

Martin Gehlen, Juliane Pauder, Michael Schwarz-Eywill

Multimodale Therapie der rheumatoiden Arthritis im Rahmen einer Rehabilitation

Zusammenfassung:

Die Rehabilitation von Patienten mit rheumatoider Arthritis basiert auf multimodalen Konzepten. Wichtige Therapieelemente sind die Ergotherapie, Bewegungstherapie, Sporttherapie, Physiotherapie, Ernährungstherapie, „Medizinisch-Beruflich-Orientierte Rehabilitation“ (MBOR), Patientenschulungen, Psychologie, Entspannungstherapie und Balneotherapie. Ziel dieses Artikels ist es, dem Leser einen Überblick über die Therapieformen und ihren Evidenzgrad in der rheumatologischen Rehabilitation zu geben.

Schlüsselwörter:

Rheumatologie, Rehabilitation, Ergotherapie, Physiotherapie, Bewegungstherapie, Ernährung, Psychologie

Zitierweise:

Gehlen M, Pauder J, Schwarz-Eywill M: Multimodale Therapie der rheumatoiden Arthritis im Rahmen einer Rehabilitation.

OUP 2021; 10: 0128–0132

DOI 10.3238/oup.2021.0128–0132

Einleitung

Die Rheumatoide Arthritis (RA) ist die häufigste entzündlich-rheumatologische Erkrankung. Die Inzidenz beträgt je nach Publikation zwischen 0,3 und 1,0 %. Frauen erkranken häufiger als Männer, im Verhältnis 3:1. Der Haupt-Erkrankungsbeginn liegt zwischen 55 und 75 Jahren. Die RA kann jedoch in jedem Lebensalter auftreten [27]. Übergewicht und ein Nikotinkonsum sind Faktoren, die das Risiko zu erkranken, deutlich erhöhen [13]. Die RA ist eine Systemerkrankung, die zu Schwellungen der Synovia und Zerstörungen der Gelenke führt. Unbehandelt ist das Risiko für das Auftreten kardiovaskulärer Erkrankungen im Rahmen einer RA signifikant erhöht. Die Entwicklung einer Herzinsuffizienz ist doppelt so hoch wie in der Normalbevölkerung. Andere Komorbiditäten wie ein arterieller Hypertonus, eine Osteoporose und ein Diabetes mellitus sind weitere Beispiele.

Dies beeinflusst die Lebenserwartung von RA-Patienten negativ [6]. Ohne adäquate Therapie erleidet die Hälfte der Betroffenen in den ersten 10 Jahren der chronischen Erkrankung irreversible Gelenkveränderungen [26]. Als negative Prognosefaktoren sind der Nachweis eines Rheumafaktors und des Antikörpers gegen cyclisches citrulliniertes Peptid (CCP-AK) zu nennen. Frühe radiologische Veränderungen sprechen für einen ungünstigen Spontanverlauf [24]. Zur Stuserhebung gehört in der Regel eine Nativ-Röntgenaufnahme der Hände und Füße [22].

Multimodale Therapie in der rheumatologischen Rehabilitation

Das Ziel der nicht-medikamentösen Therapie ist die Beeinflussung von Funktionsstörungen und Schmerzen und deren Auswirkung auf den Alltag. Das Prinzip jeder rheumatologischen

Rehabilitation basiert auf multimodalen Therapieansätzen. Das bedeutet, dass die therapeutische Wirkung nicht durch die einzelne Anwendung, sondern durch das Zusammenspiel verschiedener Therapien erreicht wird. Im Folgenden werden sinnvoll aufeinander abgestimmte Therapieelemente zur Behandlung der RA dargestellt.

Ergotherapie

Die Beteiligung der Hand- und Fingergelenke ist eines der Charakteristika der rheumatoiden Arthritis. Der Ergotherapie kommt daher in der Therapie eine besondere Bedeutung zu. Aufgaben der Ergotherapie sind die Handtherapie, Patientenschulungen (Gelenkschutz), Arbeitsplatzgestaltung, Mitwirken an der sozialmedizinischen Begutachtung des MBOR-Teams (Medizinisch-Beruflich-Orientierte Rehabilitation), Hilfsmittelberatung, das Anpassen von Orthesen und Bauen von Schienen [4, 10].

Multimodal therapy of patients with rheumatoid arthritis during rehabilitation

Summary: The rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis is based on multimodal concepts. Ergotherapy, exercise therapy, physiotherapy, nutrition counselling, work related medical rehabilitation (MBOR), socio-medical assessment, patient education, psychology, relaxation methods and balneotherapy are main elements of rehabilitation. The object of this article is to describe the therapeutic approaches and their scientific evidence.

Keywords: Rheumatology, rehabilitation, ergotherapy, exercise therapy, physiotherapy, nutrition, psychology

Citation: Gehlen M, Pauder J, Schwarz-Eywill M: Multimodal therapy of patients with rheumatoid arthritis during. OUP 2021; 10: 0128–0132 DOI 10.3238/oup.2021.0128–0132

Planung der Ergotherapie

Für eine zielgerichtete Planung aller Bereiche der Ergotherapie sollten die Funktionseinschränkungen eines Patienten den Kategorien „entzündliche Krankheitsaktivität“ oder „Schädigungsfolge/Damage“ zugeordnet werden. Diese Einteilung ist sinnvoll, weil Funktionseinschränkungen durch Krankheitsaktivität durch eine medikamentöse Therapie potentiell reversibel sind, während Schädigungsfolgen ausschließlich durch nicht-medikamentöse Therapien behandelt werden (Ergotherapie, operative Maßnahmen).

Die Einschätzung der „Schädigungsfolgen“ der RA erfolgt durch die klinische Untersuchung und Röntgenbilder. Abbildung 1 zeigt ein Röntgenbild des Fußes. Dargestellt ist eine Erosion des MTP 5 Stadium Larsen 4. Die Kenntnis der Erosionen ist für die Planung der Ergotherapie wichtig, weil eine prävalente Erosion ein starker Risikofaktor für weitere zukünftige Gelenkdestruktionen ist. In den meisten Fällen treten die ersten Erosionen an den Vorfüßen am MTP 5 und an dem Fingergrundgelenk MCP 2 auf. Für die Planung der Ergotherapie und des gesamten Rehabilitationsprozesses inklusive der sozialmedizinischen Begutachtung sollten aktuelle Röntgenbilder der Hände und Vorfüße vorliegen.

Für die Funktionalität der Hand sind insbesondere der Erhalt des Handquergewölbes, die Ausprägung einer Ulnardeviation der Finger, eine Subluxation im Handgelenk und die Mobilität der Gelenke von Bedeutung. Durch die Ulnardeviation der Finger

verändert sich der Kraftvektor der Strecksehnen. Im Falle einer Subluxation dieser Strecksehnen kommt es zu einer weiteren Verstärkung der Ulnardeviation im Sinne eines Circulus viciosus.

Abbildung 2 zeigt eine deutliche Ulnardeviation, die die Funktionalität der Hand stark beeinträchtigt. Bei einem so fortgeschrittenen Stadium sind die konservativen Therapiemöglichkeiten eingeschränkt. Es ist wichtig, eine Ulnardeviation in einem möglichst frühen Stadium zu identifizieren, um so noch eine echte therapeutische Option mit konservativen Maßnahmen zu haben. Abbildung 3 zeigt eine Ulnardeviation von MCP 2 in einem sehr frühen Stadium. Durch Entzündungen im Handgelenk kann es zu einer Zerstörung des palmar extrinsischen und intrinsischen Bandapparates kommen, mit der Folge einer Subluxation/Luxation des Radiocarpalgelenkes (Abb. 4).

Als weitere Fehlstellung im Handgelenk ist die Radialabduktion zu nennen, bei welcher der Carpus nach ulnar-proximal und palmar-proximal abdriftet. Durch die innere Kompensation wird das Handgelenk radialabduziert und palmarflektiert. Wenn gleichzeitig eine Ulnardeviation der Finger vorliegt ist das das Vollbild einer „Handskoliose“. Durch die strukturellen Veränderungen kann es zu einem Kraftdefizit der Finger, Verlust des Quergewölbes und Fehlstellungen der Finger kommen. Ebenfalls droht im Langzeitverlauf eine Ruptur der Strecksehnen, auf Grund der scharfkantigen Ecken der Handwurzelknochen.

Z-Deformitäten der Daumen und Schwanenhalsdeformitäten der Langfinger beeinträchtigen die Greiffähigkeit stärker als Knopflochdeformitäten. Alle 3 Veränderungen sollten so früh wie möglich identifiziert werden [4] und sind ebenfalls bei den einzuleitenden therapeutischen Maßnahmen zu berücksichtigen (Abb. 5).

Handtherapie

Handtherapie kann in Gruppen und als Einzeltherapie durchgeführt werden. Es liegen die Therapieprinzipien „Dehnung“ und „Aktivierung einzelner Muskelgruppen“ zugrunde. Die passive Dehnung von Muskel- und Gelenkstrukturen muss vorsichtig durchgeführt werden. Für die Planung der Handtherapie ist die Graduierung der Beweglichkeit nach Seyfried hilfreich. Dabei entspricht der Grad 1 einer normalen, schmerzfreien Beweglichkeit und der Grad 4 einer deutlich eingeschränkten, schmerzhaften Gelenkbeweglichkeit. Wenn Fehlstellungen von Patienten noch weitestgehend ausgeglichen werden können, steht die Aktivierung von Muskeln, die der Fehlstellung entgegenwirken, im Vordergrund. Die Patienten erlernen Übungen, die sie selbst regelmäßig durchführen. Als Therapiemittel bieten sich Therapieknete, Qi Gong-Kugeln oder die Kombination der Bewegungen mit thermischen Anwendungen im warmen oder kalten Kies an [3, 4].

Patientenschulungen (Gelenkschutz)

In Schulungen zur Gelenkphysiologie und zum Gelenkschutz werden Methoden vermittelt, die eine Überlas-



Abbildung 1 Röntgenbild des linken Vorfußes



Abbildung 2 Foto einer rechten Hand; deutliche Ulnardeviation der rechten Hand und ulnare Subluxation der Strecksehne DIII. Eine Streckung im MCP-Gelenk ist nicht mehr möglich.



Abbildung 3 Foto einer rechten Hand; Synovitis von MCP 2. Der Finger 2 zeigt in entspannter, hängender Position leicht nach Ulnar. Bei der Untersuchung der Finger in gestreckter Position wäre das der Untersuchung entgangen. Der Befund ist wichtig, weil hier eine ergotherapeutische Behandlung gute Chancen bietet, einen weiteren Progress einer Ulnardeviation aufzuhalten.

tung der Gelenke bei Beanspruchung im Alltag durch adäquaten Gelenkeinsatz verhindern sollen. Dazu gehören auch das Selbsthilfe-Training und die Anpassung der häuslichen Gegebenheiten. Hilfsmittel, die eine Überlastung oder Fehllastung in den Gelenken vorbeugen wie z.B. Flaschenöffner, Griffverdickungen usw. werden vorgestellt und ausprobiert [4].

Orthesen und Schienenbau

Konfektionierte Orthesen werden bei Patienten mit geringen bis mäßigen Fehlstellungen eingesetzt, individuell gefertigte thermoplastische Schienen in erster Linie bei Patienten mit starken Fehlstellungen. Ziel der statischen Schienen und Orthesen ist eine passive Gelenkstabilisierung. Dynamische Schienen werden vor allem postoperativ eingesetzt [4, 9].

Bewegungs-, Sport- und Physiotherapie, Medizinische Trainingstherapie (MTT)

Bewegungs- und Sporttherapien wie Nordic Walking, Wassergymnastik, Wanderungen, Frühspport, Funktionsgymnastik und Rückengymnastik sind zentrale Elemente einer rheumatologischen Rehabilitation. Medizinische Trainingstherapie (MTT) beinhaltet das gezielte Training von Muskelgruppen an Trainingsgeräten. Ziele

dieser Anwendungen sind die Verbesserung von ganzen Bewegungsketten, Reduktion des kardiovaskulären Risikoprofils, Reduktion der Inflammation, die Verbesserung der Grundlagenausdauer und der Muskelkraft [20].

Training ganzer Bewegungsketten

Ein aktiv entzündetes Gelenk und chronisch destruierende Gelenkveränderungen als Folge von Entzündung haben Auswirkungen auf die Statik des Körpers. Das gilt insbesondere für Gelenke der gewichtstragenden unteren Extremitäten. Gelenkveränderungen an Füßen oder Knien können erhebliche Auswirkungen auf weiter kranial gelegene Bereiche des Skelettsystems haben. Daher liegt ein besonderer Schwerpunkt auf dem Zusammenspiel der gesamten Bewegungskette [20].

Grundlagenausdauertraining

Ein Aerobes Training hat positive Auswirkungen auf Lebensqualität und Schmerz. Die Effekte werden in einer Metaanalyse aus 14 randomisiert kontrollierten Studien als klein, aber signifikant beschrieben [2]. Es ist immer evidenter, dass aerobes Training einen positiven Effekt auf die immunologisch vermittelte Entzündung hat. Dieser konnte unter anderem durch eine Reduktion des C-reaktiven Proteins (CRP) belegt werden und wird als eine

der Ursachen für die Wirkungen bei der koronaren Herzkrankheit (KHK) diskutiert [5]. Auch wenn dieser Effekt nicht ausreichend zu sein scheint, um sich in einer Veränderung des DAS-28 widerzuspiegeln [2], ist aerobes Training vor dem Hintergrund einer Reduktion des kardiovaskulären Risikos in hohem Maße sinnvoll. Aerobes Training hat kleine, aber eindeutige Effekte auf das Symptom Fatigue [21].

Muskelkraft, Beruf

Beim MTT werden gezielt Muskelgruppen gekräftigt. Dieses hat zusätzlich Auswirkungen auf Funktionsstörungen und Lebensqualität [1]. Die Auswahl der durchzuführenden Übungen erfolgt einerseits aufgrund des klinischen Befundes (muskuläre Ungleichgewichte, Haltungsfehler), andererseits aufgrund des Berufes. Für verschiedene Berufsgruppen werden Übungen zusammengestellt, die typische Belastungen simulieren (berufliches Gerätetraining). Die Übungen dienen auch dazu, dass der Patient für sich herausfinden kann, ob er sich den Belastungen des Berufes gewachsen fühlt und sich eine Wiedereingliederung in den Beruf zutraut [11].

Ernährungstherapie

Das Ernährungsverhalten spielt in der Behandlung der rheumatoiden Arthri-



Abbildung 4 Foto einer rechten Hand; Subluxation im Radiocarpalgelenk mit Gefährdung der Strecksehnen. Dieses ist besonders problematisch bei Patienten, bei denen volle Beweglichkeit des Handgelenkes vorliegt bzw. keine Versteifung aufgetreten ist.



Abb. 1–5: Martin Gehlen

Abbildung 5 Foto einer linken Hand; Z-Daumen- und Schwanenhalsdeformitäten der Finger D3–5. Die Schwanenhalsdeformitäten sind hier noch in einem relativ frühen Stadium. Sie treten im vorliegenden Fall nur auf, wenn der Patient die Streckmuskulatur anspannt (sichtbar an den Strecksehnen). Das frühe Identifizieren der Veränderungen ist entscheidend für den Therapieerfolg. Bei einer oberflächlichen Untersuchung besteht die Gefahr, dass diese Veränderungen übersehen werden.

tis eine wichtige Rolle. Es geht um die Optimierung des Gewichtes, Reduktion von Entzündung und Beeinflussung von Co-Morbiditäten der RA, wie z.B. der KHK oder der Osteoporose. Das Ziel ist dabei nicht nur Wissensvermittlung, sondern auch die Änderung von Verhaltensweisen. Besonders bewährt hat sich dafür die „Lehrküche“. Es ist allgemein bekannt, dass durch die Ernährung die KHK-Risikofaktoren Adipositas, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus und Arterieller Hypertonus positiv beeinflusst werden können [15, 18, 19, 23, 25].

Auch für die Entstehung einer Osteoporose ist die RA ein starker Risikofaktor. Auf eine ausreichende Calcium- und Vitamin-D-Aufnahme ist zu achten. Bei einer hohen Prävalenz von Laktoseintoleranz im Erwachsenenalter geht es insbesondere darum, Calciumquellen außerhalb von Milchprodukten zu nutzen. Hierfür können z.B. Brokkoli, Grünkohl, Fenchel, Champignons, Lauch, Nüsse, Kichererbsen, weiße Bohnen und calciumhaltiges Mineralwasser verwendet werden [7].

Begutachtungsmedizin

Alle Patienten, die eine Rehabilitation über die Deutsche Rentenversicherung durchführen, erhalten eine sozialmedizinische Leistungs-

beurteilung mit Einschätzung des positiven und negativen Leistungsvermögens für die letzte berufliche Tätigkeit und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dabei wird festgelegt, ob die aktuelle Tätigkeit weiterhin ausgeübt werden kann und ob leichte, mittelschwere oder schwere Arbeiten möglich sind. Durch die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe können die Patienten Hilfen erhalten, um wieder in die Erwerbsfähigkeit zurückzukehren [12, 14].

Patientenschulungen

Ein entscheidender Faktor für einen Therapieerfolg ist die Mitwirkung des Patienten. Nur ein gut informierter Patient wird die nötige Compliance haben, eine langfristige medikamentöse Therapie durchzuhalten, und wird Alarmsignale richtig deuten. In der täglichen Praxis haben sich multimodale, interdisziplinäre Schulungen bewährt. Neben Wissensvermittlung sollen durch einen psychoedukativen Ansatz Verhaltensänderungen bewirkt und das Selbstmanagement gefördert sowie die Motivation zu einer gesunden Lebensweise gestärkt werden [16]. Multimodale Patientenschulungen sind integraler Bestandteil jeder rheumatologischen Rehabilitation und gut evaluiert [22].

Psychologie und Psychologische Schmerztherapie

Eine chronische Erkrankung, die mit Schmerzen und Funktionseinschränkungen einhergeht, kann Ängste und depressive Verstimmungen hervorrufen. Die Notwendigkeit einer langjährigen Medikamenteneinnahme mit potentiellen Nebenwirkungen belastet viele Patienten. Reaktive psychische Probleme sind von koinzidenten vorbestehenden Erkrankungen (z.B. Depression oder Angststörung) abzugrenzen. Es ist Aufgabe der Psychologie, dem Betroffenen Alltagsstrategien an die Hand zu geben, um eine bessere Krankheitsverarbeitung zu erzielen.

Wenn Schmerzen durch eine Therapie nicht vollständig genommen werden können, so ist die Bewertung und Akzeptanz der Schmerzen von entscheidender Bedeutung. Im Rahmen einer psychologischen Schmerztherapie erlernen die Patienten Techniken, mit chronischen Schmerzen besser umgehen zu können. Die Patienten erlernen Entspannungsverfahren wie Autogenes Training oder Progressive Muskelentspannung, um den Stress zu reduzieren.

Balneotherapie, Physikalische Therapie

Der Schwerpunkt rheumatologischer Rehabilitationskonzepte liegt auf Ak-



SCHNELL GEGEN SCHMERZ, LANGFRISTIG WIRKSAM.

Die Train-Bandagen
von Bauerfeind



BAUERFEIND.COM

Gehlen, Pauder, Schwarz-Eywill: Multimodale Therapie der rheumatoiden Arthritis im Rahmen einer Rehabilitation

tivität. Passive Anwendungen, wie z.B. Moorpackungen, Soletherapie, Wannenbäder, Kneippgüsse, Kohlendioxidbäder und Kältetherapie, haben aber unverändert einen Stellenwert in der Therapie. Patienten berichten von deutlicher Schmerzreduktion und Verbesserung der Beweglichkeit durch die Balneotherapie. Die Wirkung der Balneotherapie entsteht nicht durch die einzelne, sondern durch die seriellen Anwendungen und insbesondere durch die Kombination mit aktiven Übungen. In den letzten Jahren konnte für die einzelnen balneotherapeutischen Maßnahmen deutlich mehr Evidenz gewonnen werden. Exemplarisch sei eine prospektive Studie zu seriellen Moor-Vollbädern bei Patienten mit RA genannt. Durch die Anwendungen konnten nicht nur Funktionsverbesserungen und Schmerzreduktion, sondern auch eine antientzündliche Wirkung auf molekularer Ebene belegt werden [8].

Zusammenfassung

Die Rehabilitation ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Therapie von Patienten mit rheumatoider Arthritis. Durch die Vielfalt der Anwendungen und das selbständige Fortführen der erlernten Inhalte nach der Rehabilitation können Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf Alltag und Beruf positiv beeinflusst werden. Die Begutachtung der berufsbezogenen Leistungsfähigkeit wird nicht alleine durch den Arzt, sondern durch das gesamte Rehabilitations-Team durchgeführt, dem neben dem sozialmedizinisch versierten Rheumatologen und Orthopäden auch Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter angehören.

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Das Literaturverzeichnis zu
diesem Beitrag finden Sie auf:
www.online-oup.de.



Foto: Martin Gehlen

Korrespondenzadresse

Dr. med. Martin Gehlen
Klinik DER FÜRSTENHOF
Fachklinik für Rheumatologie,
Osteologie,
Orthopädie und Gynäkologie
Osteologisches Schwerpunkt- und
Forschungszentrum DVO
31812 Bad Pyrmont
gehlen@staatsbad-pyrmont.de