. Über das vegetative

Nervensystem und biogenetische Ströme kann durch Fußzonenmassage einer bestimmten Stelle das Bezugsorgan positiv beeinflusst werden.

Homöopathie

Die Homöopathie basiert auf der Ähnlichkeitsregel von Hahnemann, entsprechend seinem Dogma wird eine Krankheit mit Substanzen behandelt, die eine ähnliche Symptomatik auslösen können. Die Behandlung erfolgt allerdings mit extremer Verdünnung der Substanz in Form von Tropfen oder Kügelchen. Es gibt keine gesicherten Studien zur erfolgreichen Behandlung der Homöopathie bei chronisch entzündlichen Gelenkerkrankungen. Auch von einer alleinigen Therapie ist auf jedem Fall abzuraten, da bei Fehlen der Basistherapeutika die Erkrankung fortschreiten wird und es zu nicht wieder gutzumachenden Gelenkschädigungen kommen kann.

Weihrauchpräparate (Harzextrakt aus *Boswellia serrata* H15)

Harzextrakte aus *Boswellia serrata* (Weihrauch) sind Wirkstoffe der ayurvedischen Medizin und hemmen die Leukotrien-Synthese. Es wird ein Enzym gehemmt, das eine wichtige Rolle bei der Entwicklung einer Entzündung spielt. Dadurch entstand die Idee, das Präparat bei verschiedenen chronischen Erkrankungen wie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und auch bei rheumatoider Arthritis einzusetzen. Das Weihrauch-H15 ist ein häufiges Präparat, das in einigen europäischen Ländern verkauft werden darf, und ist durch verschiedene Fernsehsendungen auch in das Interesse von Rheumapatienten gerückt. Aufgrund der bisher vorliegenden Untersuchung ist allerdings eine Wirkung von Weihrauch nicht nachgewiesen, insbesondere ist die Einnahme von Weihrauch kein Ersatz für die Basistherapie. Manche Autoren meinen aber, dass eine bereits bestehende Medikation bei subjektiv positiver Einschätzung durch den Patienten nicht beendet werden muss und weitergeführt werden kann.

Phytotherapie

Die Phytotherapie war in den vergangenen Jahrhunderten die einzige Möglichkeit der medikamentösen Therapie. Es sollen nun einige Heilpflanzen erwähnt werden, bei denen ein entzündungshemmender Effekt teilweise im Labor und im klinischen Einsatz nachgewiesen werden kann. Zu den Pflanzen gehören salizylathaltige Pflanzen wie die Weidenrinde, das Stiefmütterchenkraut, die Pappel und die Primel.

Kortisonähnliche Wirkungen sind z. B. in folgenden Pflanzen zu finden: im Süßholz und im Weihrauch. Weitere „antirheumatische Wirkstoffe“ wie Iridoide und Sesquiterpenlaktone sind in der Teufelskrallenwurzel und in Arnikablüten enthalten. Als Arzneimittelkombination ist im Handel Phyto-dolor (Zitterpappel, Goldrutenkraut und Eschenrinde) erhältlich.

Keine der genannten pflanzlichen Substanzen ist in dem Maße wie schulmedizinische Substanzen geprüft. Sie sollten, wenn überhaupt, nur im Zusammenhang und nach Beratung durch den Arzt und Apotheker eingenommen werden. Auch bei pflanzlichen Substanzen sind Nebenwirkungen möglich. Bei allen Alternativbehandlungen ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass diese alleine eingenommen keinesfalls eine Basistherapie ersetzen können. Ein verzögertes oder zu spätes Einsetzen von Basistherapien kann irreversible Schäden an den Gelenken hervorrufen.

Rheumamittel zum Einreiben

Rheumamittel zum Einreiben bewirken in der Regel eine Mehrdurchblutung des betroffenen Areals, was vom Patienten als angenehm empfunden wird. Sie beeinflussen möglicherweise den Schmerz aber nicht das Fortschreiten der Erkrankung. Wenn diese lokal angewendeten Substanzen Antirheumatika enthalten, so ist zu bedenken, dass diese auch Wirkungen systemisch, d. h. auch auf den ganzen Körper bzw. auf den Magen-Darm-Trakt bezogene Nebenwirkungen, entwickeln können. Bei kortisonhaltigen Substanzen sind bei Langzeitanwendung Hautschäden und Wundheilungsstörungen möglich.

Rheumachirurgische Eingriffe bei entzündlichen Gelenkerkrankungen

Synovektomie

Hierbei handelt es sich um die operative Entfernung einer entzündlich veränderten Gelenkinnenhaut. Dieser Eingriff kann entweder durch eine offene Operation (bei geöffneten Gelenk) oder im Rahmen einer Arthroskopie erfolgen.

Als *Frühsynovektomie* bezeichnet man die Entfernung der entzündlich wuchernden Gelenkinnenhaut, noch bevor Knochen und Knorpel sichtbar angegriffen sind.

Wichtig ist der rechtzeitige und frühzeitige Eingriff, da das entzündete Gewebe ständig weiter wuchert und das entzündete Gewebe (Pannus) durch Druck und durch Umbauprozesse zu einer Zerstörung des angrenzenden Knorpels und Knochens führt.

Eine Frühsynovektomie sollte durchgeführt werden, wenn trotz konsequenter medikamentöser Therapie eine andauernde oder rezidivierende Gelenkschwellung (Synovitis) länger als sechs Monate nachweisbar ist.

Rückfälle im Sinne eines neuerlichen entzündlichen Befalls eines Gelenks sind nicht auszuschließen, aber selten. Langzeitergebnisse an synovektomierten Gelenken haben gezeigt, dass es zwar nicht sicher gelingt, das Fortschreiten bereits existierender Schäden am Gelenk zu verhindern, dass es jedoch

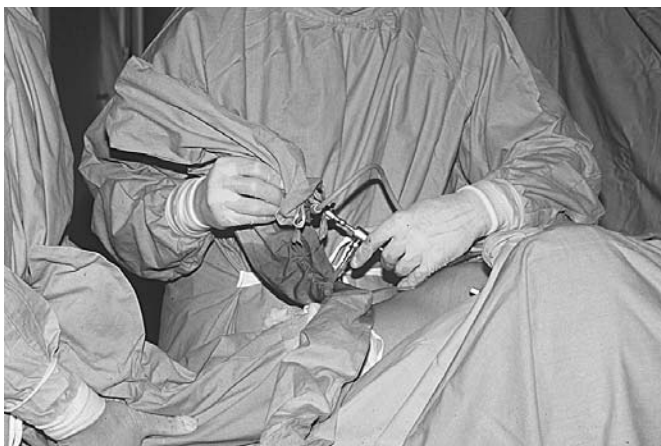


Abb. 19. Arthroskopische Synovektomie im Kniegelenk

durch das Ausbleiben weiterer Gelenkzerstörung zu einem milderen Verlauf kommt.

Synovektomien können an fast allen Gelenken durchgeführt werden, besonders eignen sich Fingergrund- und Mittelgelenke, Handgelenke, Ellbogen, Kniegelenke und obere Sprunggelenke.

In den letzten Jahren wird die Indikation zur Frühsynovektomie wesentlich zurückhaltender und selten gestellt, wahrscheinlich auch als Folge des Einsatzes wirkungsvollerer Basistherapeutika.

Bei der Tenosynovektomie wird das entzündete Gleitgewebe der Sehnenscheide entfernt, um einer Zerstörung der Sehne vorzubeugen.

Als *Spätsynovektomie* bezeichnet man die operative Entfernung von entzündetem Gewebe bei bereits röntgenologisch fassbarer Knorpel- und Knochen-schädigung; sozusagen ein „letzter Versuch“ bei fortgeschrittener Gelenk-schädigung vor notwendigem endprothetischem Gelenkersatz.

Endoprothetischer Gelenkersatz

Während es sich bei der Frühsynovektomie um einen Eingriff mit präventivem Charakter handelt, ist der operative Gelenkersatz für das Spätstadium der rheumatoiden Arthritis und der Arthrose bestimmt.

Die Indikation ist (Ruhe-)Schmerz, höher gradige Funktionsbehinderung und Fehlstellung eines Gelenks.

Am häufigsten werden Kunstgelenke an den Hüft- und Kniegelenken, seltener an den Sprung-, Ellbogen- und Schultergelenken eingesetzt. Der Ersatz von Hüft- und Kniegelenken wird in den meisten Krankenhäusern heute routinemäßig durchgeführt.

Das Ziel ist Wiederherstellung einer schmerzfreien Gelenkfunktion bei gleichzeitiger Korrektur einer Fehlstellung.

Der Eingriff sollte, wenn möglich, erst in einem höheren Lebensalter durchgeführt werden, da ein Prothesenwechsel wesentlich komplizierter als der Ersteingriff ist. Bei schweren Veränderungen im Rahmen einer bereits im Kinder- oder Jugendalter aufgetretenen Arthritis ist aber auch ein frühzeitiger Gelenkersatz notwendig, um die Mobilität wieder herzustellen oder zu erhalten.

Man unterscheidet zwischen totalem Ersatz eines Gelenks durch ein Kunstgelenk, teilweisem Ersatz oder Gelenkflächenersatz. Weiters wird je nach Verankerung zwischen einer einzementierten und einer genau angepassten zementfreien Prothese unterschieden.

Ein Hüftgelenkersatz sollte heute möglichst zementfrei durchgeführt werden. Der Vorteil der einzementierten Prothese ist die sofortige Belastbarkeit, während man die zementfreie Prothese viele Wochen nicht belasten darf. Dafür hält sie länger und man erreicht in der Hüftchirurgie mit manchen Implantaten eine fast 100%ige Implantatüberlebenszeit nach 15 Jahren. Auf Grund dieser modernen zementfreien Technik kann daher auch schon bei jüngeren Patienten dieser Eingriff durchgeführt werden.

Seltene nicht vorhersehbare Komplikationen sind Prothesenlockerung durch Metallallergie oder Materialermüdung des Zements, Infektionen der Prothese, Knochenbrüche während des Einsetzens der Prothese und eine Verkalkung der hüftnahen Weichteile.

Resektionsarthroplastik

Bei besonders fortgeschrittener Gelenkzerstörung kann der orthopädische Chirurg durch Entfernung (Resektion) von kaputten Knochen und Knorpel und eventueller Interponation von Weichteilen (wie Haut- oder Faszientransplantate) neue Gelenkflächen modellieren. Bewährt hat sich diese Methode bei der Resektionsarthroplastik im Vorfuß, wo die Mittelfußköpfchen entfernt werden. Beim Caput-ulnae-Syndrom, einer unvollständigen Verrenkung des Ellenköpfchens (Caput ulnae) nach hinten mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung, erfolgt die Resektion des Ulnarköpfchens, um eine gute Handgelenkfunktion wiederherzustellen.

Gelenkversteifung (Arthrodesen)

Eine Versteifung eines Gelenks wird dann durchgeführt, wenn eine gelenkerhaltende oder gelenkersetzende Operation nicht (mehr) möglich ist. Das Ziel ist die Beseitigung einer Instabilität und Schmerzfreiheit. In manchen Fällen ist die Lebensqualität mit einem versteiften, aber schmerzfreien Gelenk besser als mit einem (äußerst) schmerzhaften beweglichen Gelenk.

Nach weit gehender Gelenkzerstörung kann durch eine Arthrodesen im Daumengrundgelenk Schmerzfreiheit erreicht und ein Spitzgriff wieder hergestellt werden.

Eine Arthrodese im unteren Sprunggelenk bewirkt Schmerzfreiheit bei nicht wesentlich verminderter Fußbeweglichkeit.

Bei einer rheumatoiden Arthritis ist eine Beteiligung der oberen Halswirbelsäule im Sinne einer Schädigung der kleinen Wirbelgelenke vornehmlich zwischen erstem und zweitem Halswirbel möglich. Dadurch kann es neben Nackenschmerzen durch eine Druckschädigung des Rückenmarks auch zu Gefühlsstörungen und zu bedrohlichen Lähmungserscheinungen kommen. Durch eine operative Versteifung des ersten und zweiten Halswirbels kann man dieser Gefahr vorbeugen.

Radiosynoviorthese (RSO)

Eine geeignete radioaktive Substanz wird in ein entzündetes Gelenk eingespritzt. Dadurch wird die entzündlich verdickte Gelenkinnenhaut bestrahlt und oberflächliche Schichten zerstört. Die maximale Reichweite der strahlenden Radionuklide beträgt nur wenige Millimeter, so dass sich die Strahlenbelastung fast ausschließlich auf das entzündete Gelenk beschränkt. Die Halbwertszeit der verwendeten Isotope ist kurz und beträgt nur wenige Tage, so dass sich alsbald keine strahlenden Substanzen im Körper befinden.

Nach der Behandlung eines großen Gelenks ist eine 48-stündige Bettruhe notwendig, weshalb die Durchführung im Krankenhaus von einem geschulten Nuklearmediziner durchgeführt werden sollte.

Bei fachkundiger Verabreichung und richtiger Indikationsstellung ist die Erfolgsrate bei minimalem Aufwand und geringer Nebenwirkungsrate hoch. Bei unzureichender Wirksamkeit kann die Therapie wiederholt werden.

Die Methode eignet sich besonders zur Behandlung entzündlich verdickter Gelenke bei rheumatoider Arthritis. Die Behandlung ist indiziert, wenn trotz Einleitung einer adäquaten medikamentösen Behandlung und trotz lokaler Kortisonverabreichung eine Gelenkschwellung (Synovitis) über einen Zeitraum von drei bis sechs Monaten bestehen bleibt.

Die Behandlung spricht besser bei rheumatoider Arthritis als bei Psoriasisarthritis an und ist bei Arthrosen nur in Ausnahmefällen indiziert.

Bei großen Gelenken wie dem Kniegelenk wird häufig nach arthroskopischer Frühsynovektomie eine zusätzliche Radiosynoviorthese mit Erfolg durchgeführt.

Bei den kleinen Fingergrund- und -mittelgelenken scheinen die Ergebnisse der Behandlung möglicherweise nicht besser zu sein als bei alleiniger Kortisongabe.

Krankengymnastik und sportliche Betätigung

Eine regelmäßige Bewegung ist für alle Menschen zur Erhaltung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens empfehlenswert und notwendig. Ein

gezieltes Ausdauer- und Krafttraining wird heute praktisch in jedem Lebensalter gefordert.

Gerade bei Rheumakranken ist eine regelmäßige Gymnastik und Bewegung notwendig. Ein Einsteifen der Gelenke muss verhindert werden; Muskeln und Sehnen müssen gestärkt werden, um dadurch entzündete Gelenke zu entlasten und Fehlstellungen zu vermeiden. Knorpel, Knochen und Muskeln werden besser durchblutet, daher besser ernährt. Einem Knochenschwund (Osteoporose) kann dadurch vorgebeugt werden.

Krankengymnastik und Training müssen natürlich dem jeweiligen Gesundheitszustand des Rheumakranken angepasst werden.

In besonders aktiven Krankheitsphasen, die heutzutage erfreulicherweise durch medikamentöse Maßnahmen meist sehr kurz gehalten werden können, sind nur passive Bewegungsübungen durch einen Physiotherapeuten oder geschulten Angehörigen möglich.

Schon bei chronisch aktivem Verlaufen sind meist gezielt aktive Bewegungsübungen im Wasserbad unter Ausnützung des natürlichen Widerstands des Wassers und der weitgehenden Aufhebung der Schwerkraft empfehlenswert. Bei geringer entzündlicher Aktivität und bei Fehlen schwerer Deformierungen ist angepasstes Ausdauer- und Krafttraining erlaubt. Dies sollte aber nur nach Rücksprache mit dem behandelten Arzt oder Therapeuten durchgeführt werden.

Dem entsprechenden Krankheits- bzw. Gesundheitszustand angepasst ist sportliche Betätigung sinnvoll, um Muskelkraft, Ausdauer und psychische Stabilität zu verbessern. Sportarten, die die (entzündeten) Gelenke überlasten, fehlbelasten und dadurch schädigen, sind naturgemäß zu vermeiden. Dazu zählen in erster Linie „stop and go“-Sportarten wie Tennis und Fußball. Empfohlene Ausdauersportarten sind Schwimmen, besonders Rückenschwimmen, Skilanglaufen, Walking und Radfahren.

Jeder Rheumakranke sollte durch einen Physiotherapeuten in der Krankengymnastik geschult sein und in Abstimmung mit seiner Befindlichkeit ein möglichst tägliches Gymnastik- und Trainingsprogramm durchführen. Als Richtlinie kann gelten, dass die Belastung bzw. die Übungen nicht über die individuelle Schmerzgrenze hinaus durchgeführt werden sollten.

Hausarbeit, Berufs- und Gartenarbeit sind meist eine einseitige, oft unregelmäßige körperliche Belastung und können das tägliche Training nicht ersetzen. In akuten Krankheitsschüben darf nicht trainiert werden.

Physikalische Therapie

Kältetherapie

Bei entzündlichen Gelenkerkrankungen sind Kälteanwendungen zur Abschwellung und Entzündungshemmung indiziert.

In entzündlich geschwollenen Gelenken kann durch örtliche Temperatursenkung eine Verminderung der Aktivität entzündungsfördernder Stoffe erreicht

werden, Überwärmung erhöht dagegen die Aktivität und kann die Krankheits-situation verschlechtern.

Zwei Arten von Kältetherapie lassen sich unterscheiden: örtliche (Kryotherapie) und Ganzkörper-Kältetherapie.

Lokal kühlend an entzündeten Gelenken wirken Kühlgel-Packungen, zerkleinerte Eiswürfel in Kunststoffpackungen, sog. „Eis am Stiel“ (Joghurtbecher mit Holzstab und Wasser einfrieren), Gefriererbsen etc.

Lokale Kälteanwendungen nicht länger als zehn bis 15 Minuten.

Bei der Ganzkörperkältebehandlung wird der gesamte Körper extremer Kälte ausgesetzt. Es soll eine Blockierung Schmerz übermittelnder Nervenendigungen erfolgen. Dadurch kann oft eine auch länger anhaltende Schmerzminde-rung und Bewegungsverbesserung erfolgen. Die Temperatur in den Kammern wird auf bis -110 Grad abgekühlt. Die Patienten bewegen sich ständig und bleiben 1 bis 2,5 Minuten. Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, erhöhtem Blut-druck, Durchblutungsstörungen etc. darf die Ganzkörperkältetherapie nicht angewendet werden.

Wärmetherapie

Wärme erzeugt örtlich eine verbesserte Durchblutung und löst Muskelver-spannungen. Über die Haut kann auch die Durchblutung innerer Organe gefördert werden.

Wärmeanwendungen in Form von Moor- oder Fangopackungen, heißen Wickel, warmen Bädern etc. werden besonders bei Verschleißkrankheiten und Weichteilrheuma angewendet. Bei entzündlich geschwollenen Gelen-ken sollen sie nicht verwendet werden.

Elektrotherapie

Bei entzündlichen Gelenkerkrankungen hat die Iontophorese eine Bedeu-tung. Lokal applizierte Schmerzmittel können durch Verabreichung von Gleichstrom verbessert aufgenommen werden. Ähnlich können Wirkstoffe mit Ultraschall tiefer eindringen und besser wirken.

Ansonsten werden Strombehandlungen in erster Linie zur Behandlung von Verschleißerscheinungen und Verspannungen verwendet.

Ernährung und Rheuma

Immer wieder fragen Patienten, was sie zur Behandlung ihrer chronischen Gelenkerkrankung beitragen können und ob sie durch diätetische Maß-nahmen die Schmerzen verringern und den Krankheitsverlauf günstig beein-flussen würden.

Schon im alten Griechenland hatte eine gesunde Lebensführung und insbe-sondere die Ernährung einen hohen Stellenwert in der Behandlung von

rheumatischen Beschwerden, einerseits auf Grund des guten Ansprechens einer purinarmen Kost bei Gicht, andererseits wohl auch aus Mangel an wirksamen Arzneimitteln. Es wurde generell bei rheumatischen Beschwerden ein günstiger Effekt einer fleischarmen Kost vermutet.

In den letzten Jahrzehnten war es durchaus Lehrmeinung, das rheumatische Erkrankungen (mit Ausnahme der Stoffwechselerkrankung Gicht) in keinem Zusammenhang mit diätetischen Fragen stünden beziehungsweise dass die Ernährung den Verlauf der Erkrankung nicht beeinflussen würde.

Vor allem Vertreter alternativer und so genannter ganzheitlicher Heilmethoden propagierten jedoch immer wieder einen positiven Effekt bei verschiedenen „Rheumadiäten“. Dies beruhte vor allem auf persönlichen Erfahrungen, Erzählungen oder überlieferten Aufzeichnungen.

In den letzten Jahren wurde vermehrt versucht, durch wissenschaftliche Untersuchungen bessere Erkenntnisse über den Einfluss der Ernährung bei rheumatischen Erkrankungen zu erhalten. Dadurch soll der Patient mit Gelenkbeschwerden jene Ernährungsempfehlungen bekommen, von denen angenommen werden kann, dass sie ihm nützen.

Man unterscheidet Eliminationsdiäten und Supplementierungen.

Eliminationsdiäten

Diese beruhen auf der Annahme, dass verschiedene Inhaltsstoffe eine ungünstige Wirkung auf den Krankheitsverlauf haben und daher aus der Nahrung eliminiert werden sollten.

Die beiden Fettsäuren Linolsäure und Arachidonsäure sind die Vorläufer von entzündungsfördernden Prostaglandinen (PGE₂) und Leukotrienen und spielen bei der Vermittlung entzündlicher Vorgänge eine wichtige Rolle. Die Arachidonsäure wird teilweise vom Körper selbst gebildet, teilweise mit der Nahrung aus tierischem Eiweiß aufgenommen und ist besonders in Fleisch und Wurstwaren, Eigelb und fetten Milchprodukten enthalten.

Daraus resultiert die grundsätzliche Überlegung, eine vegetarische Kost bei Rheuma zu empfehlen. Außerdem enthalten pflanzliche Fette größere Mengen an Ölsäuren, die im Organismus entzündungshemmende Prostaglandine (PGE₁) bilden. Des Weiteren enthält pflanzenreiche Kost Antioxidantien in Form von Vitamin E und C, die ebenfalls einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben könnten.

Vegetarische Kost und kalorienreduzierte Nahrungszufuhr führen zumindest bei einem Teil der Patienten zu einer Verbesserung der Symptomatik.

Auch Fasten führt häufig zu einer Besserung der Gelenkbeschwerden. Es ist aber zu bedenken, dass nach Beendigung des Fastens die Entzündung wieder ansteigt und Patienten mit entzündlichen Gelenkerkrankungen oft einen beeinträchtigten Ernährungszustand aufweisen, der sich durch Fasten weiter verschlechtern kann.

Supplementierungen

Die Grundlage hierfür ist die Vorstellung, dass die Erkrankung auf einen Mangel bestimmter Nährstoffe zurückzuführen ist oder zumindest der Krankheitsverlauf dadurch negativ beeinflusst werden könnte.

Vitamin E hat in allerdings viel größeren Mengen als in jenen, die in der Nahrung enthalten sind, einen entzündungsvermindernden und schmerzstillenden Effekt.

Bei Personen mit niedrigeren Vitamin-D-Werten werden möglicherweise Arthrosen häufiger gefunden und eine Vitamin-D-Gabe erscheint daher sinnvoll. Eine besondere Bedeutung kommt wahrscheinlich Omega-3-Fettsäuren zu. Sie werden besonders in fettreichen Kaltwasserfischen gefunden. Ihre Bedeutung bei der Arteriosklerose wird seit Jahren diskutiert. Wesentlicher Bestandteil dieser Fischöle ist die Eicosapentaensäure, die zu einer kompetitiven Hemmung der Arachidonsäure führt und dadurch den Aufbau von Entzündungsstoffen (Prostaglandinen) hemmt. Eine ausreichende Zufuhr kann wahrscheinlich nur über Zufuhr von Fischölkapseln erfolgen. Über die Dosis liegen noch keine ausreichenden Daten vor, so dass derzeit noch keine gültigen Empfehlungen bezüglich der Einnahme von Fischölkapseln ausgesprochen werden können. Es könnte mit einem milden schmerzstillenden Effekt etwa zwölf Wochen nach Einnahme gerechnet werden. Als Nebenwirkungen sind Aufstoßen und Durchfälle zu erwarten.

Aktuelle Studien berichten über den positiven Einfluss einer so genannten kretischen mediterranen Diät (MD) bei Patienten mit rheumatoider Arthritis. Die traditionelle kretische MD ist charakterisiert durch erhöhten Konsum von Obst, Gemüse und Fisch im Vergleich zur mitteleuropäischen Kost. Fett wird hauptsächlich in Form von Olivenöl zugeführt.

Eine moderate Besserung der Gelenkbeschwerden trat in einer schwedischen Untersuchung nach drei Monaten auf.

Der Fisch, der in Griechenland konsumiert wird, enthält weniger Omega-3-Fettsäuren als die Kaltwasserfische der nördlichen Hemisphäre. Man glaubt zu wissen, dass bei der mediterranen Küche vornehmlich der Konsum von Olivenöl und gekochtem Gemüse als Schutzfaktor anzusehen ist. Olivenöl ist reich an Ölsäuren, die zu Eicosapentaensäure metabolisiert werden, eine ähnliche antientzündliche Wirkung wie Omega-3-Fettsäuren von Fischölen haben und zusätzlich ebenso wie Gemüse antioxidative Eigenschaften besitzen.

Die alten Griechen hatten anscheinend doch Recht!

Allgemeine Ernährungsempfehlungen bei entzündlichen Gelenkerkrankungen

- Langsamer Abbau von Übergewicht,
- Täglich Vollkornprodukte, Obst und Gemüse,
- Reichlich Milch und Milchprodukte mit reduziertem Fettgehalt (enthält viel Calcium zur Osteoporoseprophylaxe),

- 2-mal pro Woche eine Fischmahlzeit,
- Nur 2-mal pro Woche eine Fleischmahlzeit,
- Wenig tierische Fette, stattdessen hauptsächlich pflanzliche Öle,
- Vitamin- und Mineralstoffergänzung nach ärztlicher Rücksprache (Vitamin C, eventuell Vitamin D und Calcium).

Bei der Stoffwechselerkrankung Gicht wird bei Übergewicht Gewichtsreduktion empfohlen, zusätzlich Alkoholkarenz und Vermeidung purinreicher Nahrungsmittel (Innereien und Hülsenfrüchte). Fleisch sollte nur eingeschränkt zugeführt werden.

Rheuma und Schwangerschaft

Häufig verbessern sich die Symptome einer entzündlichen Gelenkerkrankung nach Eintritt einer Schwangerschaft. Eine bereits vorbestehende rheumatoide Arthritis zeigt in der Schwangerschaft meist einen milderen Verlauf. Allerdings kann es auch zu einer Verschlechterung der Gelenkbeschwerden und zu Organschädigungen besonders bei Kollagenosen kommen. In jedem Fall sollte eine Schwangerschaft bei Patientinnen mit entzündlichem Rheuma geplant und vorher mit den betreuenden Ärzten abgesprochen werden. Eine Schwangerschaft, die durch eine neu aufgetretene oder vorbestehende rheumatische Erkrankung kompliziert wird, ist als Risikoschwangerschaft zu betrachten und bedarf einer entsprechenden Betreuung.

Patientinnen mit rheumatoider Arthritis, die naturgemäß Basistherapeutika einnehmen, müssen diese bei Planung einer Schwangerschaft meist lange Zeit im Voraus absetzen, um nicht den Fötus bzw. den Verlauf zu gefährden.

Zum Beispiel muss Methotrexat sechs Monate und Arava zwei Jahre vor Beginn einer Schwangerschaft abgesetzt werden. Dadurch kann es zu einer Verschlechterung der Gelenkerkrankung kommen, was wiederum einer Schwangerschaft nicht förderlich ist. Prinzipiell sollte bei einer Verordnung eines Schmerz- oder Basismedikaments bei einer Frau im gebärfähigen Alter an die Möglichkeit einer eventuell bestehenden oder in der Zukunft geplanten Schwangerschaft gedacht werden. Bei potentiell gefährlichen Medikamenten ist die Notwendigkeit einer sicheren Verhütung Voraussetzung.

Sollte es unter Einnahme von Basistherapeutika zu einer ungeplanten Schwangerschaft kommen, ist das weitere Vorgehen mit den behandelten Ärzten zu besprechen und abzustimmen. Oft wird durch ein sofortiges Absetzen der Medikamente die Schwangerschaft mit einem erhöhten, aber akzeptablen Risiko unter engmaschiger ärztlicher Überwachung erfolgreich zu Ende geführt werden können. Dies ist aber stets im Einzelfall zwischen Patientin, Rheumatologen und Frauenarzt zu entscheiden.

Während der Schwangerschaft sollten – falls überhaupt notwendig – nur bewährte Medikamente in der niedrigst wirksamen Dosis, wenn möglich als Monotherapie verwendet werden.

Medikamentöse Rheumatherapie in der Schwangerschaft

	1. Trimenon	2. Trimenon	3. Trimenon
Schmerzmittel:			
Paracetamol (z. B. Mexalen)	möglich	möglich	möglich
Salizylate (z. B. Aspirin)	möglich	möglich	event. Verzögerung der Geburt, nur Einzeldosis (ED)
andere nichtsteroidale Antirheumatika für Langzeittherapie ungeeignet, als ED möglich			
Kortikosteroide (z. B. Prednisolon)	möglich	möglich	möglich
Basistherapeutika:			
Sulfasalazin (Salazopyrin)	möglich	möglich	möglich

Alle anderen Basistherapeutika sind wegen möglicher teratogener Nebenwirkungen oder fehlender ausreichender Daten und unzureichender Erfahrung während der Schwangerschaft nicht geeignet.

Für die Stillzeit gelten im Prinzip die gleichen strengen Richtlinien, Prednisolon darf bis zu einer Dosis von 10 mg pro Tag verwendet werden.

Nochmals sei darauf hingewiesen, dass jede Medikation während einer Schwangerschaft oder Stillperiode mit dem behandelten Arzt abgesprochen werden muss.

Berühmte Persönlichkeiten

Sie glauben, dieses Schicksal trifft nur „Normalsterbliche“? Da unterliegen Sie einem großen Irrtum! Es gibt sehr wohl Berühmtheiten, die unter derselben Krankheit leiden wie wir. Aber selten wissen wir darüber Bescheid. Oder wussten Sie, dass einer der berühmtesten impressionistischen Maler darunter gelitten hat? Ein berühmter Herzchirurg? Oder eine attraktive Schauspielerin? Nein?

Natürlich, niemand möchte haben, dass die ganze Welt über dieses Gebrechen Bescheid weiß. Und bei den bereits seit über hundert Jahren verstorbenen Malern zählt das Werk seines Schaffens doch wesentlich mehr, als dass er unter einer rheumatischen Erkrankung gelitten hat.

August Renoir

Renoir wurde am 25. Februar 1841 in Frankreich geboren.

Als Kind schon arbeitete er in einer Porzellanmanufaktur in Paris. Stark beeinflusst wurde sein Stil von Claude Monet und Eugène Delacroix, ebenfalls berühmte Maler des romantischen, impressionistischen Stils. Wer seine Werke kennt, dem wird mit Sicherheit bewusst, dass er ein Mensch der „Gefühle“ gewesen sein muss. Der Impressionismus präsentiert sich in sehr weichen, warmen und ausdrucksvollen Farben. Viele seiner Motive zeigen romantische Szenen: Damen mit eleganten Hüten, junge Mädchen in zart verspielten Kleidern und auch Szenen von sich unterhaltenden Leuten, bei denen man immer das Gefühl hat, mitten im Bild zu stehen und die Harmonie des Lichts und des wunderschönen Tages förmlich zu spüren.

Wenn man diese Bilder betrachtet, wie wundervoll und im Detail genau sie ausgeführt sind, so denkt man nicht daran, wie schwer Renoir von der Arthritis gezeichnet war, und dies sogar einen Großteil der letzten 20 Jahre seines Lebens. Man muss bedenken, dass es damals absolut keine Möglichkeiten gab, einem Arthritispatienten auch nur annähernd zu helfen, wurde doch auch das Aspirin, das später den Rheumapatienten zur Schmerzstillung gegeben wurde, erst 1899 entdeckt. Es war so schlimm, dass es ihm nicht

mehr möglich war, den Pinsel mit seinen Fingern zu führen. Für so einen begabten Künstler jedoch ist die Malerei sein Leben. Deshalb kam er auf die Idee, sich die Pinsel an den Händen festzubinden bzw. festbinden zu lassen. Trotz dieses großen Handicaps konnte er noch Meisterwerke mit seinen deformierten Händen anfertigen. In den späteren Jahren wurden seine Werke immer skizzenhafter, was bei diesen kranken Händen auch nicht verwundern darf. Er malte insgesamt ca. 6.000 Bilder!

Auguste Renoir starb am 3. Dezember 1919 in einer Villa in Südfrankreich.

Kathleen Turner

Mit größter Wahrscheinlichkeit hat jeder schon einmal einen Film mit dieser attraktiven blonden Schauspielerin gesehen. Eines ihrer „Markenzeichen“ ist ihre kräftig, heisere Stimme. Eben wegen ihrer Stimme wurde sie dazu auserwählt, diese in dem Film „Roger Rabbit“ dem sehr weiblichen und sexy Kaninchen Jessica zu leihen. Sie soll einmal gesagt haben: „Ich glaube, dass ich an meiner Stimme eher erkannt werde als an meinem Aussehen.“ Wegen ihrer Blicke und auch Stimme wurde sie immer wieder mit der legendären Schauspielerin Lauren Bacall verglichen. Als sie diese einmal traf, soll sie sich ihr angeblich mit den Worten „Hallo, ich bin Sie in jung“ vorgestellt haben. Zu den bekanntesten Filmen mit ihr zählen unter anderem „Der Rosenkrieg“, „Peggy Sue hat geheiratet“ oder „Auf der Jagd nach dem grünen Diamanten“. Geboren wurde sie am 19. Juni 1954 in Missouri USA.

Die ersten schweren Anzeichen ihrer Erkrankung zeigten sich 1994 bei den Dreharbeiten zu dem Film „Serial Mom – Warum lässt Mutter das Morden nicht“. Geschwollene und schmerzhaft Füße waren die ersten Symptome. Sie hat sich „geoutet“ und sich dieser Erkrankung gestellt. Gerade eine so attraktive und schöne Frau mit einem Beruf, bei dem es auf das Aussehen ankommt, trifft es umso mehr. Sie hat nach den richtigen Therapien gesucht und mittlerweile die Krankheit gut im Griff. Entscheidend für eine Schauspielerin ist mit Sicherheit ein extrem gutes Selbstvertrauen mit dem Umgang der Erkrankung. Sogar im Internet kann man in ihrer Biographie nachlesen, dass sie an rheumatoider Arthritis leidet und offen dazu steht.

Alfred Hitchcock

Es gibt wohl niemanden, dem dieser Name nicht ein Begriff ist: ein Vorbild für viele Regisseure und bekannt für Filme wie „Psycho“, „Die Vögel“, „Rebecca“, „Bei Anruf Mord“, „Über den Dächern von Nizza“, „Das Fenster zum Hof“ und noch viele andere, beinahe unzählig bedeutende Filme.

Hitchcock wurde am 13. August 1899 als jüngstes von drei Kindern in Leytonstone bei London geboren. Schon 1913, nach Ende seiner Schulausbildung und vielen Abendkursen, zeigte er erstes Interesse am Film. Im Juni 1919 wurden von ihm Kurzgeschichten in der Betriebszeitschrift „Henley“ gedruckt. Er bewarb sich 1920 bei der amerikanischen Filmgesellschaft „Fa-

mous Players – Lasky“, der späteren „Paramount“, und wurde aufgenommen. 1923 erschien Hitchcocks Name erstmals in einem Vorspann. Im März 1939 zog er mit seiner Familie nach Los Angeles und hielt Vorträge in New York. In diesem Jahr lernte er auch Thomas Mann und Ernest Hemingway kennen. Es ging mit ihm bergauf und bergab, nicht zuletzt wegen finanzieller Probleme und Zerwürfnissen mit Kollegen und Partnern.

Er wurde mit vielen Preisen geehrt und für die Regie in „Psycho“ wurde er für den Oscar nominiert.

Er litt lange Zeit an chronischer Polyarthrititis. Allerdings hatte Hitchcock schon das Glück, dass er mit Kortison behandelt werden konnte.

Aber nicht nur mit den Gelenken hatte er Probleme, sondern er musste sich auch einer Gallen- und Leistenbruchoperation unterziehen. 1980 starb er aufgrund eines Nierenversagens.

James Coburn

Coburn wurde am 31. August 1928 in Nebraska, USA geboren. Mit seinem markanten Aussehen und der extrem starken Ausstrahlung wurde er bekannt. 1979 wurde ihm die Diagnose rheumatoide Arthritis gestellt. In der Mitte der 80er Jahre musste er seine Arbeit so einteilen, dass diese zwischen den Schüben stattfand, da bei ihm eine konventionelle Therapie nicht anschlug. 1990 traf er auf einen „Alternativmediziner“ und dieser begann ihn mit Nahrungsergänzungspräparaten zu behandeln, was bei ihm eine drastische Verbesserung zufolge hatte.

Auch wurden seine Filme jetzt so gedreht, dass keine Nahaufnahmen, sondern vermehrt Aufnahmen von größerer Entfernung gedreht wurden. So ließ sich vermeiden, dass man im Film erkennen konnte, dass er von seiner Erkrankung schon gezeichnet war. Einer seiner letzten Filme war „Snowdogs“. In diesem Film ist es auch für einen Laien erkennbar, dass er an einer schweren chronischen Gelenkerkrankung leiden musste, da die Hände schon stark deformiert waren. Die meiste Zeit trägt er in diesem Film zwar Handschuhe, aber in zwei Szenen sind seine Hände sehr gut zu sehen.

Am 18. November 2002 verstarb er an einer Herzattacke.

J. F. Kennedy

Präsident J. F. Kennedy war einer der bedeutendsten amerikanischen Präsidenten des 20. Jahrhunderts. Obwohl er nur über rund 1.000 Tage die Geschicke der Welt (mit)bestimmte, war sein Einfluss auf die nachfolgenden Jahrzehnte und auf mehr als eine Generation von Menschen enorm. Nur wenige wussten, dass er seit seiner Jugend fast immer krank war.

1947, anlässlich eines Besuchs in London, brach er mit Übelkeit, Erbrechen und extrem niedrigem Blutdruck zusammen und musste in einem lebensbedrohlichen Zustand ins Krankenhaus gebracht werden, wo eine Addison'sche Erkrankung diagnostiziert wurde, eine Insuffizienz bzw. ein Versagen der Nebennierenrinde. Dadurch mussten fortan und lebenslanglich Nebennierenrinden-Hormone täglich ersetzt werden. Eine mögliche Ursache dieses Versagens war eine langsame Schrumpfung der Nebenniere (d. h. eine sekundäre Form) durch eine über viele Jahre notwendige, teilweise hoch dosierte Einnahme von Nebennierenextrakten und Kortison. Seit seinem 17. Lebensjahr litt J. F. Kennedy an einer chronischen Darmerkrankung. Viele, oft mehrwöchige Krankenhausaufenthalte an verschiedenen renommierten amerikanischen Spitälern, darunter der weltberühmten Mayoklinik, kennzeichneten seine Schul- und Studentenzeit. Die in der Literatur beschriebene chronische Erkrankung des Dickdarms könnte der heutigen Diagnose einer Colitis ulcerosa entsprechen.

Bereits während seiner Studentenzeit klagte er immer wieder über heftige und anhaltende Kreuzschmerzen, die auch zahlreiche Krankenhausaufenthalte und mehrere operative Eingriffe erforderten. Als Ursache der Kreuzschmerzen wurde bereits frühzeitig eine Reizung der Iliosakralgelenke (Kreuz-Darmbein-Gelenk) beschrieben sowie eine Schwächung der Lendenwirbelsäule. Die ihn bis zu seinem allzu frühen Tode plagenden Kreuzbeschwerden (auch als Präsident litt er besonders unter diesen Beschwerden) wurden teilweise als Nebenwirkung einer damals noch nicht exakt dosierbaren hohen Nebennierenrinden- bzw. Steroidhormongabe zur Behandlung der chronischen Darmerkrankung diskutiert. Dies führte unter Umständen zu einer Osteoporose und Schwächung der Wirbelsäule. Bereits 1951 zeigten sich in Röntgenaufnahmen deutliche „Risse“ in Wirbelknochen. Die Irritation der Kreuz-Darmbein-Gelenke könnte auch im Sinne einer chronischen und schmerzhaften Entzündung dieser Gelenke diskutiert werden, wie sie häufig im Rahmen einer Darmentzündung auftritt.

Trotz seiner Leiden, insbesondere seiner chronischen Wirbelsäulenbeschwerden, war er während seiner Zeit als Senator und Präsident entsprechend aller Aufzeichnungen in seinen Leistungen und seiner Entscheidungsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Durch sein persönliches Vorbild, sein verantwortungsbewusstes und opferbereites Handeln prägte er entscheidend den Aufbruch in die 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts.

Christiaan Barnard

Der vor wenigen Jahren verstorbene Christiaan Barnard war wohl zu seinen Lebzeiten der berühmteste Arzt des 20. Jahrhunderts. Jeder kennt ihn als Herzspezialisten und denjenigen Chirurgen, der 1967 die erste erfolgreiche Herztransplantation durchgeführt hat.

Weniger bekannt ist, dass Prof. Barnard an einer rheumatoiden Arthritis litt, obwohl er sogar über seine Krankheit ein Buch geschrieben hatte.

Im Dezember 1955 reiste Christiaan Barnard in die USA, um an der berühmten Universitätsklinik von Minnesota auf dem Gebiet der Transplantationschirurgie zu arbeiten. Erstmals verspürte er im darauf folgenden Winter Schmerzen im Bereich einer Knöchelregion sowie im Bereich der Hände. Zunächst wurde gerade im Bereich des Knöchels an eine Verletzung vom Schlittschuhlaufen gedacht. Als sich aber die Schwellung nicht zurückbildete und mehrere Gelenke betroffen waren, suchte er einen Rheumatologen an der Mayoklinik auf, der die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis stellte. Für einen jungen Arzt, der gerade auf dem Weg war, ein Chirurg zu werden, eine niederschmetternde Diagnose.

Er erinnerte sich, dass er bereits in Jugendjahren des Öfteren an Gelenkschmerzen litt, die so schlimm waren, dass er nachts nicht schlafen konnte, und die als Wachstumsschmerzen bezeichnet wurden. Möglicherweise waren das bereits Vorläufer der rheumatoiden Arthritis.

Der Arthritis zum Trotz arbeitete er weiterhin hart und wurde zusehends besser und anerkannter. Er arbeitete bis zu 18 Stunden täglich und verbrachte lange Zeitspannen im Operationssaal. Vielleicht ahnte er schon, dass er nur



Abb. 20. Prof. Barnard im Gespräch mit dem Autor R. Puchner

eine begrenzte Zeit als Chirurg zur Verfügung hatte, um alles verwirklichen zu können, was ihm vorschwebte. Er ließ sich Spezialschuhe anfertigen, da in den ersten Jahren vornehmlich seine Füße betroffen waren. Die Arthritis war beim Operieren weniger störend als bei den Nebenarbeiten, z. B. Plastikschläuche über bestimmte Verbindungsstücke zu stülpen, was er zunehmend seinen Assistenten überließ. Während seiner ersten Herztransplantation 1967 litt er bereits seit zwölf Jahren an einer rheumatoiden Arthritis. Er erinnert in seinem Buch vor allem an seine zweite Herzoperation an dem britischen Arzt Dr. Philip Blaiberg, wo er Schwierigkeiten beim Anlegen der Nähte hatte, da seine Hände und Finger steif waren und stark schmerzten. Trotzdem war die Operation erfolgreich.

Prof. Christiaan Barnard wollte alle Ziele als Arzt und Wissenschaftler verwirklichen und sah diesen inneren Antrieb als positive Verstärkung, der Psychologe würde sagen als Motivation über Schmerzen und schlechte Lebensphasen. Er lernte mit seiner Behinderung zu leben und die Hoffnung auf Erfolg oder wenigstens das Gefühl, nicht zu versagen, ließ ihn weitermachen.

Ab ca. 1950 wurde von amerikanischen Wissenschaftlern Kortison für den therapeutischen Gebrauch entwickelt und dies half ihm über viele schmerzhafte Phasen hinweg. Er war in seinen Aufzeichnungen immer ein Befürworter der Kortisongabe bei rheumatoider Arthritis, wenn auch mit Vorsicht und Bedacht und in höheren Dosen nur über eine kurze Zeit. Viele Herzoperationen wären wohl ohne ausreichende Schmerztherapie nicht möglich gewesen. Schließlich musste er aber doch seine chirurgische Karriere beenden und er versuchte in der Folge, durch zahlreiche Vortragsreisen auf der ganzen Welt, in Büchern und Zeitschriften anderen Menschen Mut zu machen, vor allem aber Herz- und Rheumakranken. Bis zuletzt nahm er Methotrexat in niedriger Dosis 1-mal pro Woche und Prednisolon 5 mg pro Tag.

Für die neuen und sehr wirksamen Biologicals war er um Jahrzehnte zu früh auf die Welt gekommen. Wäre sein Ruhm als Herzchirurg ein noch größerer gewesen? Dies ist wohl kaum möglich; sicherlich hätten ihm die neuen Medikamente aber viel Schmerz und Leid erspart.

Literatur

- Barnard C: Mit Arthritis leben. Bern 1984.
- Bopp A, Herbst V: Beweglich bleiben, Köln 1989.
- Brückle W: Chronische Polyarthritis, Berlin 2001.
- Brieden G: Rheuma – Lernen, mit der Krankheit gut zu leben, Berlin 1999.
- Breedfeld FC, Kalden JR: Appropriate and effective management of rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2004 Vol. 63: 627–633.
- Breedveld FC, Kalden JR, Smolen JS et al: Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatoid arthritis and other immune mediated inflammatory diseases (May 2003). Ann Rheum Dis 2003 Vol. 62: Supplement II.
- Bröll J, Resch H: Konsensus: Osteoporose- Prävention und Therapie. Österreichische Ärztezeitung 2007 und Journal für Mineralstoffwechsel 2007 Vol. 4: 185–197.
- Buch M, Emery P: The aetiology and pathogenesis of rheumatoid arthritis. Hospital Pharmacist 2002 Vol. 9: 5–10.
- Dallek R: John F. Kennedy – ein unvollendetes Leben, Boston 2003.
- Furst DE, Breedfeld FC, Kalden JR, Smolen JS, Burmester GR et al: Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases. Ann Rheum Dis 2007 Vol. 66: iii2–iii22.
- Kjeldsen-Kragh J: Mediterranean diet intervention in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2003 Vol. 62: 193–195.
- Haberer M, Jokl H: Aktive Selbsthilfe! Rheuma, München 1988.
- Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH: Rheumatology, 3rd edn., London 2003.
- Isaacs JD, Moreland WL: Rheumatoid Arthritis, Oxford 2002.
- Leeb B: Basistherapie nach Stufenplan. Univ. Innere Medizin 2005 1: 14–15.
- Marktl W: Ernährungsumstellung und Diät bei rheumatischen Erkrankungen. Arzt und Praxis 2002, 56/874: 612–615.
- Miekle W, Pelzl E: Unkonventionelle Therapieformen in der Rheumatologie. Facharzt 2002, 3: 23–26.
- Mangge H: Gelenkentzündungen im Kinder und Jugendalter. Arzt und Praxis 2001, 55/855–856: 421–424.
- Meske S, Lamparter-Lang R: Chronisches Gelenkrheuma, Stuttgart 1994.

- Scherer HU, Burmester GR: Biologika in der Therapie rheumatischer Erkrankungen. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2006 131. Jahrgang: 41/2279–2285.
- Siegmeth W, Singer F: Bildatlas zur Veränderung der Hand bei rheumatischen Erkrankungen und deren Grenzgebieten, Wien 1998.
- Smolen JS, Ebner W: Was jeder selbst gegen Rheuma tun kann, München 1996.
- Thumb N, Bröll H, Czurda R, Siegmeth W, Smolen J: Praktische Rheumatologie, Wien 2001

Glossar

Akut Plötzlich auftretend.

Anämie Blutarmut. Mangel an roten Blutkörperchen. Patienten mit akuten und chronischen Erkrankungen (z. B. chronische Polyarthrit) leiden auch häufig an Anämie.

ANA (Antinukleäre Antikörper) Bei verschiedenen rheumatischen Erkrankungen können Antikörper gegen Zellkerne (ANA) nachgewiesen werden, z. B. bei Lupus erythematoses.

Analgetika Schmerzmittel.

Anamnese Krankengeschichte.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) Bestimmte Form einer chronisch entzündlichen Gelenk und Wirbelsäulenerkrankung.

Antigen Körperfremde oder auch körpereigene Substanz, die eine Immunreaktion auslösen kann.

Antikörper Protein, das durch das Immunsystem gebildet wird und spezifisch gegen eine bestimmte Substanz oder Struktur (Antigen) gerichtet ist.

Antirheumatika (NSAR) Nichtsteroidale Antirheumatika. Entzündungshemmend, schmerzstillend und abschwellend wirkende Medikamente, die kein Kortison enthalten.

Arteriitis temporalis Rheumatische Entzündung der Schläfenarterie. Diese ist oft mit einer Polymyalgia rheumatica assoziiert.

Arthralgie Arth (griechisch) = Gelenk, -algie = Schmerz. Gelenkschmerz.

Arthritis Gelenkentzündung.

Arthrodesse Operative Versteifung eines Gelenks.

Arthropathie Erkrankung eines Gelenks.

Arthroskopie Gelenkspiegelung. Kleiner operativer Eingriff mittels eines dünnen „Rohres“. Wird bei großen Gelenken (z.B. Knie) z.B. bei einer Synovektomie angewandt.

Arthrose Nichtentzündliche, degenerative Gelenkerkrankung (Verschleiß) z.B. als Folge von Überbeanspruchung oder Fehlbelastung.

Arthrosonographie Darstellung eines Gelenks durch Ultraschall.

Atlas Der erste Halswirbel.

Atrophie Gewebs- bzw. Muskelschwund.

Autoantikörper Gegen körpereigenes Gewebe gerichtete Antikörper.

Autoimmunerkrankung Ist das Immunsystem fehlgesteuert und greift somit den eigenen Körper an (mit Autoantikörper), spricht man von einer Autoimmun-Krankheit.

Axis Der zweite Halswirbel.

Baker-Zyste Poplitealzyste. Ausstülpung der dorsalen Gelenkkapsel am Kniegelenk. Geht mit Schmerzen und Spannungsgefühl einher und tritt z.B. bei Arthrose oder rheumatoider Arthritis auf.

Basistherapie Medikamente (= Basistherapeutika), die über lange Zeit eingenommen werden und das Fortschreiten der Krankheit verhindern sollen (= DMARDS – Disease Modifying Antirheumatic Drugs).

Bechterew Auch Morbus Bechterew. Eine entzündliche Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankung; siehe ankylosierende Spondylitis.

Biopsie Gewebsentnahme.

Biologika (Biologics, Biologicals) Mittels biotechnischer Verfahren hergestellte Substanzen, die als Basistherapeutika das Fortschreiten einer Gelenkerkrankung oft verhindern können. Werden auch bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Psoriasis eingesetzt.

Blutbild Bezeichnung für die Bestimmung der Zellbestandteile des Blutes (Blutzellen, Blutfarbstoff).

Borreliose Eine durch Zecken übertragbare Infektion mit dem Bakterium *Borrelia burgdorferi*. Zum überwiegenden Teil auf die Haut beschränkt. Es können aber unter anderem auch noch nach Monaten und Jahren Gelenkentzündungen auftreten (auch als Lyme-Arthritis bezeichnet).

Bouchard-Arthrose Arthrosen der Fingermittelgelenke.

BSG (Blutsenkungsgeschwindigkeit) Eine erhöhte BSG kann auf eine akute oder chronische Entzündung im Körper hinweisen.

Bursa Schleimbeutel.

Bursitis Schleimbeutelentzündung.

C-reaktives Protein (CRP) Protein (Eiweißstoff), dessen Konzentration im Blutserum bei bestimmten entzündlichen Prozessen innerhalb weniger Stunden stark ansteigen kann.

Chondrose Degenerative Knorpelerkrankung.

Chronische Polyarthritis (cP) Entzündliche Gelenkerkrankung (heute überwiegend als rheumatoide Arthritis bezeichnet).

Chondrozyten Zellen des Gelenkknorpels.

Computertomographie (CT) Moderne bildgebende Untersuchung mittels Röntgenstrahlen und Computer.

Corticoide Siehe Glukokortikoide.

Coxarthrose Arthrose des Hüftgelenks.

Deformation Fehlstellung z.B. der Hände oder Finger als Folge einer schweren Arthritis oder Arthrose.

Degenerative Gelenkerkrankung Im Gegensatz zur entzündlichen Gelenkerkrankung eine verschleißbedingte Gelenkerkrankung, wie z.B. die Arthrose

Dens „Zapfen“ bzw. Zahn des ersten Halswirbels.

Dermatomyositis Schmerzhafte Muskel- und Hautentzündung.

Dislokation Verschiebung der Gelenke aus der ursprünglich richtigen Lage.

DMARDS Siehe Basistherapeutika.

Elektromyographie (EMG) Eine elektrophysiologische Methode der Diagnostik in der Neurologie, um die Muskelaktivität zu messen.

Elektro-neurographie (ENG) Wie EMG, allerdings wird hier die Funktion der peripheren Nerven gemessen.

Endoprothese Künstliches Gelenk.

Enzyme Sind Proteine bzw. Eiweißkörper und spielen eine wichtige Rolle im Stoffwechsel.

Felty-Syndrom Besondere Verlaufsform der rheumatoiden Arthritis mit Milzvergrößerung und Verminderung der weißen Blutzellen (sehr selten).

Fibrose Bindegewebsvermehrung.

Fibromyalgie Erkrankung ungeklärter Ursache mit Muskelschmerzen am gesamten Körper; da im Labor nicht nachweisbar, wird die Diagnose auch durch ein „Ausschlussverfahren“ anderer Krankheiten festgelegt; für die Diagnose unterstützend und wichtig sind der Nachweis der so genannten „tender points“; es sind hauptsächlich Frauen betroffen.

Fingerpolyarthrose Oft erblich bedingt auftretender Gelenkverschleiß der Finger-Mittelgelenke (Bouchard-Arthrose) und/oder der Fingerendgelenke (Heberden-Arthrose); tritt vorwiegend bei Frauen ab dem 50. Lebensjahr auf.

Fraktur Knochenbruch.

Gaenslen-Zeichen (Handgriff) Querdruck auf Finger- und Zehengrundgelenke. Verursacht bei Entzündungen (z.B. im Rahmen einer rheumatoiden Arthritis) Schmerzen.

Genetische Disposition Erblich bedingte Veranlagung für das Auftreten einer Erkrankung.

Gelenkschutz Um Gelenke vor Deformierungen und Schmerzen zu schützen, werden Schienen, Manschetten oder auch Bandagen angeboten oder speziell angefertigt (Ergotherapie); für Hände gibt es auch Nachtlagerungsschienen.

Gicht Stoffwechselerkrankung mit schmerzhaften Befall eines Gelenks; wird von Laien oft mit der chronischen Polyarthritis verwechselt.

Glukokortikoide Gruppe von Medikamenten, die sich vom Kortison ableiten und vorwiegend entzündungshemmend wirken; Bezeichnung für Kortisonpräparate wie z.B. Prednisolon.

Gonagra Schmerzen im Kniegelenk bei Gicht.

Gonarthritis Entzündung des Kniegelenkes.

Gonarthrose Verschleiß des Kniegelenkes.

Hallux Die Großzehe.

Hallux valgus Schiefstellung der Großzehe mit dem Grundgelenk nach außen.

Hallux rigidus Im Grundgelenk arthrotisch veränderte Großzehe.

Harnsäure Wenn vermehrt Harnsäure auftritt, kann sich diese in den Gelenken ablagern und zu heftigen und entzündlichen Schmerzen führen (Gicht).

Heberden-Arthrose Meist erblich bedingte Arthrose (Verschleiß) der Fingerendgelenke; kommt oft gemeinsam mit Verschleiß der Fingermittelgelenke vor (siehe Bouchard-Arthrose).

HLA Menschliches Leukozytenantigen.

HLA-B27 Ein Gen, das speziell bei ankylosierender Spondylitis (Morbus Bechterew) und seronegativen Spondarthritisiden nachweisbar ist.

HLA-DR4 Ein Gen, das häufiger bei der rheumatoiden Arthritis zu finden ist.

Idiopathisch Bedeutet „ohne bekannte Ursache“.

Iliosacralgelenk (ISG) Gelenk zwischen dem Kreuz- und Darmbein.

Immunstimulation Stimulierung des Abwehrsystems im Körper.

Immunsuppression Unterdrückung des Abwehrsystems im Körper.

Immunsystem Abwehrsystem des Körpers.

Infiltration Wenn z.B. eine schmerzstillende Substanz direkt in das Gelenk bzw. den Gelenkspalt eingespritzt wird.

Infektiöse Arthritis Durch Bakterien (durch einen akuten Infekt) ausgelöste Gelenkentzündung.

Interleukine Von Leukozyten produzierte Botenstoffe, die die Informationsübertragung innerhalb des Immunsystems vermitteln und andere Zellen aktivieren.

Iridozyklitis Entzündung der Regenbogenhaut, die oft auch bei rheumatischen Erkrankungen auftritt, z. B. bei Morbus Bechterew und auch häufig bei Kindern.

Ischialgie Darunter versteht man starke Schmerzen im Hüft- und Lendenbereich, meist mit Ausstrahlung in das Bein; verursacht durch eine Irritation des Nervus ischiadicus (z.B. durch eine Bandscheibenvorwölbung im Bereich der Lendenwirbelsäule).

Juvenile idiopathische Arthritis Gelenkentzündung, die im Kindes- oder Jugendlichenalter beginnt.

Kältetherapie Gerade bei entzündlich schmerzhaften Gelenken kann Kälte sehr gute Linderung bringen; legt man Cool-Packs oder auch Eisbeutel auf die betreffende Stelle auf, so lindert dies Schwellung und Schmerz.

Kältekammer Eine spezielle Kammer, in der eine Temperatur von mind. minus 110° bis zu minus 160° herrscht; bei Patienten mit entzündlichen Gelenkerkrankungen kann die Therapie Linderung bringen.

Karpaltunnelsyndrom Im inneren Mittelbereich entlang des Handgelenkes (von der Handfläche Richtung Unterarm) laufen Nerven, Sehnen und Bänder in einer Engstelle, dem so genannten Karpaltunnel; bei Einengung dieses Tunnels kann es zu großen Schmerzen, Kribbeln etc. kommen; durch einen relativ kleinen operativen Eingriff kann dies sehr gut behoben werden.

Kernspintomographie = Magnetresonanztomographie.

Kortison (Cortison) Vorstufe des körpereigenen Hormons Cortisol, das in der Nebenniere erzeugt wird.

Knopflochdeformierung Speziell bei der rheumatoiden Arthritis kommt es oft zu Fehlstellungen der Fingergelenke; bleibt das Fingermittelgelenk aufgrund der Schädigung in der Beugestellung und ist das Fingerendgelenk überstreckt, so spricht man von einer Knopflochdeformität.

Kollagenose Autoimmunerkrankung mit systemischen Befall vorwiegend am Bindegewebe, Gelenken und Blutgefäßen, z.B. Systemischer Lupus erythematodes.

Kontraktur Eine dauerhafte Verkürzung von Muskel, Bändern, Sehnen etc.

Kyphose Eine konvexe Krümmung der (Brust)Wirbelsäule nach hinten.

Leukopenie Verminderung der Zahl der weißen Blutkörperchen.

Leukozyten Weiße Blutkörperchen.

Leukozytose Vermehrung von weißen Blutkörperchen.

Löfgren-Syndrom Eine spezielle Form der Sarkoidose mit Fieber und Gelenkentzündungen.

Lumbal Die Lendenwirbelsäule betreffend.

Lupus erythematodes Eine **Autoimmunerkrankung** (Lupus [lat.] = Wolf) aus dem Bereich der Kollagenosen mit möglicher Beteiligung von Haut, Gelenken, eventuell auch von Organen etc.

Luxation Ausrenkung eines Gelenkes.

Lyme-Arthritis Siehe Borreliose.

Magnetresonanztomografie (MRT) Ein bildgebendes Verfahren zur Darstellung des gesamten Körpers in Schnittbildern; auch Kernspintomografie genannt.

Mischkollagenosen Treten mehrere Symptome aus verschiedenen Kollagenosen auf, spricht man von einer Mischkollagenose.

Morbus Lateinisch für Krankheit.

Morbus Bechterew Chronisch entzündliche Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankung (= Spondylitis ankylosans).

Morbus Behcet Entzündliche Systemerkrankung mit obligaten Geschwüren im Mund und/oder Genitalbereich und Haut sowie möglicher Gelenketeiligung. In Mitteleuropa selten; häufiger in Japan und im östlichen Mittelmeer.

Morbus Boeck (Sprich: Morbus Buck). Systemische Bindegewebserkrankung mit Granulombildung (= Sarkoidose).

Myalgie Muskelschmerz.

Myositis Muskelentzündung.

Nekrose Absterben von Gewebe.

NSAR Nicht steroidale Anti-Rheumatika, sind entzündungs- und schmerzhemmende Medikamente ohne Kortison (siehe auch Antirheumatika).

Oligoarthritis Oligo (griechisch) = wenig, also wenige Gelenke betreffend.

Omarthrose Arthrose des Schultergelenks.

Osteoarthrose (= Arthrose). Degenerative Gelenkerkrankung, die in höherem Alter auftritt (siehe auch Arthrose).

Osteoblasten Zellen, die für die Knochenneubildung verantwortlich sind.

Osteoklasten Zellen, die Knochensubstanz abbauen.

Osteopenie Eine Minderung der Knochendichte; Vorstufe zur Osteoporose.

Osteoporose Schwund der Knochensubstanz bis hin zu sehr spröder und extrem bruchanfälliger Knochenqualität; tritt häufiger bei schlanken Frauen ab dem Klimakterium auf; auch vererbte Disposition und lange Kortisoneinnahme können dies fördern.

Panarteriitis nodosa Entzündliche Gefäßerkrankung, gehört zu den Kollagenosen.

Pannikulitis Örtlich begrenzte Entzündung des Unterhautfettgewebes.

Periarthropathie Schmerzen und Funktionsstörung der Weichteile rund um das Gelenk (z.B. Knie, Schulter).

Physiotherapie Behandlung der Krankheit durch äußerliche Anwendung von Wärme, Wasser, Licht etc.

Phytoterapie Pflanzenheilkunde.

Placebo Scheinmedikament.

Podagra Schmerzhafte Schwellung des Großzehengrundgelenks im Rahmen einer Gichtkrankung.

Polyarthritis Wenn viele Gelenke entzündet sind (poly = viel).

Polyarthrose Wenn viele Gelenk degenerativ (verschleißbedingt) verändert sind.

Polymyalgia rheumatika Entzündliche Muskelerkrankung mit Schmerzen und Steifigkeit im Bereich Schulter- und Beckengürtel; oft auch mit einer Gefäßentzündung einhergehend.

Polymyositis Entzündliche Muskelerkrankung.

Polyneuropathie Erkrankung peripherer Nerven.

Postinfektiöse Arthritis = Reaktive Arthritis. Gelenkentzündungen als Folge von Infektionen. Manche Krankheitserreger können durch eine Fehlreaktion Entzündungen der Gelenke verursachen.

Progredient Fortschreitend.

Prophylaxe Vorbeugung (Vorsorge).

Pseudo Falsch (sieht nur so aus als ob ...).

Pseudogicht Ähnliche Symptome wie bei Gicht; es sind aber keine Harnsäureablagerungen nachweisbar.

Psoriasis Schuppenflechte.

Psoriasis-Arthrititis Schuppenflechte mit einer Gelenkentzündung.

Psychopharmaka Medikamente, die die Psyche beeinflussen.

Radiosynoviorthese (RSO) In Gelenke, die von chronischer Schwellung und Entzündung betroffen sind, jedoch noch keine arthrotische Schädigung aufweisen, kann man eine radioaktive Substanz injizieren, die die Entzündung stoppen bzw. lindern soll; teilweise wird dies zusätzlich zu einem operativen Eingriff (Synovektomie) gemacht.

Raynaud Syndrom Gefäßerkrankung, bei der sich Finger und Zehen anfallsweise (z.B. durch Kälte ausgelöst) durch Gefäßkrämpfe blass und bläulich verfärben.

Reaktive Arthritis = Postinfektiöse Arthritis. Treten nach einer Infektion mit bestimmten Erregern Gelenkentzündungen auf, spricht man von reaktiver Arthritis (siehe auch postinfektiöse Arthritis).

Rehabilitation Wiederherstellen (z.B. nach einer Operation).

Reiter- Syndrom Verlaufsform einer reaktiven Arthritis (s.d.), typischerweise mit Entzündungen an den Augen, der Harnwege und Gelenke.

Remission Symptom- und schmerzfreie Phase; Stillstand der Krankheit.

Rheumafaktor Antikörper gegen körpereigene Proteine, bei einigen rheumatischen Erkrankungen, vor allem bei der rheumatoiden Arthritis, im Blut nachweisbar; nur bedingt aussagekräftig; selten auch bei Gesunden.

Rheumatoide Arthritis Chronisch-entzündliche Erkrankung der Gelenke; ältere Bezeichnung: chronische Polyarthritis.

Rhizarthrose Arthrose (Verschleiß) des Daumengrundgelenks.

Sakroiliitis Entzündung der Kreuz-Darmbein-Gelenke.

Sarkoidose Siehe Morbus Boeck.

Schwanenhalsdeformität Speziell bei der rheumatoiden Arthritis kann es zu einer Deformierung der Finger kommen; eine besondere Form ist das Überstrecken des Mittelfingergelenks (= Schwanenhalsdeformität) bei gleichzeitig gebeugten Fingervordergelenk.

Sjögren Syndrom (syn. Sicca Syndrom) Kann als eigenes Krankheitsbild auftreten; oft jedoch in Kombination mit einer Kollagenose oder rheumatoiden Arthritis. Verschiedene Drüsen (Speichel-, Tränendrüsen) trocknen aus. Hauptsymptome sind Trockenheit der Augen und Mundtrockenheit.

Sklerodermie Auch Systemische Sklerose; Erkrankung mit vermehrter Bindegewebsproduktion; Verhärtung von Haut und inneren Organen.

Spondylarthrititis Entzündliche Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankung.

Spondylarthrose Verschleiß im Bereich der Zwischenwirbelgelenke.

Spondylitis Entzündung der Wirbelkörper.

Spondylitis ankylosans = Morbus Bechterew (siehe oben).

Steroide Siehe Kortikosteroide.

Spondylose Verschleiß der Wirbelkörper.

Subkutan Unter die Haut.

Subluxation Unvollständige Ausrenkung (Verschiebung) eines Gelenks.

Syndrom Krankheitsbild, das sich durch das Zusammentreffen charakteristischer Symptome ergibt.

Synovektomie Operative Entfernung der entzündeten Gelenkinnenhaut.

Synovia Gelenksflüssigkeit.

Synovialis Gelenkinnenhaut, kleidet die Gelenkhöhle aus und produziert Gelenkflüssigkeit.

Systemische Erkrankung Wenn eine Erkrankung den gesamten Organismus erfasst.

Systemischer Lupus erythematodes Autoimmunerkrankung; es können Haut, Gelenke und innere Organe betroffen sein; Frauen sind häufiger betroffen.

Szintigraphie Eine nuklearmedizinische Untersuchung.

Tenderpoints Druckschmerzempfindliche Punkte an bestimmten Stellen des Körpers; speziell bei der Fibromyalgie.

Tendopathie Sehnenenerkrankung.

Tendomyose Erkrankung von Sehnen- und Muskelverbindungen.

Thorax Medizinische Bezeichnung für den Brustkorb.

TNF- α -Inhibitor TNF- α -Hemmer.

Tumornekrosefaktor (TNF) alpha (α) Natürlich vorkommender Botenstoff (Zytokin) des Immunsystems, der unter anderen eine zentrale Rolle bei vielen Entzündungsprozessen spielt.

Ulkus Fachbegriff für ein Geschwür.

Ulnardeviation Gerade bei der rheumatoiden Arthritis kann es, wenn durch starke Entzündungen die Finger deformiert werden, zu einer Abweichung aller Finger in Richtung des Kleinen Fingers in den Grundgelenken kommen (= Ulnardeviation).

Vaskulitis Eine Gefäßentzündung.

Zytokin Oberbegriff für zahlreiche körpereigene Botenstoffe, die Signale zwischen Zellen übermitteln und damit eine wichtige Rolle bei Immunreaktionen spielen. Zu den Zytokinen gehören z.B. die Interleukine und TNF- α .

Sachverzeichnis

- Abatacept 117
- Acetylsalizylsäure 105
- Actonel 67, 94
- Adalimumab 116
- Akupressur 119
- Akupunktur 119
- Alendronat 94
- ANA 58
- Anakinra 71
- Analgetika 106
- Anamnese 49
- Anti-CCP 58
- Antinukleäre Antikörper (ANA) 58
- Arava 114
- Arthritis urica 53
- Arthrodesse 123
- Arthropathien bei chronisch entzündlicher
 Darmkrankung 71
- Arthrose 47, 87
- Arthroskopie 61
- Aspirin 105, 109
- Azafalk 115
- Azathioprin 115

- BASDAI-Index 74
- Basistherapeutika 103, 111
- Biologika, Biologicals 103, 116
- Bisphosphonaten 67
- Blutbild 58
- Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) 56
- Bonviva 94
- Bouchardarthrosen 91

- Brufen 109
- BSG 56
- Bursitis olecrani 97

- C-reaktives Protein (CRP) 57
- Celebrex 109
- Celecoxib 109
- Chlamydien 77
- Chloroquin 113
- Chondroitinsulfat 90, 118
- Codidol 110
- Colchicin 98
- Colitis ulcerosa 78
- Coxibe 107, 108
- CRP 57
- Cyclooxygenase 105
- Cyclosporin A 115

- D-Penicillamin 115
- Deflamat 109
- Dexibuprofen 109
- Diacerein 90
- Diclobene 109
- Diclofenac 109
- Dihydrocodein 110
- DMARDS = Disease Modifying Antirheu-
 matic Drugs 103
- Dolgit 109
- Drei-Phasen-Szintigraphie 60

- Ebetrexat 113
- Elektrotherapie 126
- Enbrel 103, 116

- Enteropathische Arthritiden 78
Enthesiopathie 54, 80
Enthesitis assoziierte Oligoarthritis 102
Epicondylitis lateralis 96
Ernährung 44, 126
Erythema nodosum 77
Etanercept 116
Evista 95

Familiäres Mittelmeerfieber 98
Felden 109
Fibromyalgie 97
Fingerarthrose 90
Forsteo 95
Fosamax 67, 94
Frühkindliche Oligoarthritis 101
Frühsynovektomie 121

Gänsslen-Handgriff 55
Gicht 47, 53
Glucosamin Sulfate 118
Gold 6
Goldpräparat 114

Harnsäure 47, 58
Heberdenarthrose 91
HLA-Antigen 69
HLA B27 58
HLA DR4 69
Homöopathie 120
Humira 116
Hyaluronsäure 90, 118

Ibandronat 94
Ibuprofen 109
Immunoprin 115
Imurek 115
Indobene 109
Indocid 109
Indometacin 109
Infliximab 116
Interleukin 1 70
Iridozyklitis 77
Iritis 54

Juvenile idiopathische Arthritis 99

Kältetherapie 125
Kernspintomographie 60
Kollagenose 80
Kortison 6, 103, 110
Krallendorn 116
Kreuz-Darmbein-Gelenk 77

Lantarel 113
Leber 59
Leflunomid 67, 114
Lornoxicam 109

MabThera 117
Meloxicam 109
Metamizol 106
Methotrexat 63, 114
Mexalen 106, 130
Molekulares Mimikry 70
Monoarthritis 53
Morbus Bechterew 47
Morbus Crohn 78
Morgensteifigkeit 51
Movalis 109
MTX 114
Mykoplasmen 77

Naproxen 109
Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)
 63, 103, 106
Novalgin 106
NSAR 63, 103, 106

Oligoarthritis 53
Orencia 117
Osteoarthrose 87
Osteoblastendifferenzierungsfaktor 70
Osteopenie 67
Osteoporose 93
Österreichische Rheumaliga 11

Pannikulose 97
Paracetamol 89, 106, 130
Parathormon 95
Periarthritis humeroscapularis 96
Phytotherapie 120
Piroxicam 109
Polyarthritis 53
Prednisolon 111
Preotact 95
Prostaglandine 106
Protelos 95
Proxen 109
Psoriasis vulgaris 76
Psoriasisarthritis 53, 71, 76

Radiosynoviorthese (RSO) 60, 124
Raloxifen 95
Reaktive Arthritis 71, 77
Remicade 116

- Resochin 6, 81, 113
RF 57
Rheumacharakter 15
Rheumafaktor (RF) 57, 63
Rheumatoide Arthritis 61
Rhizarthrose 92
Risedronat 94
Rituximab 117
Röntgenuntersuchung 59
RSO 60, 124
- Sakroiliitis 74
Salazopyrin 65, 114
Salmonellen 77
Schmerzhaftes Schultersteife 96
Schuppenflechte 76
Schwangerschaft 129
Selbsthilfegruppe 9
Seractil forte 109
Seronegative polyartikuläre JIA 101
Shigellen 77
Sjögren-Syndrom 83
Spondylarthropathie 71
Spondylarthrose 93
Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) 71
Still-Syndrom 99, 101
Strontiumranelat 95
Subreum 115
Sulfasalazin 114
- Synovektomie 121
Synovia 70
Sysadoa 90, 118
Systemische Sklerose 83
Systemischer Lupus erythematoses 80
- Tennisellbogen 96
TNF- α Antagonisten 116
TNF-Blocker 64
Tocilizumab 118
Tramadol 110
Tumornekrosefaktor Alpha 70
- Übergewicht 47
Ultraschalluntersuchung 60
Undifferenzierte Spondylarthropathie 71
Uveitis 54
- Voltaren 109
- Wärmetherapie 126
Weichteilrheumatismus 96
Weihrauchpräparate 120
Wurstfinger 77
- Xefo 109
- Yersinien 77
- Zöliakie 79
Zytrim 115
-



Dr. Rudolf Puchner, MSc, MBA geboren 1958 in Wels, Studium der Medizin an der Universität Wien. Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin am Klinikum der Kreuzschwestern in Wels.

Ab 1992 bis zur Selbstständigkeit Oberarzt und Leiter der Rheumaambulanz. Ausbildungsaufenthalte in Zürich, München und Wien-Lainz. Zusatzfacharzt für Rheumatologie, Zusatzfacharzt für Gastroenterologie und Hepatologie.

Seit einigen Jahren niedergelassener Internist mit Schwerpunkt Rheumatologie, Magen, Darm und Lebererkrankungen. Mehrere Publikationen, reichliche Vortragstätigkeit zum Thema Rheuma, seit 1991 ständiger ärztlicher Begleiter einer Selbsthilfegruppe, seit 2004 im ärztlichen Beirat der österreichischen Rheumaliga. Zertifizierter Gutachter seit 1999.

Prof. Dr. Pilgerstorfer Preisträger des Jahres 1998.

2005 abgeschlossene Ausbildung zum zertifizierten Qualitätsmanager im Gesundheitswesen (ÖVQ). 2003-2005 Masterstudium an der Donauuniversität Krems „Management im Gesundheitswesen“. 2005–2006 Studium an der Wirtschaftsuniversität Wien mit Abschluss (MBA) in Health Care Management.

Dr. Puchner ist verheiratet mit einer Psychologin und Vater von 3 Kindern.



Daniela Loisl wurde am 17. März 1965 in Leibnitz, Steiermark, geboren. Aus familiären Gründen zog die Familie nach Oberösterreich, wo Frau Loisl auch aufwuchs und zur Schule ging. Ihre Liebe zum Malen konnte sie auch mit ihrer Berufsausbildung verbinden: sie wurde in einer Kunstgalerie zur Einzelhandelskauffrau ausgebildet. 1986 wurde bei ihr chronische Polyarthritits diagnostiziert und die Krankheit zwang sie 1988 den Beruf zu wechseln und sie trat in den Postdienst ein. Seit 1998 ist sie Amtsleiterin im Postamt Aschach/Donau. 1993 gründete sie gemeinsam mit Dr. Puchner die erste Selbsthilfegruppe für Rheuma in Österreich und kam im Zuge dessen auch zur Österreichischen Rheumaliga, wo sie seit 2002 die Funktion der Präsidentin inne hat.