

» von wegen tatenlos ...«

Perspektiven im Leben mit der rheumatoiden Arthritis



4

Herausgeber

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband. e.V.
Maximilianstr. 14
53111 Bonn

Redaktion

Susanne Walia

Fachliche Beratung

Christel Kalesse

Projektabwicklung

Susanne Walia, Christa Dahm

Gestaltung

diller . corporate, Köln
www.diller-corporate.de

Druck

DCM, Meckenheim

2. Auflage - 30.000 Exemplare, 2003

Drucknummer: A 13/BV/12/03

Mit freundlicher Unterstützung
von Pfizer GmbH

Bildnachweis

Hase Spezialräder, Waltrop; Dr. Uli Horn;
mkg-Verlag, Bad Dürkheim; »mobil«,
Magazin der Deutschen Rheuma-Liga;
Toni Sattel; Union Deutsche Lebensmittel-
werke GmbH, Hamburg



Trotz der relativ großen Zahl der Betroffenen und der besonderen Schwere der Erkrankung gibt es in der Öffentlichkeit keine rechte Vorstellung von der chronischen Polyarthrits oder rheumatoiden Arthritis wie sie auch zunehmend bezeichnet wird. Als Betroffene stoßen wir daher in der Öffentlichkeit und im eigenen Bekanntenkreis immer wieder auf Nicht-Wissen, Unverständnis und Vorurteile.

Um so wichtiger ist daher die Aufklärung über rheumatoide Arthritis und die besondere Situation der an rheumatoider Arthritis erkrankten Menschen.

In der vorliegenden Broschüre berichten wir, welche hoffnungsvollen Fortschritte es in der Therapie, im Gelenkersatz und in der Patientenschulung gibt. Wir zeigen auch, wie wichtig und wirkungsvoll die regelmäßige Bewegungstherapie und der Gelenkschutz sind. Darüber hinaus muss jeder für sich den geeigneten Weg finden, um mit der Krankheit auf Dauer zurecht zu kommen. Auch hierzu zeigen wir drei ganz persönliche Perspektiven von Betroffenen. Denn solange die rheumatoide Arthritis nicht wirklich heilbar ist, so lange werden wir, die Betroffenen, lernen damit zu leben.

Als Hilfs- und Selbsthilfegemeinschaft wollen wir mit dieser Broschüre ganz besonders jenen Mut zusprechen, die vielleicht in Resignation und Isolation seit vielen Jahren bereits mit der rheumatoiden Arthritis leben. Gehen Sie den ersten Schritt und nehmen Sie Kontakt auf mit der Rheuma-Liga-Gruppe in Ihrer Nähe! Tauschen Sie sich aus mit anderen Betroffenen, engagieren Sie sich in unserer Gemeinschaft, wie dies bereits viele tausend andere rheumakranke Menschen tun.

Ich möchte allen Autorinnen und Autoren danken, die Ihren Teil zum Gelingen dieser Broschüre beigetragen haben. Ganz besonders aber danke ich Herrn Professor Hammer, der uns von Beginn an als fachlicher Berater des Projektes und Autor zur Seite stand .

Ihre
Prof. Dr. Ing. habil. Christine Jakob
Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga



	Vorwort	5
	Einleitung	7
1	Rheumatoide Arthritis – was ist das für eine Krankheit	9
6	2 Was hilft gegen Schmerz, Entzündung, Gelenkerstörung? Altbewährtes, Neues, Dubioses	13
	2.1 Auf die richtige Kombination kommt's an: Medikamente	14
	2.2 Mal kalt, mal warm – physikalische Therapie	18
	2.3 Möglichkeiten der psychologischen Schmerzbewältigung – Alles beginnt im Kopf	19
	2.4 Griff nach dem letzten Strohalm – Warnung vor Scharlatanen und Wundermitteln	20
	2.5 Operationen – die richtige zur rechten Zeit	23
	3 Hilfen für den Alltag	27
	3.1 Patientenschulung	28
	3.2 Gelenke bewegen, Gelenke schützen	29
	3.3 Gibt es eine »Rheuma-Diät«?	33
	4 Lebensperspektiven	37
	4.1 Kraft schöpfen als (Über-)Lebensstrategie	38
	4.2 Zwischen Reha und Rente – Meine persönliche Perspektive	41
	4.3 Der Mensch als »wandelnder Rheumafaktor« – Philosophische Betrachtungen	43
	5 Das Netzwerk der Deutschen Rheuma-Liga	45
	6 Stichwortverzeichnis	47
	7 Anschriften der Deutschen Rheuma-Liga	48
	8 Kostenlose Schriften der Deutschen Rheuma-Liga	50



1

KAPITEL

8

RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Was ist das für eine Krankheit?

1

9

KAPITEL

RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Was ist das für eine Krankheit?

1

10

KAPITEL

Die **rheumatoide Arthritis** (internationale Bezeichnung) ist die häufigste entzündliche Erkrankung der Gelenke. In der deutschsprachigen Bezeichnung **chronische Polyarthrit** finden sich die wichtigsten Charakteristika der Krankheit wieder: chronisch bedeutet eine lange Zeitdauer der Erkrankung, Arthritis bedeutet Gelenkentzündung, und Poly- bedeutet, dass eine Vielzahl (von Gelenken) betroffen ist. Obwohl diese deutsche Bezeichnung das Wesen der Erkrankung besser wiedergibt, wird heute zunehmend mehr der Begriff **rheumatoide Arthritis** verwendet, da dies auch international verständlich ist.

Untersuchungen zur Häufigkeit der rheumatoiden Arthritis ergeben, dass weltweit bei ca. 0,5 bis 1 % der Bevölkerung mit dieser Krankheit zu rechnen ist. In Deutschland rechnet man mit ca. 800.000 Erkrankten, wobei Frauen ca. drei mal öfter betroffen sind als Männer. Auftreten kann die Erkrankung in jedem Lebensalter; am häufigsten beginnt sie zwischen dem dreißigsten und fünfzigsten Lebensjahr.

Was weiß man heute über die Ursachen der rheumatoiden Arthritis?

Obwohl die Forschung in den letzten Jahren viele Fortschritte gemacht hat, ist die Ursache der Erkrankung immer noch nicht geklärt. Im Altertum nahm man an, dass der »Fluss der Körpersäfte« gestört sei. Anfang des letzten Jahrhunderts wurde die Tuberkulose verdächtig, die rheumatoide Arthritis auszulösen. Diese Vermutung, wie auch die Rolle anderer Erreger (Viren, Bakterien, Parasiten) bei der Auslösung der Erkrankung, konnte bis heute nicht bewiesen werden. Aktuell wird eine Fehlsteuerung des Immunsystems diskutiert, wobei zu Krankheitsbeginn durchaus Infektionserreger eine Rolle

spielen könnten. Wahrscheinlich ist auch eine erbliche Veranlagung erforderlich, die beim Zusammentreffen mit bestimmten Infektionserregern zum Ausbruch der Erkrankung führen kann. Forschungen der letzten Jahre zeigten vor allem, welche entzündungsfördernden Gewebshormone (sogenannte **Zytokine**) eine wichtige Rolle spielen. Aus diesen Erkenntnissen erwachsen heute neue Möglichkeiten zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis, die auch bei fehlendem Wissen der eigentlichen Ursache auf eine bessere Prognose als früher hoffen lassen.

Wie sieht das Krankheitsbild rheumatoiden Arthritis aus?

Bei der rheumatoiden Arthritis sind anfangs meist die kleinen Finger- und Zehengelenke betroffen. Mit oft plötzlichem Beginn schmerzen die Gelenke, schwellen an und sind überwärmt. Gelenkschmerzen und eine eingeschränkte Beweglichkeit sind in der zweiten Nachthälfte und morgens am stärksten ausgeprägt, die Unbeweglichkeit beim Aufwachen wird als »Morgensteife« bezeichnet. Je nach Aktivität der Erkrankung kann diese Morgensteife mehrere Stunden betragen. Neben diesem typischen Beginn der rheumatoiden Arthritis sind gelegentlich am Anfang auch nur einige große Gelenke betroffen, z. B. Kniegelenke, Sprunggelenke, im Alter oft die Schultergelenke.

Im Laufe von Wochen oder auch Monaten werden mehr und mehr Gelenke befallen, so dass der Begriff **Polyarthrit** wirklich zutrifft. Neben der Entzündung in den Gelenken verändern sich oft auch die Sehnencheiden und schwellen an (z. B. die Fingerstrecksehnen auf dem Handrücken). Auch die Wirbelsäule, meist die Halswirbelsäule, und Schleimbeutel über den Gelenken können betroffen sein, letztere häufig am

Ellenbogen. Allgemeinsymptome wie Müdigkeit, Leistungsschwäche, Fieber, Nachtschweiß und eventuelle Gewichtsabnahme zeigen, dass der ganze Körper in den Entzündungsprozess mit eingebunden ist. Als charakteristisches Merkmal bilden sich bei ca. 10 bis 20 % der Patienten sogenannte **Rheumaknoten**, z. B. im Bereich der Ellenbogen und der Finger. Der Verlauf der Erkrankung ist oft »schubweise«, d.h. für einige Zeit sind die Gelenke besonders schmerzhaft und geschwollen und es besteht ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl. Zu Beginn der Erkrankung können auch beschwerdefreie Intervalle auftreten, die im weiteren Verlauf seltener werden. Insgesamt verläuft die rheumatoide Arthritis sehr unterschiedlich, wobei mit einem spontanen Stillstand der Erkrankung nur bei weniger als 10 % der Betroffenen zu rechnen ist. Das Besondere bei dieser Erkrankung ist, dass die entzündlich veränderten Zellen der Gelenkschleimhaut sowie freigesetzte Enzyme und Gewebshormone den Gelenkknorpel und -knochen schädigen. Bei ungebremster Entzündung werden diese Gelenkstrukturen zunehmend abgebaut, die Gelenke werden zerstört. Zusätzlich können bei schweren Verläufen andere Organe in Mitleidenschaft gezogen werden, z. B. Augen, Herz und Herzbeutel, Lunge, Rippenfell und andere. Auch Nerven können bei der Erkrankung geschädigt werden, z.B. durch Druck der entzündlich verdickten Gelenkinnenhaut auf einen Nerv (z. B. am Handgelenk auf den Medianus-Nerven, genannt wird dies das **Carpaltunnel-Syndrom**).

Diagnostik der rheumatoiden Arthritis

Das Erkennen der richtigen Diagnose zu einem frühen Zeitpunkt ist bei allen rheumatischen Erkrankungen wichtig, um eine effektive Therapie zur Vermeidung von Folgeschäden einzuleiten. Die Diagnose der rheumatoiden Arthritis wird anhand der Krankheitssymptome und Begleitumstände

Kriterien zur Diagnosestellung der rheumatoiden Arthritis
sogenannte **ACR-Kriterien** (American College of Rheumatology = amerikanische Rheumatologie-Gesellschaft)

1. *Morgensteife der Gelenke von mindestens einer Stunde Dauer bis zur max. Besserung*
2. *Entzündung in drei und mehr Gelenkregionen: mindestens in drei Gelenken Weichteilschwellung oder Erguss (nicht nur knöcherne Verdickung !)*
3. *Arthritis der Hand: mindestens eine Gelenkregion geschwollen in einem Hand- oder Fingergelenk (ausgenommen: Fingerendgelenke)*
4. *symmetrische Arthritis: Beteiligung der gleichen Gelenkregionen auf beiden Körperhälften*
5. *Rheumaknoten: subkutane Knoten über Knochenvorsprüngen oder in Gelenknähe*
6. *Nachweis von Rheumafaktoren im Blut*
7. *röntgenologische Veränderungen typisch für die rheumatoide Arthritis*

4 der 7 Kriterien müssen vorhanden sein; die Kriterien 1 - 4 müssen über mindestens 6 Wochen bestanden haben

(Krankenvorgeschichte) sowie durch die rheumatologische Untersuchung gestellt. Der Arzt orientiert sich dabei auch an anerkannten Kriterien (siehe Tabelle **ACR-Kriterien**). Laboruntersuchungen werden durchgeführt zum Nachweis von Rheumafaktoren und Entzündungsmarkern im Blut. Rheumafaktoren sind allerdings nicht beweisend, sondern nur hinweisend auf eine rheumatoide Arthritis (Rheumafaktoren finden sich auch bei anderen Erkrankungen, wobei sie keine diagnostische Bedeutung haben). Röntgenuntersuchungen sind zu Krankheitsbeginn und im Verlauf erforderlich, um das Ausmaß evtl. schon eingetretener Schädigungen der Knochen erkennen und einen Erfolg der eingeleiteten Therapie abschätzen zu können. Zusätzliche Informationen über Gelenkweichteile werden mit dem Ultraschall gewonnen, z. B. Gelenkerguss, entzündlich verdickte Gelenkinnenhaut (Synovialmembran), Schleimbeutel. Aufwendigere bildgebende Diagnostikverfahren, wie z. B. die Magnetresonanztomographie (*) kommen bei gezielten Fragestellungen zum Einsatz, z.B. bei entzündlicher Beteiligung der Halswirbelsäule.

(Bei dieser Methode werden alle Strukturen, besonders gut Weichteilgewebe, mit Hilfe eines starken Magnetfeldes dargestellt - ohne Verwendung von Röntgenstrahlen)*



Prof. Olaf Adam ist Ernährungsmediziner am Walther-Straub-Institut der Ludwig-Maximilians Universität in München. (Autor des Kapitels 3.3)

Susanne Bitzer-Muñoz arbeitet als Ergotherapeutin in Berlin, hat langjährige Erfahrung in der Behandlung von Rheumabetroffenen. Für die Deutsche Rheuma-Liga verfasste sie den Ratgeber »Mobil trotz Rheuma« aus dem das Kapitel 3.2 / Ergotherapie entlehnt ist (s. Seite 46)

Professor Dr. Michael Hammer ist internistischer Rheumatologe, arbeitet als Chefarzt der Klinik für Rheumatologie im Nordwestdeutschen Rheumazentrum am St. Josef-Stift Sendenhorst und ist im Landesvorstand der Deutschen Rheuma-Liga NRW aktiv. (Autor der Kapitel 1 und 2.1 – 2.4 und fachlicher Berater des Gesamtprojektes)

Christel Kalesse ist seit Gründerzeiten auf Landes- und Bundesebene in der Deutschen Rheuma-Liga in der Vorstandsarbeit und in der direkten Beratung von Betroffenen engagiert. Sie ist verheiratet und lebt mit ihrem Mann in Hamburg.

Beate Keller ist als Krankengymnastin am Nordwestdeutschen Rheumazentrum im St. Josef-Stift Sendenhorst tätig (Autorin des Kapitels 3.2 / Krankengymnastik)

Dr. Martin Quarz ist Chefarzt für Orthopädie im Median Reha-Zentrum, Bernkastel-Kues und ärztlicher Berater des Redaktionsteams mobil – Zeitschrift der Deutschen Rheuma-Liga. (Autor des Kapitel 2.5)

Prof. Thomas Rentsch ist an der Philosophischen Fakultät der Technischen Universität Dresden tätig. Er lebt selbst mit rheumatoider Arthritis.

Brunhilde Sattel ist Chefredakteurin von mobil – Zeitschrift der Deutschen Rheuma-Liga. Ihren Beruf als Gymnasiallehrerin konnte Sie wegen rheumatoider Arthritis nicht ausüben. Sie lebt in Maxdorf ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder.

Susanne Walia ist Dipl. Psychologin und Journalistin. Sie arbeitet als Referentin für Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung in der Geschäftsstelle der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband, Bonn. (Autorin des Kapitels 3.1)

Dagmar Wolf ist freie Journalistin und Buchautorin. Sie arbeitet als Redakteurin für die Zeitschrift »mobil« und lebt mit ihrer Familie in Tauberbischofsheim (Ko-Autorin des Kapitels 3.3)

Die Bildauswahl besorgte **Maren Andresen**, Nachlaßverwalterin des Fotoarchivs von **Dr. Uli Horn**. Der langjährige Chefredakteur von »mobil« verstarb 1997 an den Folgen der rheumatoiden Arthritis, die sein ganzes Leben prägte, ihn aber nicht davon abhalten konnte Tausende von brillanten Fotos zu schießen und viele Reisen zu unternehmen.