

Rheumatoide Arthritis in der Ergotherapie

Von Sophie Schwitek

September 2014

Inhaltsangabe

Abkürzungsverzeichnis

1. Einleitung	S.5
1.1 Vorstellung der Arbeit	S.5
1.2 Ziel der Arbeit	S.6
2. Theoretischer Hintergrund	S.7
2.1 Was ist rheumatoide Arthritis	S.6
2.1.2 Ursachen	S.7
2.1.2 Symptome	S.8
3. Nicht ergotherapeutische Therapiemöglichkeiten	S.11
3.1 Medikamentöse Therapie	S.11
3.2 Physiotherapie	S.13
3.3 Ernährungstherapie	S.15
3.4 Psychologische Therapie	S.15
3.4.1 Schmerztherapie	S.16
3.5 Operative Möglichkeiten	S.18
4. Möglichkeiten der Behandlungsgestaltung in der Ergotherapie	S.19
4.1. Befunderhebung mit Assessments und Testungen	S.19
4.2 Manuelle und funktionelle Therapie	S.21
4.3 Thermische Anwendungen	S.21
4.3.1 Wärmeanwendungen	S.21
4.3.2 Kältetherapie	S.22
4.4 Elektrotherapie	S.22
4.5 Gelenkschutz	S.23
4.6 Schienen- und Hilfsmittelversorgung	S.24

4.7	ADL-Training	S.26
4.7.1	Produktivität	S.26
4.7.2	Selbstversorgung	S.27
4.7.3	Freizeit	S.28
4.8	Schmerzbehandlung	S.28
5.	Diskussion über ergotherapeutische Patientenschulung und Konzept	S.29
6.	Ausblick	S.31
	Literaturverzeichnis	
	Anhänge	

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AFM	Allensbacher Feinmotorik Test
allg.	allgemein
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DIP	(Articulatio) distales interphalangeales → Fingerendgelenk
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
ggf.	gegebenenfalls
Kap.	Kapitel
MCP	(Articulatio) metacarpophalangeales → Fingergrundgelenk
NSAR	nicht steroidale Antirheumatika
PIP	(Articulatio) proximales interphalangeales → Fingermittelgelenk
RA	rheumatoide Arthritis
sog.	sogenannt
u.a.	unter anderem
u.ä.	und ähnliche
u.U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
z.T	zum Teil

1. Einleitung

In Westeuropa sind ca. 1% der Bevölkerung, d.h. zum Beispiel 800.000 Menschen in Deutschland und 70.000 Menschen in der Schweiz (vgl. Bernhard 2001: S. 179; Loddenkemper 2007: S. 30) von rheumatoider Arthritis betroffen.

Laut einer Sekundäranalyse von Thieme H. et al. zeigt sich, dass ein Mangel an der ergotherapeutischen Versorgung bei rheumatoider Arthritis vorhanden ist. Die Wichtigkeit einer umfangreichen und gesamtheitlichen Versorgung solcher Patienten wird deutlich, wenn man die Entwicklung in der Gesundheitspolitik betrachtet. Schließlich entsteht durch die rheumatoide Arthritis, gleich ob direkt oder indirekt, hohe Kosten für Krankenkassen und Arbeitgeber.

Besonders Ergotherapeuten können den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. Ihre Behandlung ist sehr alltags-, betätigungs- und partizipationsorientiert. All dies sind optimale Voraussetzungen, um Patienten in allen Lebenslagen angemessen und individuell beraten und schulen zu können. Auch wird bei der ergotherapeutischen Behandlung nach den Standards der ICF gearbeitet und kann somit internationalen Vergleichen stand halten.

Leitlinien wie die Leitlinie zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis der ‚British Society for Rheumatology‘ und ‚British Health Professionals in Rheumatology‘ bestätigen, dass ergotherapeutische Interventionen wie Gelenkschutz, Fatigue-Management und Hilfe bei funktionellen Defiziten, psychologische Unterstützung und Sicherung der Erwerbstätigkeit in der Frühphase wirkungsvoll und indiziert sind (vgl. Thieme, H. 2010: 435ff).

Zur Vereinfachung und dem besseren Lesefluss wird in der Hausarbeit nur die männliche Form verwendet.

1.1 Vorstellung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit definiert zunächst rheumatoide Arthritis und beschreibt ihre Ursachen und Symptome. Anschließend widmet sie sich ergotherapeutischen Behandlungsmethoden und Befundungsinstrumenten. Um ein Gesamtbild der interdisziplinären Therapie zu bieten, werden andere Therapiemöglichkeit miteinbezogen. Schließlich sollte ein Therapeut auch Bescheid wissen, welche Alternativen bzw. Ergänzungen es in der

Behandlung gibt, um den Patienten umfassend aufklären und beraten zu können, aber auch um entstehende Konsequenzen, wie Nebenwirkungen von Medikamenten, berücksichtigen zu können.

1.2 Ziel der Arbeit

Ziel der Arbeit ist es, über rheumatoide Arthritis aufzuklären, Therapieangebote aufzuzeigen und darzustellen. Rheumatoide Arthritis ist eine fortschreitende Krankheit, bei der nur Symptome behandelt werden können. Deswegen ist es wichtig, die Patienten bezüglich der Krankheit zu schulen und zu beraten.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Was ist rheumatoide Arthritis

„Die rheumatoide Arthritis (RA) ist eine chronische, unter Umständen remittierend oder schubweise verlaufende entzündliche, destruierende Gelenkerkrankung (Synovialitis) mit Schwellung, Schmerzen, Tendenz zur Bewegungseinschränkung bis zur Ankylosierung, auch Stabilitätsverlust, Deformierung und Deviationen mehrerer peripherer Gelenke mit entsprechenden Folgezuständen (z.B. Muskelatrophien), oft unter Beteiligung der Sehnenscheiden und der Halswirbelsäule und mit möglichen Manifestationen außerhalb des Bewegungsapparates.“ (Thumb et al. 2001, S. 59)

Um eine RA zu diagnostizieren wurde ein Kriterienkatalog der American Rheumatism Association (mittlerweile American College of Rheumatology) erstellt. Dieser ist eine Revision aus dem Jahre 1987. Unter der RA leiden Menschen, auf die mindestens vier der sieben Kriterien (Morgensteifigkeit, Arthritis von drei oder mehreren Gelenken, Arthritis der Hand, symmetrische Arthritis, Rheumaknoten, Rheumafaktor im Serum, radiologische Veränderungen) über mindestens sechs Wochen zutreffen (vgl. Thumb et al. 2001: 59f).

Bernhard und Villiger definieren die RA als eine systemische Autoimmunerkrankung, die normalerweise mit einem Befall der peripheren Gelenke beginnt. Sie geben an, dass die Lebenserwartung um 5-10 Jahren vermindert sei, wobei Infekte, Nieren-, Atemwegs- und Magen-Darm-Erkrankungen dafür verantwortlich sind. Dies liege an der Grunderkrankung selbst oder an den Folgen der medikamentösen Immunsuppression (vgl. Bernhard und Villiger 2001: 179).

Interessant ist zudem, dass Frauen in jüngeren Jahren sechs Mal häufiger an RA leiden als Männer. Dies lässt sich durch die hormonellen Einflüsse erklären und wird dadurch bestärkt, dass in einer Schwangerschaft die RA häufig abklingt (vgl. Bernhard und Villiger 2001: 182).

2.1.1 Ursachen

Hauptursache der RA ist eine Störung des Immunsystems. Das Immunsystem dient eigentlich der Beseitigung von externen Krankheitserregern. Bei der RA lösen interne Strukturen eine Immunantwort

aus, wodurch es zur Entzündung in den Gelenken und den damit einhergehenden Symptomen kommt.

Ursachen der Immunsystemstörung können genetische Disposition, Infektionen, Hormone und externe Faktoren (z.B. ungesunde Ernährung, Rauchen) sein. Häufig sind die Ursachen multimodal und nicht singular zu definieren (vgl. Loddenkemper und Burmester 2007: 30f).

2.1.2 Symptome

Die RA kann entweder plötzlich auftreten oder sich schleichend entwickeln. Bei dem schleichenden Verlauf klagen Patienten häufig über allgemeine Krankheitssymptome wie Gliederschmerzen, Fieber und allgemeines Unwohlsein.

Typisches Symptom ist die Morgensteifigkeit (15/30 Minuten bis Stunden), das als »eingefrorene Hände« beschrieben wird. Hinzu kommen Gelenkschmerzen, Überwärmung, Gelenkschwellungen und das Verschwinden scharfer Gelenkkonturen. Die beschriebenen Symptome treten dabei meist symmetrisch auf.

In vielen Fällen sind zuerst die PIP-Gelenke betroffen, wobei es dann schnell zu einem Funktionsverlust der Hände kommen kann.

Heutzutage sind Dank der guten Früherkennung und -diagnostik sog. Rheumaknoten (unter der Haut liegende verschiebliche Knoten) selten geworden. Diese sind meist ein Zeichen für einen schweren Krankheitsverlauf (vgl. Loddenkemper und Burmester 2007: 33).

„Krank' ist also eigentlich nicht das Gelenk selber, sondern das Bindegewebe, genauer gesagt die Gelenkinnenhaut. Daraus resultiert eine schmerzhafte Schwellung, die zu einer Überdehnung der Gelenkkapsel führt. Folgen sind eine Verschlechterung der Gelenkführung und eine Ernährungsstörung der Knorpelzellen. Das Gelenk verschleißt frühzeitig.[...] Letztendlich bedingt ein dauerhafter Entzündungsprozess eine überproportionale Wucherung der Gelenkinnenhaut, die von Ärzten als ‚Pannusbildung' bezeichnet wird. Der Pannus (lateinisch ‚Tuch') dehnt sich aus und wächst in die umgebenden Strukturen wie z.B. Knorpel, Knochen, Sehnen, Schleimbeutel, Bänder und Sehnenscheiden ein [...]. Im Knochen entstehen ‚Höhlen' und ‚Löcher', die im Röntgenbild gut erkennbar sind.“ (Loddenkemper und Burmester 2007: 31f)

Seyfried teilt die RA in folgende vier Stadien

1. Stadium = proliferate Phase	Bewegen im bereits eingeschränkten Bewegungsausmaß, jedoch nur gegen geringeren Widerstand, aktives Korrigieren der Deformitäten
2. Stadium = destruktive Phase	kein Bewegen gegen Widerstand/Belastung möglich, passives Korrigieren der Deformitäten bei aktivem Halten
3. Stadium = degenerative Phase	nur noch Bewegung unter Entlastung, nur noch passive Korrektur der Deformitäten
4. Stadium = stabilisierende Phase	Bewegung nur noch unter Entlastung, nicht mehr im ganzen Bewegungsausmaß, keine passive Korrektur der Deformitäten

(vgl. Singer und Hiebl S. 2001a: 544f; Lührig 2008: 26)

Von der RA betroffene Gelenke sind PIP- und MCP-Gelenke, Handgelenke, Kniegelenk, Sprunggelenk, Ellenbogen- und Schultergelenk, Zehengrundgelenke, Hüftgelenke, Kiefergelenk und Halswirbelsäule. Dabei muss gesagt werden, dass die letzten zwei Gelenke nicht so häufig bzw. erst im späteren Stadium betroffen sind (vgl. Thumb et al. 2001: 61).

Daneben können noch extraartikuläre Symptome am Bewegungsapparat, wie Tenosynovialitis der Fingerextensoren und -flexoren (25%) und sonstiger Sehnen (7%), Karpaltunnelsyndrom (60%) und Muskelatrophien (praktisch 100%) auftreten. Die Prozentangaben geben Auskunft, wie häufig diese Symptome bei betroffenen Patienten diagnostiziert werden. (vgl. Thumb et al. 2001: 61)

Symptome bzw. Begleiterkrankungen außerhalb des Bewegungsapparates sind z.B. an der Haut (Nekrosen), am Herz (Perikarditis), an der Lunge (Pleuritis) festzumachen, können aber auch ein Befall der Nieren und Mesenterialgefäße oder Augensymptome (Skleritis) sein (vgl. Thumb et al. 2001: 61).

Folgende Deformitäten treten bei einer betroffenen Hand auf:

Caput-ulnae-Syndrom mit Bajonettstellung	Stufenbildung im Handgelenk mit dorsalem Vortreten der Ulnar und palmarem Abgleiten der Handwurzelreihen
Ulnardeviation und Subluxation	Abweichung der Langfinger in den MCP nach ulnar-lateral und Bandlockerung
Schwanenhalsdeformität	Hyperextension der PIPs und Flexionsfehlstellung der DIPs
Knopflochdeformität	Flexionsfehlstellung der PIPs und Hyperextension der DIPs
Anhalter-Daumen/90-90-Deformität	Knopflochdeformität des Daumens

(vgl. Fuhr et al. 2011: 166; Singer und Hiebl S. 2001A: 543f)

Im Anhang 1 befinden sich Fotos einer RA-Hand, um Deformitäten und Symptome aufzuzeigen.

3. Nicht ergotherapeutische Therapiemöglichkeiten

3.1 Medikamentöse Therapie

RA-Medikamente können zwar nicht die Ursachen bekämpfen, haben jedoch eine schmerzlindernde Wirkung und können den Fortgang der Erkrankung stoppen bzw. verlangsamen (vgl. Loddenkemper und Burmester 2007: 68). Dabei wird zwischen unterschiedlichen Medikamenten-Typen unterschieden, die im folgenden kurz dargestellt werden.

Basistherapeutika

„Der Begriff Basistherapeutika bedeutet nicht, dass ein eigentlich wünschenswerter Eingriff in die grundlegende - eben basalen - krankheitsauslösenden Mechanismen stattfindet. [...] Vielmehr handelt es sich um Stoffe verschiedener Medikamentenklassen, die zu einem langfristigen Stillstand der Erkrankung oder aber auch zur kompletten Remission bei dauerhafter / kontinuierlicher („basaler“) Einnahme über einen längeren Zeitraum führen“ (Loddenkemper und Burmester 2007: 69).

Liste von ausgewählten Basistherapeutika

Medikament	Wirkart und -eintritt	Nebenwirkungen
Sulfasalzin	Immunsuppressiv, 4-12 Wochen	Juckreiz, Übelkeit, Kopf- und Bauchschmerzen, Fertilitätsstörung bei Männern
Gold	Entzündungshemmend, 2-3 Monate	Juckreiz, Magen-Darm-Erkrankungen, Beschwerden an Leber, Niere, Augen und Lunge
Leflunomid	Zellteilungs- und entzündungshemmend, 4-6 Wochen	Magen-Darm-Erkrankungen, Haarausfall, Bluthochdruck
Methotrexat (MTX)	DNA-Synthese-Hemmer	Magen-Darm-Erkrankungen, Probleme mit Niere, Knochen, Leber und Haut

		Häufig Wechselwirkung mit anderen Medikamenten!
--	--	-------------------------------------------------

(vgl. Loddenkemper und Burmester 2007: 70ff)

Biologika

Biologika wirken direkt und gezielt antiphlogistisch und hemmend auf körpereigene Botenstoffe, die die „falsche“ Immunabwehr auslösen und somit eine Entzündung auslösen. So können Knochenveränderungen zum Negativen gestoppt bzw. gehindert oder vermindert werden. Wichtig zu beachten ist, dass Biologika zu schweren Infektionen führen können (vgl. Loddenkemper und Burmester 2007: 76f).

Medikament	Nebenwirkungen
Etanercept	ZNS-Störungen, Verschlechterung bestehender Herzleistungsschwächen
Inflixiamb	Infektionen und allergische Reaktionen Nur in Kombination mit Methotrexat!
Adalimumab	Infektionen

(vgl. Loddenkemper und Burmester 2007: 77ff)

Glukokortikoidpräparaten

„Als ‚Kortisone‘ bezeichnet man landläufig alle synthetisch hergestellten Glukokortikoide /Kortisonsteroid. [Sie] sind lebenswichtige Hormone, die in der Nebennierenrinde [...] produziert werden.

Außerdem werden Glukokortikoide genutzt zur Überbrückungstherapie, bis die Basistherapie greift. Bei milder Verlaufsform werden sie niedrig dosiert als alleinige Therapie eingesetzt. Akute Gelenkentzündungen können oft mit einer Glukokortikoidinjektion behandelt werden“ (Loddenkemper und Burmester 2007: 80)

Dabei können Nebenwirkungen, wie Stammfettsucht, Osteoporose, Bluthochdruck, Steroid-Akne, Stoffwechselstörungen, Infektionsneigung und

Schlafstörungen, Euphorie oder Depression auftreten (Loddenkemper und Burmester 2007: 81).

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)

„NSAR wirken schmerzstillend (analgetisch), fiebersenkend (antipyretisch) und entzündungshemmend (antiphlogistisch)“ (Loddenkemper und Burmester 2007: 84).

Acetylsalizilsäure (Aspirin®), Diclofenac (Voltaren®) und Ibuprofen (Imbun®) sind die bekanntesten NSAR. Nebenwirkungen sind Magen-Darm-Probleme, Schwindel, Kopfschmerzen, Gerinnungsstörungen und Leberschäden (vgl. Loddenkemper und Burmester 2007: 84).

Kombinationstherapie

Je nach Verlauf der RA reicht eine Monotherapie (leichter Verlauf) oder es müssen mehrere Medikamente und -arten kombiniert werden (schwerer Verlauf).

Hilfreich bei der Dosierung und Bestimmung der medikamentösen Therapie kann ein Tagebuch (sog. Rheuma- oder Medikamentenpässe) sein. Darin soll dokumentiert werden, welche Medikamente man einnimmt, die Dauer der Einnahme sowie Wirksamkeit und Nebenwirkungen. (vgl. Loddenkemper und Burmester 2007: 88f)

3.2 Physiotherapie

Viele Behandlungsmethoden bzw. -interventionen können sowohl von Ergotherapeuten als auch von Physiotherapeuten durchgeführt werden. Es kommt dabei immer wieder zu Überschneidungen, z.B. in der manuellen Therapie, bei thermischen Anwendungen und in der Elektrotherapie. Im folgenden Kapitel werden Interventionen genannt, die nur von geschulten Physiotherapeuten durchgeführt werden können.

Physikalische Therapie

Unter Einsatz von physikalischen Reizen wie Wasser, Thermik, Licht, Luft, Massagen und Krankengymnastik versucht die physikalische Therapie gestörte physiologische Funktionen zu behandeln (vgl. Lange 2004: 91).

Entzündungsdämpfung, Funktionsverbesserung, Muskeldetension, verbesserte Trophik, Kontraktur- und Deformationsprophylaxe sowie

verbesserte körperliche Reaktionslage sind Ziele der physikalischen Therapie bei RA (vgl. Thumb et al. 2001: 489).

Krankengymnastik

„Krankengymnastik ist die planmäßige, gezielte Anwendung von Bewegungsübungen mit dem Ziel, Schäden an den Bewegungsorganen zu begegnen und funktionelle Defizite auszugleichen. [...] Aufgaben und Behandlungsziele der Krankengymnastik bei rheumatischen Erkrankungen sind:

Verbesserung und Erhalt der Funktion der Bewegungsorgane,

Kräftigung und Entspannung der Muskulatur,

Verbesserung der Trophik,

Schmerzlinderung,

Koordinations- und Ausdauertraining,

Gelenkschutz, Haltungsschulung,

Vor- und Nachbehandlung rheumaorthopädischer Eingriffe.“ (Thumb et al. 2001: 490)

Massage

„Die Massage beeinflusst den Muskeltonus und wirkt reflektorisch auf Funktion und Durchblutung innerer Organe ein. Methodisch lassen sich klassische manuelle Massagen, Reflexzonenmassagen (Bindegewebsmassagen), apparative Massagen und die manuelle Lymphdrainage unterscheiden.“ (Thumb et al. 2001: 492)

Sporttherapie

„Die Sporttherapie ist die angepasste Anwendung von Körperübungen nach den Grundsätzen der Trainingslehre. In der Behandlung rheumatischer Erkrankungen muss die Sporttherapie den Gelenkschutz und die individuelle Belastbarkeit berücksichtigen. [...] Die Sporttherapie unterstützt die krankengymnastischen Übungsziele und führt sie bei vorhandener Belastbarkeit fort. Empfehlenswerte Sportarten sind: z.B. Schwimmen, Wandern, Radfahren (Ebene), Skiwandern, Laufen auf weichem Boden, Tanzen.“ (Thumb et al. 2001: 493)

3.3 Ernährungstherapie

Ernährung hat zwar keinen großen und bedeutenden Einfluss auf den Verlauf der RA, kann aber durchaus Schmerzen und Beschwerden durch das Wissen über gesunde Ernährung mildern. Auch bei auftretende Begleitprobleme wie Übergewicht durch mangelnde Bewegung oder passende Lebensmittelzubereitung bei schmerzenden Kiefergelenksproblemen kann eine Ernährungsberatung bzw. -therapie Lösungsmöglichkeiten bieten.

Wie auch Loddenkemper et al. geben Krohn-Grimberghe an, dass es keine spezielle Rheumaernährung gebe, die die Symptome beseitigen können. Es wird auch hier erwähnt, dass verschiedene Genuss- und Nahrungsmittel wie Nikotin, Koffein, Alkohol, Fleischwaren, Zucker und Weißmehlprodukte die Beschwerden verstärken können. Hingewiesen wird auf eine vegetarische Ernährungsweise oder dass Fasten Arachidonsäure vermindere, jedoch zeigen sich, wenn überhaupt, nur kurzzeitige Symptomlinderungen. Krohn-Grimberghe betont auch die Bedeutung der Antioxidantien bei immunologischen Reaktionen. Sie weist auf die Aufnahme von Omega-3-Fettsäuren und Fischölfettsäuren, sowie auch Vitamin-D und Kalzium zur Knochenerhaltung hin. (Krohn-Grimberghe und Kurzeja 2004, S. 260–261)

3.4 Psychologische Therapie

Die Diagnose und das anschließende Akzeptieren sowie der Umgang mit der RA kann eine psychische Belastung sein. Dabei ist nicht nur belastend, dass man ein chronische unheilbare Krankheit hat und sein Leben u.U. neu gestalten und ausrichten muss, sondern auch der dauerhafte Schmerz kann eine psychische Belastung und somit evtl. eine Einschränkung der Lebensqualität darstellen.

Für Ergotherapeuten ist eine gewisse psychologische Grundkenntnis wichtig, nicht nur, damit man gewisse Abläufe und Verhaltensweisen der Betroffenen verstehen und dementsprechend reagieren kann, sondern auch, um sich deren Wissen und Verfahren – natürlich nur auf einer gewissen Grundbasis – zunutze zu machen, wenn es z.B. um Gelenkschutztraining und Adaption von Verhaltensänderungen in den Alltag geht.

In diesem Kapitel soll v.a. der Schmerz psychologisch beleuchtet werden, um dessen Entstehung besser zu verstehen und besser darauf eingehen zu können. Schmerz stellt bei den Betroffenen meist das größte und am wenigsten greifbare Problem dar.

Es gibt verschiedene psychologische, verhaltensorientierte Ansätze, nach denen Schmerzen begründet liegen. Im Folgenden werden diese Ansätze kurz beschrieben.

Das operante Modell geht davon aus, dass Schmerzverhalten durch Lernprozesse verändert werden könne. Dabei spielen Verstärker (Lob, sekundärer Krankheitsgewinn, Vermeiden von unangenehmen Aktivitäten) eine große Rolle. Dazu gehört auch das respondenten Modell, wonach man durch Konditionierung Schmerz und Verspannung zu einem Teufelskreis werden. (vgl. Thieme und Flor 2004: 100)

Laut Thieme und Flor beruhe der kognitiv-verhaltensorientierte Ansatz auf der Grundannahme, dass chronischer Schmerz unter Berücksichtigung kognitiver, affektiver und verhaltensbezogener Faktoren erklärt werden kann. In diesem Zusammenhang spielen die sog. Copingstrategien eine große Rolle. Je nach Misserfolg bzw. Nicht-Vorhandensein dieser Strategien prägen sich der Schmerz ein (vgl. Thieme und Flor 2004: 100f).

Das psychobiologische Modell chronischer Schmerzen geht davon aus, dass verschiedene lernpsychologische Annahmen sowie verschiedene kognitive Aspekte der Schmerzverarbeitung Einfluss haben und interpretieren diese in Verbindung mit neurobiologischen Befunden. Es werden in diesem Zusammenhang prädisponierende Faktoren (Genetik, Traumata, Modelllernen und physiologische Überbeanspruchung), auslösende Faktoren (interne/externe Stimuli, Bewertungs- und Verarbeitungsprozesse und körperliche Aktivitäten), aufrechterhaltende Faktoren (Schmerzgedächtnis, niedrige Schmerzschwelle, Demographie und Krankheitsdauer) und Komorbidität genannt, die Einfluss auf Schmerzen haben (vgl. Thieme und Flor 2004: 101ff).

3.4.1 Schmerztherapie

„Die psychologische Schmerztherapie wird in der Rehabilitation als Gruppenbehandlung mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung durchgeführt. Kernpunkte der Schmerztherapie sind Patienteninformation über die Entstehung chronischer Schmerzen, der Einsatz von Schmerzmedikamenten und Psychopharmaka. Anhand neuropsychologischer Modelle werden Muskeltiefenentspannung [Neurofeedback], Aufmerksamkeitslenkung und Visualisierungsübungen erklärt und in anschließenden praktischen Sequenzen geübt. Ziel ist es, die bei der Chronifizierung von Schmerzen

beteiligten muskulären Verspannungen zu reduzieren und eine Beruhigung vegetativer Funktionen (Stressreduktion) zu bewirken.“ (Krohn-Grimberghe und Kurzeja 2004: 258)

Die Schmerztoleranz hat durch den Einsatz bzw. die Entwicklung von medikamentösen Schmerzmedikamenten in den Jahren an Höhe verloren. Dies bedeutet unter anderem, dass den Schmerzpatienten eine geringere Selbstverantwortung zugeschrieben wurde und der Medizin vertraut wurde.

Durch den Wandel zum aktiven Klienten in dem Gesundheitswesen, wird der Schwerpunkt in der therapeutischen Schmerzbehandlung dahin gehend verlagert, dass dem Patienten seine Eigenverantwortung bezüglich des Schmerzes wieder übertragen wird (vgl. Günther 2000: 184).

Je nach theoretischem Ansatz der Erklärung des Schmerzes wird die psychologische Schmerztherapie entsprechend gestaltet. Demzufolge zielt die operante Schmerztherapie auf Abbau von Schmerzverhalten bzw. Aufbau von gesundem Verhalten durch Gegenkonditionierung ab (vgl. Thieme und Flor 2004: 109). Die kognitiv-verhaltensorientierte Schmerztherapie legt Wert auf die Entwicklung von Bewältigungsfertigkeiten (vgl. Thieme und Flor 2004: 110).

Thieme und Flor nennen in ihrem Artikel einige Studien, denen zufolge, die Wirksamkeit von multimodalen verhaltenstherapeutischen Methoden (z.B. Mind-Body-Therapy) wissenschaftlich nachgewiesen werden konnte. In den Studien sei ein (kurzzeitiger) Rückgang der Schmerzen bemerkt worden, es wird aber auch kritisiert, dass keine Rückfallprävention vorgenommen wurde. Hingewiesen wird v.a. auf eine höhere Wirkung von Kombinationstherapien mit Medikamenten (vgl. Thieme und Flor 2004: 110f).

Eine andere Art der psychologischen Schmerztherapie bzw. Angriffspunkt für diese Therapie ist eine Schmerzdokumentation. Diese ist insofern sinnvoll, da sie den Patienten zur aktiven Selbstbeteiligung anregt und nicht nur diagnostisch, sondern auch therapeutisch, in Form von Aufmerksamkeitsrichtung, Beschwerdewahrnehmung, autonom-aktive Beeinflussung des Schmerzes oder Krankheitsverhalten fungiert. Diese Dokumentation kann täglich/wöchentlich oder je nach besonderen Ereignissen von statten gehen. Wobei aber geraten wird, dies regelmäßig (min. wöchentlich) zu machen, damit diese nicht nur zeitaufwändig sondern auch hilfreich ist (vgl. Dohrenbusch 2004: 37f).

Es gibt verschiedene Dokumentationsformen, um das Schmerzverhalten und -erleben festzuhalten. Diese sind das verbale Rating (RV), das skalierte verbale Rating, die visuelle Analogskalen (VAS) und Schmerztagebücher (analog oder digital) (vgl. Dohrenbusch 2004:37ff).

3.5 Operative Möglichkeiten

Folgende operative Möglichkeiten gibt es in der Behandlung von rheumatoider Arthritis:

- Entfernung der Gelenkinnenhaut mittels Arthroskopie
- Radiosynoviorthese (RSO)(vgl. Loddenkemper und Burmester 2007: 43)

Bei sehr starker rheumatoider Arthritis bzw. im Finalstadium hilft nur noch ein prothetischer oder versteifender operativer Eingriff:

- Arthrodesse (Gelenkversteifung; häufig an DIP- und Handgelenken)
- Totalendoprothese (TEP; d.h. künstliches Gelenk; kein Funktionsverlust)
- Swansonprothese (PIP-Gelenks-TEP mit Bewegungseinschränkung von 0-0-60 Neutrall-Null-Messung)

Anschließend ist eine ergotherapeutische Behandlung mit Narben- und Ödembehandlung und Funktionstraining unerlässlich.

4. Möglichkeiten der Behandlungsgestaltung in der Ergotherapie

Ergotherapie kommt aus dem Griechischen „ergon“ und bedeutet Handeln/Tätig sein. Ergotherapeuten stellen die soziale Aktivität, gesellschaftliche Teilhabe und die Lebensqualität in den Mittelpunkt ihrer Arbeit, d.h. es ist wichtig, dass ein Mensch, trotz seiner psychischen/physischen/seelischen Belastungen für sie im zufriedenen Maße am Leben teilhaben und dieses auch nach ihren Wünschen bestmöglich gestalten kann. Ergotherapie ist sehr individuell und lebensweltorientiert ausgerichtet und fordert den Patienten zur aktiven Teilnahme auf.

Aus diesen Gründen sind ergotherapeutische Interventionen für RA-Betroffene sehr wichtig. Es geht nicht nur darum die Funktionalität wieder herzustellen oder Schmerzen zu reduzieren, sondern auch die Patientenedukation/-beratung ist ein sehr wichtiger Bestandteil. Niemann schreibt, dass in der Ergotherapie Beratung betreffend der psychologischen Krankheitsbewältigung, Alltagsaktivitäten und sozialer Rollenerfüllung wichtig sei. Patienten-Edukation als wichtige additive Intervention soll den Patienten zum ‚Selbstmanagement‘ befähigen, d.h. zu Kompetenz im Umgang mit der RA und der damit verbundenen Lebenssituation (vgl. Niedermann 2007: 134).

In ihrer Übersichtsarbeit hat Fuhr et al. verschiedene Studien aufgelistet, die die Evidenz der Effektivität der Ergotherapie bei RA untersucht haben (vgl. Fuhr et al. 2011: 167f).

Das Finden/Wiedererlangen der Lebensqualität, das Erreichen der größtmöglichen Selbstständigkeit und das Akzeptieren und Lebenlernen mit der RA sind die Hauptziele der Ergotherapie. Dies wird durch die unten aufgeführten Behandlungsmöglichkeiten erreicht (vgl. Singer und Hiebl S. 2001A: 543)

4.1 Befunderhebung mit Assessments und Testungen

Zu Anfang einer jeden Behandlung sollte immer ein ergotherapeutischer Befund stehen. Dieser ist nur eine Erfassung der momentanen Situation, d.h. er muss regelmäßig aktualisiert werden und dient der Dokumentation und Evaluation bezüglich der Effektivität und Evidenz der Therapie. Bei diesem Befund werden gleichzeitig die individuellen Ziele, Wünsche und Bedürfnisse des Patienten eruiert. Im Folgenden werden nun kurz Verfahren und Assessments vorgestellt, mit denen man einen ergotherapeutischen Befund erstellen kann.

Die Krankheitsanamnese kann als teilstrukturiertes Interview mit eigenem erstelltem Fragebogen durchgeführt werden. Dadurch erhält man Informationen über Krankheitsentstehung und -verlauf, jedoch auch Umgang oder subjektives Empfinden der Krankheit. Es gibt auch Lebens-, Berufs- oder Familienanamnesen. (vgl. Tilscher 2001: 524) Dies kann z.B. in Anlehnung an die ICF geschehen. Im Anhang 2 befindet sich solch ein Fragebogen, bei dem auch Notizen zu anderen Testungen eingetragen werden können.

Testungen

„Die Inspektion liefert eine Fülle von Informationen über mögliche Funktionsstörungen durch die Beurteilung der Haltung, der Bewegung, des Gesichts(-ausdruckes), der Haut, des Lokalstatus etc.“ (Tilscher 2001: 524)

Bei der Palpation wird zwischen der Struktur- und der Schmerzpalpation unterschieden.

Bei der Strukturpalpation stehen die Form des Funktionszustandes von der Haut (Thermik), den Muskeln (Tonus, Kraft), den Gelenken (Kontrakturen, Beweglichkeit) und andere strukturelle Veränderungen, wie Tumore, Atrophie oder Ödeme im Vordergrund.

Bei der Schmerzpalpation gibt der Druckschmerz Auskunft über Störungen spezieller Strukturen, Hinweise über Ort und Art der Erkrankung, über Akuität, Chronizität oder über vordergründige Beschwerdeursachen (vgl. Tilscher 2001: 524).

Bei Funktionstesten werden Muskulatur (Jamar, Biometrics), Gelenke (Goniometer), Feinmotorik (Nine Hole, AFM) und Sensorik (2 Punkt Diskriminante, Monofilament) überprüft (vgl. Lühlig 2008: 27). Es zeigt sich, dass der Schwerpunkt der Funktionstestung bei der Hand liegt, da diese – wie schon bei den Symptomen beschrieben – bei der RA v.a. betroffen ist.

Krohn-Grimberghe zählen u.a. Health Assessment Questionnaire (HAQ), modified disease activity score (DAS) und SF-26-Fragebogen zur Befundung der Auswirkungen der Erkrankung auf Schmerz, Funktionalität und Lebensqualität auf. Dazu können noch ergänzend der COPM und der DASH erwähnt werden. Diese dienen alle gleichzeitig als Assessment zur Definition eigener Wünsche. Die drei erst genannten Assessments können nur bedingt von Ergotherapeuten durchgeführt werden. Sie gelten z.T. auch als neuropsychologische Tests und müssen in Absprache von Ergotherapeuten

und (Neuro-)Psychologen durchgeführt werden. (vgl. Krohn-Grimberghe und Kurzeja 2004: 257)

4.2 Manuelle und funktionelle Therapie

Durch die manuelle Mobilisation der betroffenen Extremitäten wird versucht, dass sich der Muskeltonus normalisiert, Gelenke freier beweglich sind und die Durchblutung und der Stoffwechsel gefördert werden (vgl. Tilscher 2001: 526f).

Dafür gibt es verschiedene Techniken:

- postisometrische Relaxation (durch kurzes leichtes Anspannen, kommt es anschließend zu einer reflexiven Entspannung)
- Muskeltechnik (durch kurzes Anspannen in die Gegenrichtung der eingeschränkten Funktion wird auch wieder eine reflexive Entspannung der hemmenden Muskeln bewirkt).
- Antagonistenhemmung (durch kurzes Anspannen in die Richtung der eingeschränkten Funktion werden die Antagonisten nach dem Gesetz der reziproken Innervation reflektorisch gehemmt)
- passive Mobilisation unter Einsatz von Traktion (vgl. Tilscher 2001: 527).

Dabei gelten bestimmte Behandlungsgrundsätze, die v.a. bei der RA zu beachten sind. Diese sind, dass nicht mit Gewalt und über die Schmerzgrenze hinaus behandelt werden darf, dass Belastung für Gelenke und Bänder minimal sein müssen, dass Stabilität vor Mobilität geht und Übungen zum Muskelaufbau nur gemacht werden, wenn die beteiligten Gelenke stabil sind und nur statisches Training bei destruktiven Gelenken angewendet werden soll (vgl. Lührig 2008: 28).

Die funktionelle Therapie umfasst Bewegungstraining, Muskelkräftigung, feinmotorische Übungen und sensorisches Training.

4.3 Thermische Anwendungen

4.3.1 Wärmeanwendung

Die Wirkung von Wärmeanwendungen zeigt sich im Stoffwechsel, der Durchblutung und anderen Organfunktionen. Sie hat auch Einfluss auf die Muskeln und Dehnbarkeit von Bindegeweben. Zudem hat Wärme einen antiphlogistischen und immunstimulierenden Effekt und erhöht die

Schmerzschwelle (vgl. Thumb et al. 2001: 493-494; Loddenkemper und Burmester 2007: 96; Ammer und Ulreich 2001: 511f).

Wärme kann entweder durch warme Hydrotherapie (Bäder, Güsse) oder Pелоide (Fango, Moor) und andere Wärmeträger (Paraffin, ‚heiße Rolle‘, warme Linsen-/Kirschkerne- oder Rapsbäder) oder Ultraschall- und Lasertherapie, Infrarot und Rotlicht erzeugt werden (vgl. Thumb et al. 2001: 493f).

Dabei gelten akute Entzündungen, Durchblutungsstörungen, Ödeme, Tumore und Herz-Kreislaufprobleme als Kontraindikationen (vgl. Thumb et al. 2001: 494).

4.3.2 Kältetherapie

Bei der Kälteanwendung, wird rein physikalisch, dem Körper Wärme entzogen, wodurch es zu einer Reduktion des Stoffwechsels und der Durchblutung in der behandelten Region kommt. Dabei ziehen sich Gefäße zusammen, woraus ein Rückgang der entzündlich bedingten Schwellung resultiert. Hinzu kommt, dass es zu einer Verminderung der Schmerzwahrnehmung kommt, da die für die Reizweiterleitung der Kälte zuständigen Nervenfasern schneller leiten als diejenigen, die für die Schmerzübertragung zum Gehirn zuständig sind. Da es bei sehr kurzer Kälteapplikation reflektorisch zu einer Überwärmung des behandelten Gebietes kommt, soll eine Mindestkühldauer von 10 min eingehalten werden (vgl. Loddenkemper und Burmester 2007: 94; Thumb et al. 2001: 494).

Kälteanwendungen können mittels Kältemanschetten und -bandagen, gekühlten Gelbeuteln, kalten Linsen-, Raps- oder Kirschkernebädern oder Kältekammern, Kaltgas und Kaltluftstrom statt finden (vgl. Thumb et al. 2001: 495).

Kälte ist bei Raynaud-Syndrom, Kälteempfindlichkeiten und Herz-Kreislaufproblemen kontraindiziert (vgl. Thumb et al. 2001: 495).

4.4 Elektrotherapie

In der Elektrotherapie werden verschiedene Stromqualitäten (Gleich- und Wechselstrom) zur Beeinflussung der Organfunktionen verwendet. Der Strom wirkt dabei stimulierend, lockernd, schmerzlindernd oder durchblutungsfördernd (vgl. Thumb et al. 2001: 496; Loddenkemper und Burmester 2007: 98).

Es wird zwischen Niederfrequenztherapie (bis 1000 Hz; Galvanisation, TENS, Hivamat), Mittelfrequenztherapie (bis 1000 000 Hz; Interferenzströme) und Hochfrequenztherapie (über 100 (500) kHz; Kurzwellen und Mikrowellenanwendungen;Thermotherapie) unterschieden. Kontraindikationen bei Stromanwendungen sind akute entzündliche Prozesse, Hautläsionen, Infektionskrankheiten, Infekte, Sensibilitätsstörungen, Herzschrittmacher, Metallteile, Herzrhythmusstörungen und z.T. Schwangerschaft oder maligne Tumore (Thumb et al. 2001: 496f).

4.5 Gelenkschutz

Gelenkschutztraining hat zum Ziel, dass fehlerhafte Körperhaltungen und fehlerhafte Bewegungsmuster erkannt werden und dementsprechend entgegengewirkt wird. Dabei ist wichtig Selbstvertrauen und die eigene Verhaltenskontrolle zu steigern, Entwicklung von Chronizität und Funktionseinschränkungen zu minimieren, Kenntnissen über die normalen und pathologischen Situationen zu vermitteln sowie Lockerungsübungen, Übungen zur Kräftigung der entsprechenden Muskeln und eine an den jeweiligen Tagesablauf angepasste Körperhaltung und zu erlernen. Folge eines gut ausgeführten Gelenkschutztrainings im Alltag sind weniger Belastungen für das Gelenk, weniger Schmerzen, Verhinderung von Kontrakturen und Deformitäten (vgl. Loddenkemper und Burmester 2007: 107; Günther 2000: 180; Singer und Hiebl S. 2001b: 549).

Da ein rein theoretischer Vortrag über Gelenkschutz viel zu unverständlich und wenig akzeptabel wäre, ist es angebracht und wichtig, diesen mit praktischen Beispielen und Bildern auszuschnücken. Im Anhang 3 befindet sich ein Beispiel für Informationsblätter für Gelenkschutztraining, die auch die wichtigsten Regeln, die Thumb, Singer und Hiebl, Niedermann, Lührig und Günther erwähnen enthalten(Thumb et al. 2001: 505; Singer und Hiebl S. 2001b: 546; Niedermann 2007: 136; Lührig 2008: 28; Günther 2000: 180).

Sowohl Machold als auch Hammond et al. erwähnen bzw. zeigen in ihrer eigenen Studie, dass den Gelenkschutzinstruktionen positive Effekte, wie weniger Handschmerzen, Morgensteifigkeit, Arztbesuche und bessere Bewertungen der Lebensqualität, auf den Verlauf der RA-Betroffene nachgewiesen werden konnte (vgl. Machold 2001: 540; Hammond und Freeman 2001: 1044).

4.6 Schienen und Hilfsmittelversorgung

Schienen

Schienen können z.T. sehr wichtig sein, da sie Deformitäten entgegen wirken bzw. sogar verhindern. Dies kann aber nur im frühen Stadium der RA erreicht werden, sind Deformitäten erst manuell unkorrigierbar, sind Schienen kontraindiziert, da sie Schmerzen und Symptome verstärken können (vgl. Singer und Hiebl S. 2001a: 543; Usbek 2009: 17).

Zu Bedenken ist auch, dass eigentlich sinnvolle und hilfreiche Schienen bei Patienten dennoch auf Ablehnung stoßen können. Sie sind zum einen wenig ästhetisch, zum anderen recht markant, d.h. damit kann man sein Leiden oft nicht verstecken. Es gilt Schienen baldmöglichst anzupassen, um den Umgang und Einsatz damit zu üben und ggf. Anpassungen vorzunehmen. Wichtig ist, Schienen immer mit dem Patienten zu besprechen, d.h. Nutzen und Wirkung darzulegen und Bedürfnisse/Wünsche des Patienten zu berücksichtigen. Auch gibt es manchmal verschiedene Schienen mit gleicher Wirkung. Dabei sollte der Patient selber entscheiden können, welche für ihn angenehm ist. Vorzeigemodelle erleichtern die Entscheidung. Somit kann die Compliance, mit anderen Worten das regelmäßige Tragen – stundenweises Tragen ist ineffektiv – erhöht werden (vgl. Usbek 2009: 17).

Es gibt mittlerweile auch immer mehr Gold- und Silberschmiede, die sog. Schmuckschienen herstellen, die nicht nur den funktionellen, sondern auch den ästhetischen Aspekt berücksichtigen. Diese sind, wegen ihrer z.T. hohen Kosten v.a. bei früher und starker Erkrankung angebracht.

Es kann zwischen statischen (Lagerungsschienen), dynamischen (Quengel) und Übungsschienen (Kleinert- oder Swansonschienen) unterschieden werden. Im Anhang 4 befinden sich dazu Fotos von verschiedenen Modellen, deren Indikation im Folgenden erläutert werden.

Handgelenk

Konfektionierte Manschetten und individuell angefertigte Handgelenkschienen (Abb.1 und 2) dienen der Stabilisierung und Kontraktur-/Deformitätenvermeidung des Handgelenkes. Als reine Nachtschienen können diese auch bei einem akuten Schub zur Schmerzlinderung dienen. Beim Anpassen ist darauf zu achten, dass das Handgewölbe und die Achse gut mitgeformt werden und keine Dorsalextension vorhanden ist, da dies eine

Luxation der proximalen Handwurzelknochenreihe begünstigen würde. Dadurch kann auch eine Ulnardeviation der Langfinger vermieden werden, deren Ursprung im Handgelenk liegt(vgl. Singer und Hiebl S. 2001a: 544; Usbek 2009: 17f).

MCP-Gelenke

Ein Grundsatz ist, immer zuerst die proximalen, dann die distalen Gelenke zu stabilisieren, damit Deformitäten, wie bereits oben erwähnt, vermieden werden können. Dies gilt allerdings nicht, wenn die distalen Gelenke bereits arthrodirt sind.

Beim diesen Gelenken bietet sich eine Anti-Ulnardeviationsspanne (Abb.3) an. Zu beachten ist auch hier die longitudinalen und transversalen Handbögen gut auszuformen und auszurichten. Eine andere Art der Schienung ist die Wickeltechnik der Hand nach Vanio. Dabei werden Handgelenk und Langfinger mittels eines speziellen Verbandes so gewickelt, dass eine Ulnardeviation korrigiert wird. Vorteil ist das Fehlen von Druckstellen und optimaler Halt. Nachteil ist die Empfindlichkeit des Verbandes auf Schmutz und Nässe (vgl. Usbek 2009: 18f).

PIP-Gelenk

Für Schwanenhalsdeformität und Lateralinstabilität ist der Schwanenhalsring, der Murphyring (Abb.4) oder eine Streckstopp-Schiene (Abb.5) das Mittel der Wahl. Dies gilt jedoch nur, wenn noch keine Kontrakturen vorhanden sind. Ist dies der Fall müssen zuerst die Kontrakturen mittels Quengel (z.B. 3-Punkt-Schiene, Bellygutter; Abb.6 und 7) aufgedehnt werden, um anschließend mittels der oben beschriebene Schienen eine weitere Kontraktur zu verhindern. Bei der Knopflochdeformität kann - bei fehlender Kontraktur - eine einfache Lagerungsschiene oder umgekehrter Schwanenhalsring angewendet werden. Sind schon Kontrakturen vorhanden, muss diese auch hier erst durch Quengelung aufgedehnt werden (vgl. Usbek 2009: 19).

DIP-Gelenke

Es gibt keine speziellen Schienen ausschließlich für DIP-Gelenke, da eine Deformität an diesen Gelenken meist mit einer Deformität an den PIP-Gelenken einher geht. Auch ist hier der operative Eingriff schnell indiziert, da eine Versteifung bzw. Arthrodese zu sehr geringen Funktionseinschränkungen führt.

Daumen

Bei den Daumen kann es auch zu den beschriebenen Deformitäten der Langfinger kommen. Jedoch kann hier selten eine vorgefertigte Schiene angepasst werden, da die Deformitäten wie auch die anatomischen Gegebenheiten bei dem Daumen sehr individuell sind. Hier hat sich eine individuelle Anfertigung einer Schiene (Abb.8) aus thermoplastischem Material (z.B. Aquaplast ® oder Orffit ®) bewährt. Durch die gute Formbarkeit und Anpassungsfähigkeit des Materials, kann die Schiene optimal angepasst und dementsprechend optimal korrigierend wirken (vgl. Usbek 2009: 19).

Hilfsmittel

Hilfsmittel müssen immer mit dem Patienten besprochen, geübt und adaptiert werden. Es ist immer darauf zu achten, die Selbstständigkeit zu erhalten und nicht durch Hilfsmittel zu ersetzen. Eine höhere Akzeptanz und Anwendung wird durch den Einbezug des Patienten, durch Beachten der Wünsche und Bedürfnisse, erreicht. Hilfreich bei der Auswahl von Hilfsmitteln ist es, Modelle vorzuzeigen und in der Therapie ausprobieren zu lassen (vgl. Singer und Hiebl S. 2001c: 550).

Diese können entweder direkt von dem Ergotherapeuten bezogen werden oder in Sanitätsfachgeschäften ausprobiert und bezogen werden.

Im Anhang 5 befinden sich dazu Abbildungen von den gängigsten und am häufigsten gebrauchten Hilfsmitteln.

4.7 ADL-Training

4.7.1 Produktivität

„Eine Studie aus einer bundesweiten Analyse des Institutes für Rehabilitationsmedizin der Universität Halle (Prof. Mau) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Rheumaforschungszentrum Berlin hat Folgendes festgestellt: Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen droht neben den Schmerzen und Bewegungseinschränkungen häufig der Verlust des Arbeitsplatzes. Laut einer Datenanalyse sinkt die Erwerbstätigkeit in den ersten fünf Krankheitsjahren um 10% und nach weiteren 10 Jahren sogar um 32%. Bei einer besseren Aufklärung der Rheumapatienten ließen sich diese Zahlen sicherlich deutlich absenken.

Reichen derartige Maßnahmen nicht aus, so kann eine Umschulung sinnvoll und möglich sein. Von einer Umschulung machen bisher leider nur weniger

als 10% der Betroffenen Gebrauch“ (Loddenkemper und Burmester 2007: 43f).

Dies bedeutet, dass eine Anpassung des Arbeitsplatzes eine sehr hohe Bedeutung in der Ergotherapie hat und ist unter dem geläufigeren Begriff „ergonomische Arbeitsplatzgestaltung“ zu verstehen.

Dafür gibt es folgende Maßnahmen bzw. Grundregeln, die zu beachten sind:

- Anpassung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsbedingungen (z.B. Pausen, höhenverstellbare Stühle und Tische, Arbeitsraumgestaltung, Lichtverhältnisse)
- flexiblere Arbeitszeitgestaltung (Gleitzeit; Morgens meist schmerzhafter)
- Vermeiden einseitiger Tätigkeiten
- Erkennen von körperlicher Überbelastung
- gelenkschonendes Arbeiten (vgl. Loddenkemper und Burmester 2007: 43f; Lührig 2008: 28; Günther 2000: 183).

Häufig bieten Krankenkassen Informationsmaterial zur ergonomischen Arbeitsplatzanpassung an.

Nicht empfehlenswerte Tätigkeiten sind Arbeiten in einem kalten und feuchten Milieu oder das Tragen von schweren Lasten und Schichtsysteme (vgl. Loddenkemper und Burmester 2007: 43f).

Ergänzend zu Kap. 4.1 gibt es das Worker Role Interview (WRI), das Work Environment Impact Scale (WEIS), das Work Limitations Questionnaire (WLQ) und das Assessment of Work Performance (AWP) (vgl. Tschanz 2012: 7) als Assessments zur Beurteilung und Befundung der Arbeit.

4.7.2 Selbstversorgung

ADL-Training bzgl. Selbstversorgung ist häufig der Umgang und Einsatz von Hilfsmitteln und die Umsetzung vom Gelenkschutztraining. Diese können entweder im geschützten Rahmen z.B. in einer Therapieküche oder als Domizilbehandlung durchgeführt werden. Der Vorteil einer Domizilbehandlung ist es, dass Adaptionen individuell durchgeführt werden können und gleichzeitig eine Wohnraumberatung und ggf. -anpassung statt finden kann.

4.7.3 Freizeit

Freizeitgestaltung ist ein wichtiger Gesichtspunkt in der Therapie mit erkrankten Patienten. Es kann zum einen sein, dass die Betroffenen ihre früheren Hobbys nicht mehr ausführen können oder nun arbeitsunfähig/berentet sind und sich entweder keine Hobbys aufgebaut haben oder die Auswahl der Aktivitäten ihnen wegen der Erkrankung schwer fällt.

Die Ausführung eines oder mehrerer Hobbys ist sehr wichtig für die Psyche, da man nicht so schnell in Langeweile und als Extrem in Depressionen fällt, zum anderen stärkt es das Selbstbewusstsein und kann zur Schmerzbewältigung beitragen.

Schon im Kapitel 4.2.2 Physiotherapie werden Sportarten beschrieben, die mit der RA ausführbar sind.

In der Ergotherapie können noch andere Freizeitgestaltungen, wie Malerei (Seide, Aquarell, Kleisterpapier), Webarbeiten oder Stoffdruck vorgestellt und/oder ausprobiert werden. Kontraindiziert sind Arbeiten mit harten, kalt-feuchten Materialien (Holz, Metall, Ton) oder kraftaufwändige, feine Arbeiten (Linarschnitt, Peddigrohr, Makramee) (vgl. Günther 2000: 183).

4.8 Schmerzbehandlung

In der Ergotherapie geht es in der Schmerzbehandlung zum einen um das Lindern von Schmerzen, zum anderen auch der Umgang mit Schmerzen.

„Ergotherapeutische Möglichkeiten ergeben sich besonders durch den Einsatz handwerklicher Techniken, die zum einen durch ihren ablenkenden Charakter die Dynamik des Schmerzerlebens durchbrechen können und auch dazu geeignet sind, den PatientInnen das Erlebnis zu verschaffen, durch Eigenaktivität die Schmerzproblematik eigenverantwortlich positiv zu beeinflussen.“ (Günther 2000: 184)

Schmerzen können mit den oben erwähnten Möglichkeiten, wie Wärme/Kälte und Elektrotherapie gelindert werden. Dazu können Schienen und Gelenkschutztraining Schmerzen reduzieren. Besonderes erwähnt werden bei Veese die Ultraschallbehandlung, der Einsatz von Reizstrom/TENS und des Lasers (vgl. Veese 2008: 34).

5. Diskussion über ergotherapeutische Patientenschulung und Konzept

Die im Kapitel 3 dargestellten Interventionen sind nur eine Auflistung an Möglichkeiten. Es ist klar, dass nicht alles in eine Therapie „gestopft“ werden kann. Es muss immer individuell, je nach Bedürfnis und Ziel des Patienten, überlegt werden, was in einer Therapie stattfindet. Zu erwähnen ist, dass häufig eine Kombination von Interventionen gibt.

Erfahrungsgemäß ist es so, dass die Betroffenen die Diagnose RA und eine Verordnung vom Arzt für Ergotherapie erhalten. Sie werden meist nicht vom Arzt aufgeklärt, was das für eine Krankheit ist und welche Bedeutung das für den Betroffenen hat. Falls doch eine Aufklärung stattfindet, erfolgt sie meist in einem Fachjargon, der für den Patienten unverständlich ist.

Deswegen ist es sehr wichtig, den Patienten in einer für ihn verständliche Sprache aufzuklären, was RA ist. Die Tendenz im Gesundheitswesen geht dahin, dass die Mündigkeit und aktive Selbstbeteiligung seitens des Patienten aktiviert werden soll. Dies geht nur, wenn er auch ausreichend informiert und beraten ist. Nur dann kann er für ihn passende Entscheidungen treffen – auch in der Ergotherapie.

Ein Aufklärungsgespräch und Informationsmaterial bzgl. RA und eine Anamnese sollte zu Beginn der Therapie stehen. Dadurch wird zum einen Vertrauen und eine therapeutische Beziehung hergestellt, zum anderen können sich bereits hier Therapieschwerpunkte heraus kristallisieren.

Ein nächster wichtiger Punkt ist die Gelenkschutzschulung (vgl. Kap. 4.5). Sie kann bereits im Alltag und bei aufkommenden Fragen bzw. zum Automatisieren und Üben während der Therapie trainiert werden. Dies kann dann z.B. durch ergotherapeutisches ADL-Training in der Einrichtung oder Domizilbehandlung statt finden.

Zudem ist es auch wichtig, Funktionstraining der Hand, das man als Heimprogramm abgeben kann, zu besprechen und praktisch zu üben (vgl. dazu Kap 4.2). Zu dem Heimprogramm zählt auch der Umgang mit Schmerz. Der Patient soll während der Therapie die Möglichkeit haben, verschiedene schmerzlindernde Maßnahmen, wie in Kap. 4.8 beschrieben sind, auszuprobieren.

Schienen sollten am Anfang der Therapie angefertigt werden, damit Zeit bleibt, diese im Alltag auszuprobieren, ggf. anzupassen und deren Umgang und Einsatz zu besprechen und zu üben.

Meiner Meinung nach, sind andere ergotherapeutische Maßnahmen zwar wichtig, um einen RA-Schub zu lindern und die Funktionalität wieder herzustellen, jedoch sollten diese nicht im Vordergrund stehen. Sie sind nur relativ kurzfristige Möglichkeiten. Ich finde es wichtig, dass der Betroffene unter Hilfe und Anleitung bzw. mit Beratung und Schulung und in gewisser Weise im geschütztem Rahmen lernt, mit dieser Krankheit umzugehen, zu wissen, was wann am besten für einen selber ist und welche Maßnahmen wann welchen Effekt haben, als dass sie langfristig in Therapie kommen und sozusagen ihre Hände abgeben.

Ergotherapeutische Interventionen, wie TENS, Laser, Hivamat oder Mobilisation sind dann angebracht, wenn ein RA-Schub vorhanden ist.

Wichtig ist, dass sich Patienten mit RA ausreichend beraten und geschult fühlen, dass nicht die Krankheit sie beherrscht, sondern sie die Krankheit.

6. Ausblick

RA war früher eine Krankheit, die erst sehr spät erkannt wurde. Meist erst dann, wenn sie schon sehr weit fortgeschritten war und die typische Rheumahand sichtbar war. Zu diesem Zeitpunkt waren die Betroffenen schon von einem starken Funktionsverlust eingeschränkt und es bestanden wenig Chancen bzw. Möglichkeiten therapeutisch zu intervenieren. Dank moderner Technik kann sie nun frühzeitiger diagnostiziert und dementsprechend behandelt werden. Man sieht heutzutage wenige „Rheumahände“ in der Therapie, die Betroffenen kommen meist kurz nach der Diagnose in die Ergotherapie. Nur in seltenen, schlimmeren Verläufen sieht man noch starke Deformitäten.

Dem technisch-medizinischen Fortschritt ist es auch zu verdanken, dass die Behandlung von RA nun immer mehr Wichtigkeit erfährt. Die Bevölkerung wird immer älter, d.h. die Menschen müssen auch länger mit chronischen Krankheiten leben. D.h. aber auch, dass sie durch den demographischen Wandel länger arbeiten müssen. An diesem Punkt schalten sich nun Renten- und Krankenkassen ein. Sie möchten, dass ihre Kunden möglichst lange arbeiten und wenig Kosten verursachen und das alles trotz chronischer Krankheit. Somit ist es wichtig, dass ein RA-Betroffener gut informiert und geschult ist, um seine Lebensqualität soweit wie möglich zu erhalten und die Aspekte Produktivität, Selbstversorgung und Freizeit frei und individuell gestalten zu können.

Bei meiner Recherche über Behandlungsmöglichkeiten in der Ergotherapie ist mir aufgefallen, dass es bisher noch wenig Evidenz- und Effektivitätsnachweise über die ergotherapeutische Interventionen bei RA gibt. Häufig ist auch keine Spezialisierung vorhanden, es gibt nur allgemeine Möglichkeiten, die nicht nur die RA betrifft. Ich denke, dass durch die steigende Wichtigkeit der Ergotherapie in der RA-Behandlung, dieser Teil der Forschung noch stattfinden wird.

Literaturverzeichnis

Ammer, K.; Ulreich, A. (2001): Thermo- und Kryotherapie einschließlich Hydro- und Kryotherapie. In: Norbert Thumb, Hans Bröll, Rainer Czurda, Walter Siegmeth und Josef Smolen (Hg.): *Praktische Rheumatologie*. 4., neubearb. Aufl. Wien [u.a.]: Springer, S. 511–513.

Bernhard, J.; Villiger, P. M. (2001): Rheumatoide Arthritis: Pathogenese und Pathologie. In: *Schweiz Med Forum* (08), S. 179–183.

Dohrenbusch, Ralf (2004): Verlaufsdokumentation und Veränderungsdiagnostik in der Schmerztherapie. In: Jörg Wendler und Christoph Baerwald (Hg.): *Rheuma und Schmerz. Zusammenhänge - Behandlungskonzepte - Perspektiven*. 1. Aufl. Bremen: Uni-Med, S. 37–48.

Fuhr, H.; Merschmeier, L.; Dölle, U.; Rihl, M. (2011): Die Ergotherapie bei der rheumatoiden Arthritis – aktuelle Übersicht und Zusammenfassung der Literatur. In: *Aktuelle Rheumatologie* (03), S. 165–169.

Günther, Anke (2000): Ergotherapie bei Rheuma - Physiologische und psychologische Aspekte -. In: *Praxis Ergotherapie* (03), S. 179–185.

Hammond, A.; Freeman, K. (2001): One-year outcomes of a randomized controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. In: *Rheumatologie* (40), S. 1044–1051

Knaus, W. (2014): Leitende Ergotherapeutin im Kantonsspital Aarau. Schriftliche Auskunft vom 22.09.2014

Krohn-Grimberghe, B.; Kurzeja, R. (2004): Komplexe Maßnahmen der Rehabilitation bei rheumatoider Arthritis. In: *Aktuelle Rheumatologie* (05), S. 255–263.

Lange, Uwe (2004): Physikalische Schmerztherapie. In: Jörg Wendler und Christoph Baerwald (Hg.): *Rheuma und Schmerz. Zusammenhänge - Behandlungskonzepte - Perspektiven*. 1. Aufl. Bremen: Uni-Med, S. 91–97.

Loddenkemper, Konstanze; Burmester, Gerd-Rüdiger (2007): Entzündliches Rheuma ganzheitlich behandeln. Neue Chancen bei rheumatoider Arthritis, M. Bechterew und Spondylitis ; Das tut Ihnen gut: richtig ernähren, körperlich fit sein, aktiv im Alltag. Stuttgart: Trias-Verl.

Lührig, Silke (2008): Ergotherapie bei Erkrankungen des Rheumatischen Formenkreises am Beispiel der Rheumatoiden Arthritis. In: *Unterricht Pflege* (05), S. 26–29.

Machold, K. (2001): Der Rheumapatient und seine Probleme - Kann eine Schulung helfen. In: Norbert Thumb, Hans Bröll, Rainer Czurda, Walter Siegmeth und Josef Smolen (Hg.): *Praktische Rheumatologie*. 4., neubearb. Aufl. Wien [u.a.]: Springer, S. 539–542.

Niedermann, Karin (2007): Physio- und Ergotherapie. In: Adrian Forster (Hg.): *Aktuelle Aspekte in der Therapie der rheumatoiden Arthritis*. 1. Aufl. Bremen, London, Boston, Mass: UNI-MED-Verl, S. 134–138.

Singer, F.; Hiebl S. (2001a): Ergotherapie. In: Norbert Thumb, Hans Bröll, Rainer Czurda, Walter Siegmeth und Josef Smolen (Hg.): *Praktische Rheumatologie*. 4., neubearb. Aufl. Wien [u.a.]: Springer, S. 543–545.

Singer, F.; Hiebl S. (2001b): Gelenkschutzmaßnahmen. Primär- und Sekundärprophylaxe. In: Norbert Thumb, Hans Bröll, Rainer Czurda, Walter Siegmeth und Josef Smolen (Hg.): *Praktische Rheumatologie*. 4., neubearb. Aufl. Wien [u.a.]: Springer, S. 546–550.

Singer, F.; Hiebl S. (2001c): Hilfsmittel für behinderte Rheumakranke. In: Norbert Thumb, Hans Bröll, Rainer Czurda, Walter Siegmeth und Josef Smolen (Hg.): *Praktische Rheumatologie*. 4., neubearb. Aufl. Wien [u.a.]: Springer, S. 550–552.

Thieme, H.; Löffler, K.; Borgetto, B. (2010): Defizite der ergotherapeutischen Routineversorgung bei rheumatischen Erkrankungen: Ergebnisse einer Auswertung der RheumaDat-Panel-Befragung. In: *Zeitschrift für Rheumatologie* (05), S. 435–442.

Thieme, Kati; Flor, Herta (2004): Psychobiologische Grundlagen und psychologische Schmerztherapie bei rheumatischen Erkrankungen. In: Jörg Wendler und Christoph Baerwald (Hg.): *Rheuma und Schmerz. Zusammenhänge - Behandlungskonzepte - Perspektiven*. 1. Aufl. Bremen: Uni-Med, S. 98–123.

Thumb, Norbert; Bröll, Hans; Czurda, Rainer; Siegmeth, Walter; Smolen, Josef (Hg.) (2001): *Praktische Rheumatologie*. 4., neubearb. Aufl. Wien [u.a.]: Springer.

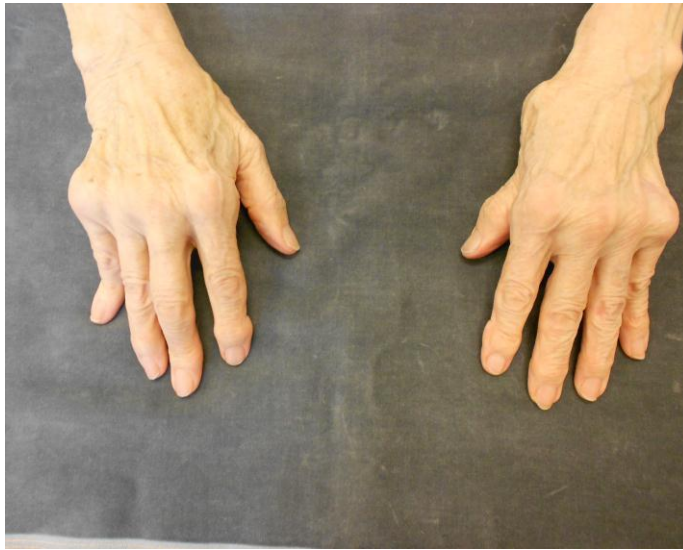
Tilscher, H. (2001): Manuelle Medizin. In: Norbert Thumb, Hans Bröll, Rainer Czurda, Walter Siegmeth und Josef Smolen (Hg.): *Praktische Rheumatologie*. 4., neubearb. Aufl. Wien [u.a.]: Springer, S. 523–528.

Tschanz, Karin (2012): Arbeitsrehabilitative Assessments in der Rheumatologie. In: *Ergotherapie* (09), S. 7–8.

Usbek, Anke (2009): Ergotherapeutische Schienenversorgung in der Rheumatologie. In: *Praxis Ergotherapie* (01), S. 17–19.

Veeser, A. (2008): Ergo- und Physiotherapie bei chronischen Schmerzen. Bewegung statt Pillen. In: *Orthopädie & Rheuma* (03), S. 32–40.

Anhang 1 Fotos einer Hand von RA betroffen



Gut sichtbar sind hier die Schwellung der MCP-Gelenke, die 90-90-Deformität des Daumen, das Caput ulnae Syndrom und die arthrophizierte Handmuskulatur. Bei den kleinen Fingern ist eine leichte Ulnardeviation zu erkennen.

Anhang 2 ICF-Bogen von W. Knaus

Ergotherapeutischer Erstbefund nach ICF

Datum:

Name:

Tel.nr.:

Behandelnder Arzt:

Nächste AK:

Unfalldatum:

OP am:

Ruhigstellung:

Schiene bis:

Körperfunktion/Struktur

Diagnose:

Dominante Hand: re / li

Anamnese:

Kraft:

Sensibilität:

Beweglichkeit/AROM:

Trophik:

Ödem:

Narbe:

VAS:

Aktivität

Mobilität:

Arbeitsaufgaben:

Bewegungsabläufe:

ADL:

Partizipation

Beruf:

Berufstätig: Ja / Nein
Arbeitsfähigkeit aktuell:

Arbeitgeber:

Soz. Umfeld:

Hobby/Freizeit:

Kontextfaktoren

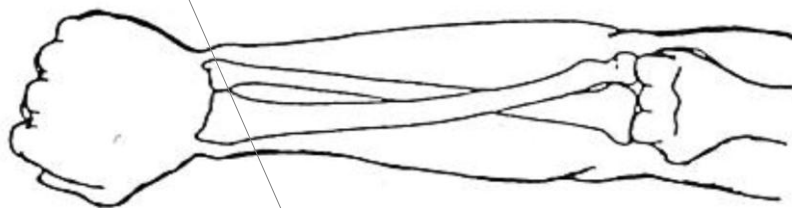
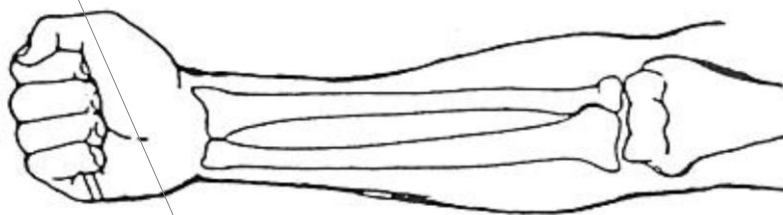
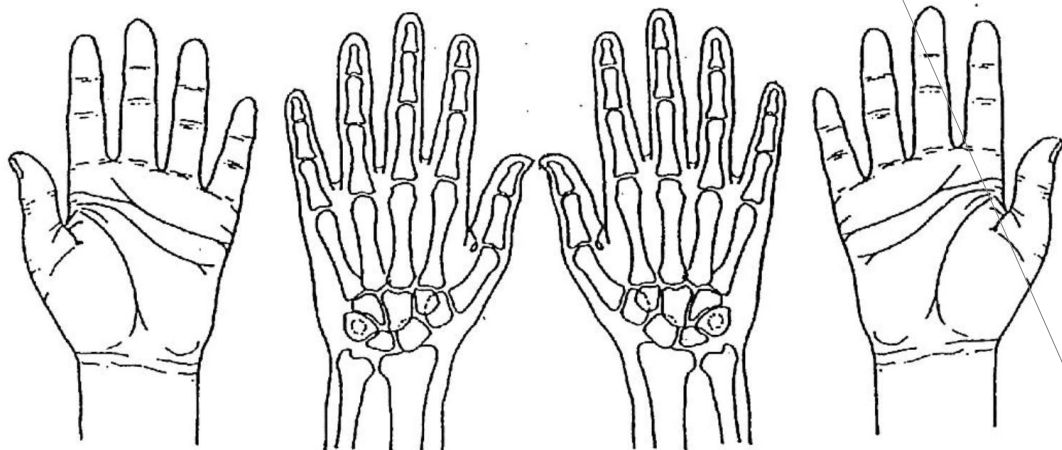
Hilfsmittel:

Andere Therapiemaßnahmen:

Kultur/Nationalität:

Familiäres Umfeld:

Sonstiges



Gelenkschutz

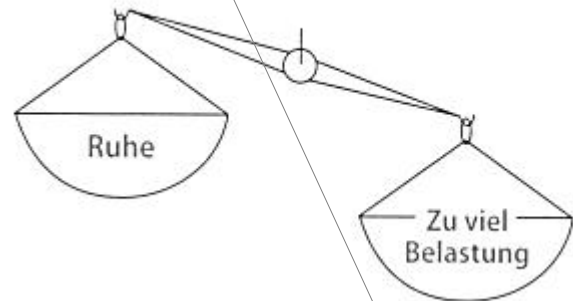
Was falsches Verhalten bewirkt.

Zu viel Ruhe:

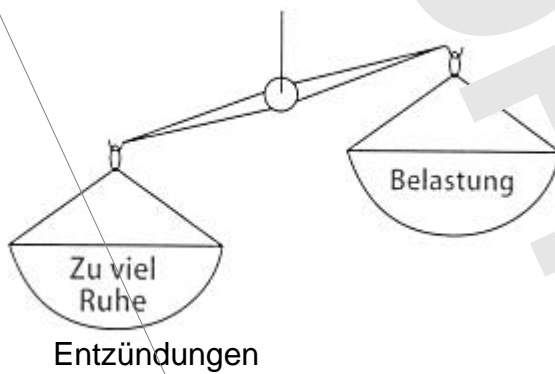
- Geringe Beweglichkeit
- Wenig Kraft

Geringe

Wenig



- Entzündungen
- Unselbständigkeit



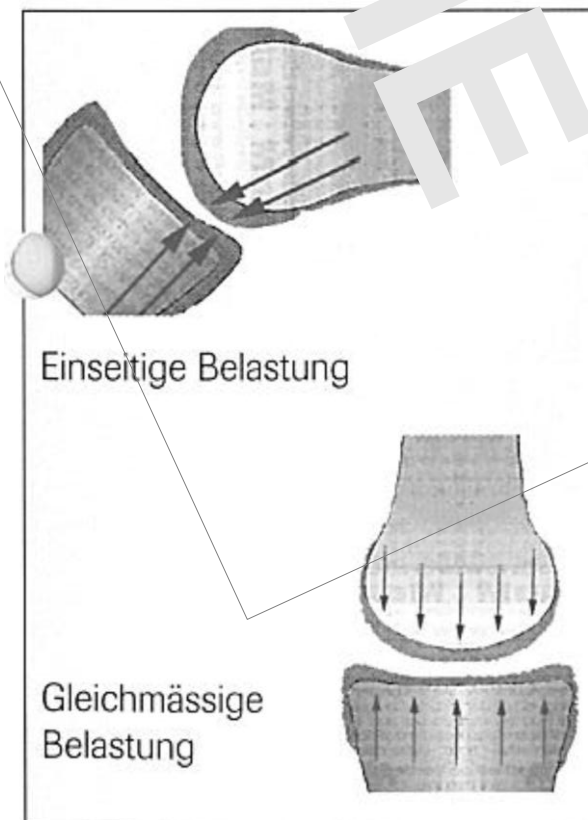
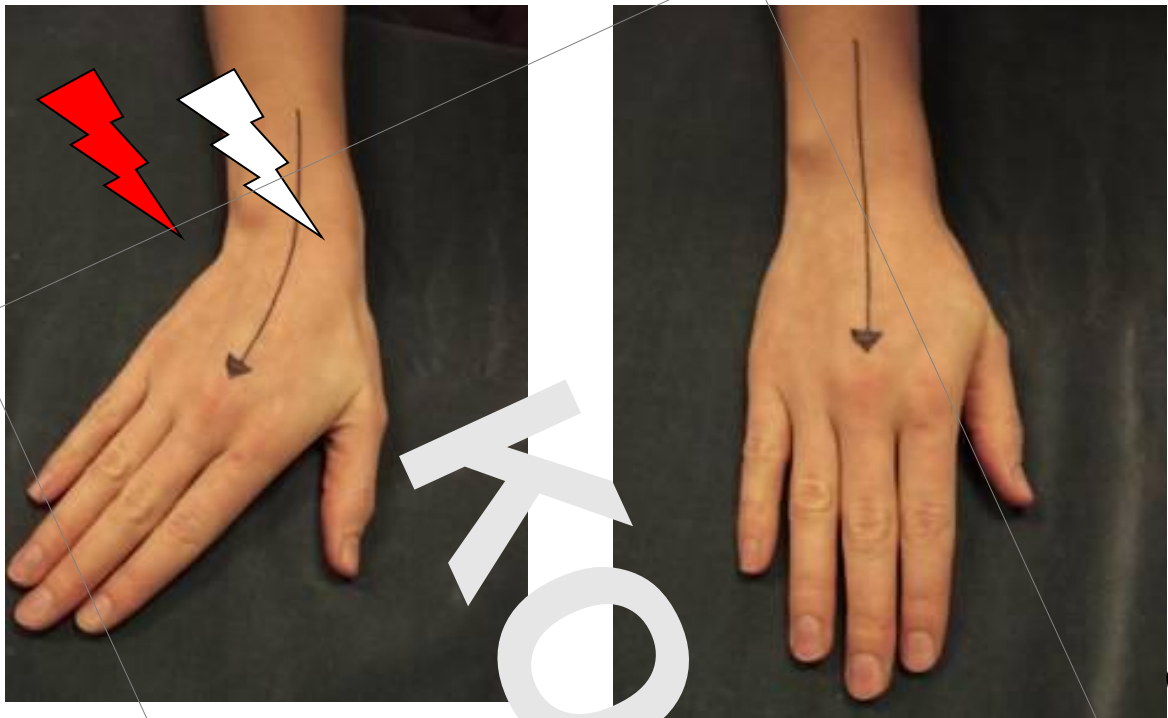
Zu viel Belastung:

- Schmerzen
- Ermüdung
- Überlastung
- Vermehrte
- Fehlstellung

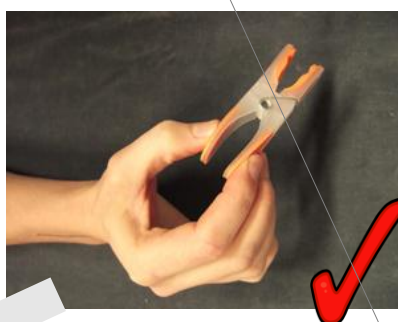
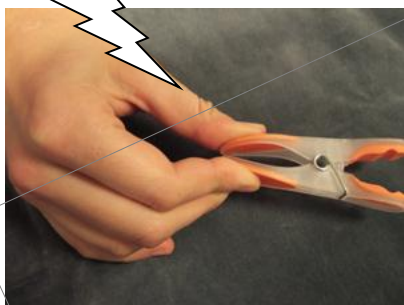
Zu beachtende Grundsätze:

- Bewegung ist wichtig
- Regelmässige Pausen
- Kraftsparend arbeiten
- Längere Arbeiten in kürzere Teilschritte unterteilen.

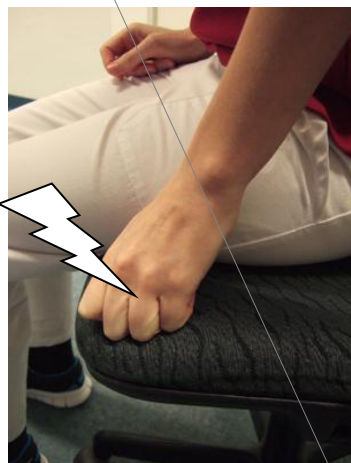
Korrekte Achse im Handgelenk



Kraftverteilung durch gleichmässige Beugung in allen Gelenken.

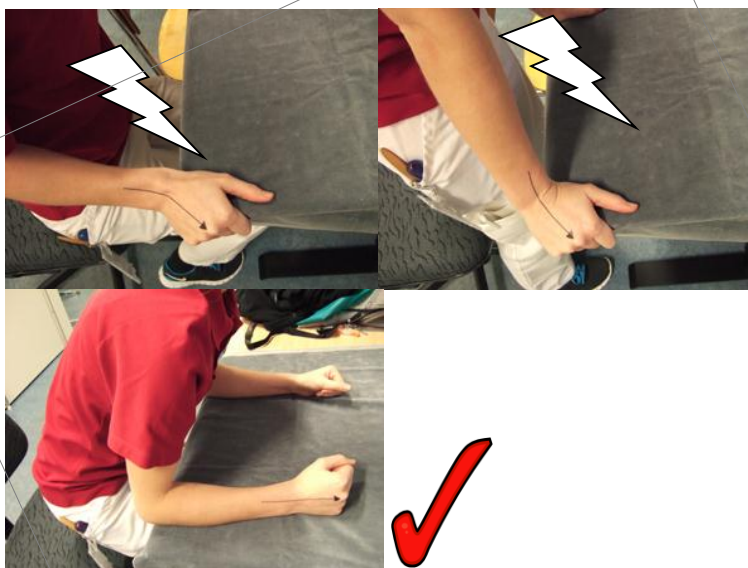


Direkte Kraftauswirkung auf einzelne Fingergelenke vermeiden.

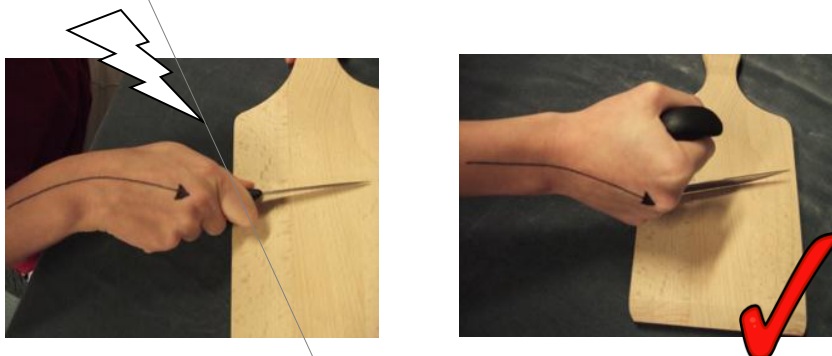


KOPIE

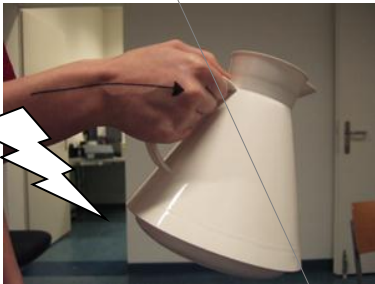
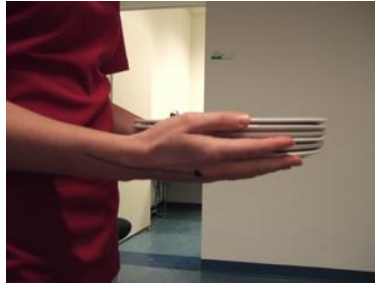
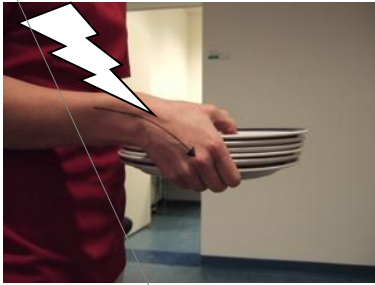
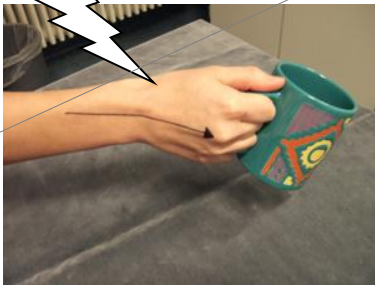
Belastung auf den Unterarm verlegen.



Angepasste Messer erhöhen den Kräfteinsatz und halten die Gelenke in der richtigen Achse.



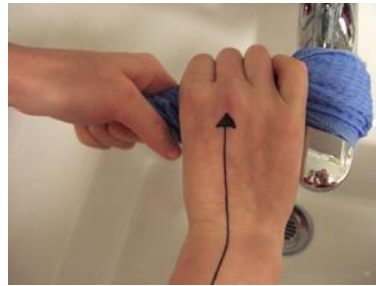
Zweihändig Arbeiten.



Schwingbesen wie auch andere Küchenmaterialien achsengerecht halten.



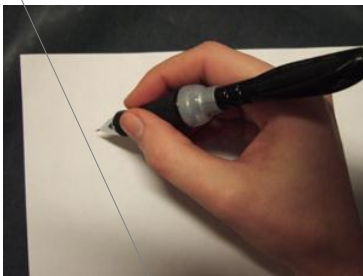
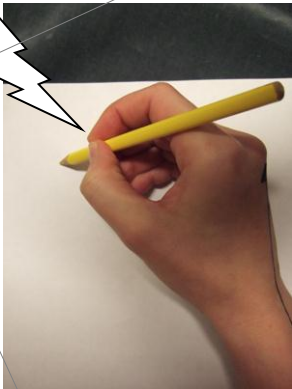
Kraftsparen beim Lappen auswringen.



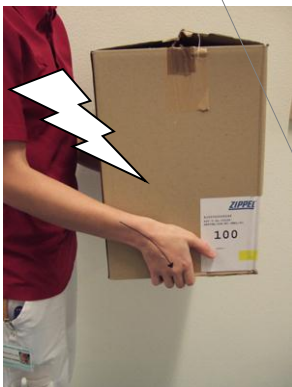
Finger beim Tragen von Taschen entlasten.



Unterstützungsfläche bei Gegenständen wie Stifte vergrößern.



Lasten nahe am Körper tragen.



Gelenkschutz im Alltag ganz praktisch:

- ◆ Filzstift anstatt Kugelschreiber
- ◆ Leichtes Geschirr bevorzugen
- ◆ Buch beim Lesen ablegen (z.B. Tisch, Oberschenkel)
- ◆ Nasse Wäsche im Tumbler trocknen, bzw. ohne Wäscheklammern oder mit den „Bärenklammern“ aufhängen
- ◆ Beim Bügeln sitzen, bzw. möglichst wenig Wäsche bügeln
- ◆ Längere Hebel und grössere Griffe an Schaltern, Wasserhähnen, Schlüsseln, Schubladen,... entlasten die Fingergelenke
- ◆ Keine grossen Putztage, lieber kleinere Aktionen. Nicht den ganzen Haushalt auf einmal erledigen, an Hilfspersonen delegieren
- ◆ Flaschen-/Dosenöffner und Elektrogeräte nutzen
- ◆ Beim Rühren etc. nasses Tuch oder Non-Slip unter die Schüssel legen, um unnötige Haltearbeit zu vermeiden
- ◆ Zum Abtrocknen v.a. schwere Gegenstände auf den Tisch stellen
- ◆ Kopf nicht auf die Hände aufstützen
- ◆ Eher weiche, weite, leichte Kleidung; grosse Knöpfe
- ◆ Rutschfeste Einlage in der Badewanne oder Dusche
- ◆ Arme bei feinen Arbeiten auf Tisch oder Kissen auflegen
- ◆ Handgelenksmanschetten zur Stabilisierung bei Arbeiten kann von Vorteil sein
- ◆ Im Liegen Nackenrolle/Witschi-Kissen (flach und entsprechend der Wirbelsäulenkrümmung; keine Knierolle)
- ◆ Lösen Sie das Vakuum eines Glases, indem Sie den Vakuumlöser (Jarkey) nutzen oder das Glas auf den Kopf stellen und heisses Wasser darüber laufen lassen
- ◆ Klemmen Sie Flaschen zum Öffnen zwischen die Beine, so sind sie fixiert und Sie haben beide Hände frei zum Schrauben
- ◆ Legen Sie den Lappen zum Auswringen um einen Wasserhahn. Nun können Sie ihn mit beiden Händen auswringen, ohne dass Sie Ihre Handgelenke stark belasten
- ◆ Legen Sie die Esswaren in ein Sieb zum Kochen. Nach der Kochzeit können Sie das Sieb leicht aus der Pfanne heben und dadurch das Gewicht aufteilen

- ◆ Wenn Sie Ihre Schlüssel mit wenig Paraffin einreiben oder mit einem Schlüsselspray behandeln, lassen sie sich einfacher drehen im Schloss
- ◆ Vergrössern Sie den Griff des Reissverschlusses mit einer Lederschleife oder einem Schlüsselring. So können Sie ihn besser halten/bedienen

Anhang 4 Fotos von diversen Schienenmodellen



HG-Manschette (Abb.1)



Handgelenksschiene individuell angeformt (Abb.2)



Anti-Ulnardeviationsspanne (Abb.3)

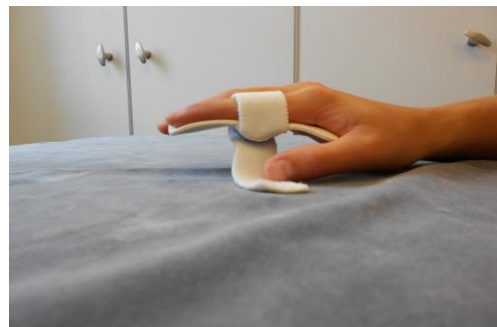
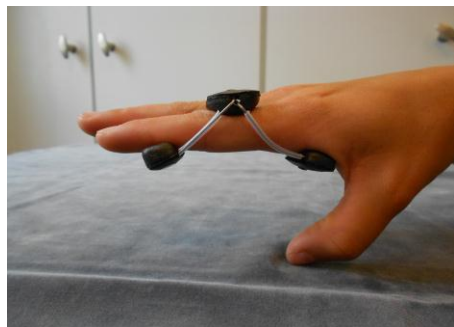




Murphyring (Abb. 4):



Streckstopp-Schiene (Abb.5)



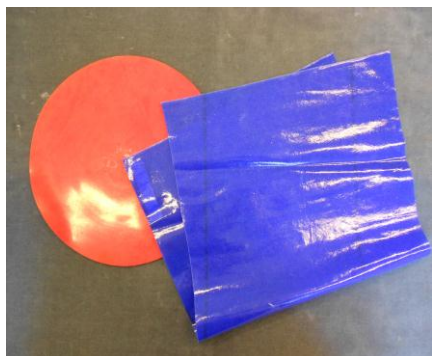
3-Punkt-Schiene (Abb.6) und Bellygutter (Abb.7)



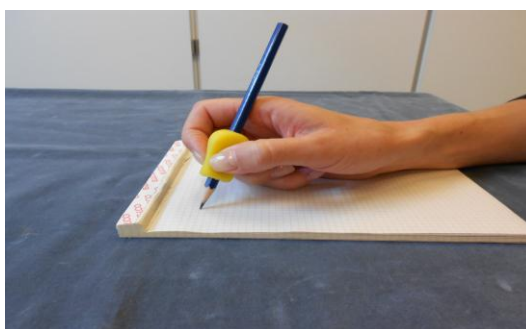
Daumenschiene (Abb.8)

Anhang 5 Fotos von ausgewählten Hilfsmitteln

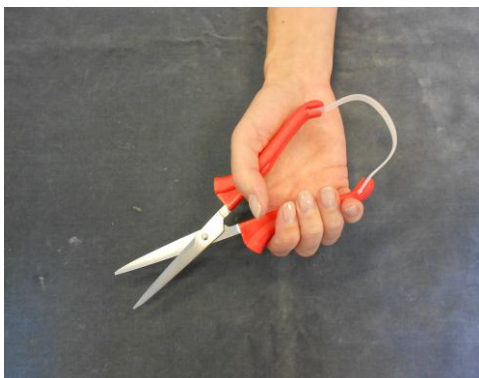
Diverse Antirutsch-Folien, z.T. vorgeformt zum vereinfachten Öffnen von Gefäßen:



Diverse Griffverdickungen (für Stifte, Besteck usw.; abnehmbar):



Gelenkschonende Scheren:



Griffverdicktes Besteck mit biegbaren Metalteilen:



Griffverdickter Schäler und gelenk- und kraftschonender Flaschenöffner:



Gelenk- und kraftschonende Messer in diversen Größen und Arten:

