

Nicht-medikamentöse Interventionen in der multidisziplinären Behandlung

Die multidisziplinäre nicht-medikamentöse, nicht-invasive Behandlung gehört neben der medikamentösen Therapie zu den Prinzipien des Krankheitsmanagements der frühen RA (s. auch Kapitel 4.2). Sie zielt vor allem auf Schmerzlinderung, Verbesserung bzw. Erhaltung der Körperfunktionen, Alltagsaktivitäten und Teilhabe am sozialen Leben. Die wichtigsten Verfahren, die im Wesentlichen bei Patienten mit nicht früher RA untersucht wurden, werden in diesem Kapitel zusammengefasst. Informationen zu den Inhalten der Behandlungen hat die Kommission für Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zusammengestellt (2007). Alternative Methoden werden im Kapitel 7 dargestellt

6.1 Physiotherapie

Die Physiotherapie, vor allem Krankengymnastik, ist in der Praxis der Behandlung von Patienten mit RA weitgehend etabliert. Physiotherapie erhöht die Selbsteffizienz, die Kenntnis und verbessert die morgendliche Gelenksteife (Bell 1998); die Aussagen hinsichtlich der Effekte sind jedoch auf Grund der Studien mit Unsicherheit behaftet.

6.1.1 Bewegungstherapie inkl. Krankengymnastik und Sporttherapie

Schonung und Ruhe haben mehr negative als positive Folgen für die meisten Patienten mit RA (Mayoux Benhamou 2007) und können zu zunehmender Schwäche und funktioneller Beeinträchtigung führen; dem wirkt die Bewegungstherapie entgegen (Metsios 2008; Neill 2006; Wessel 2004).

Krankengymnastik ist die planmäßige, gezielte Anwendung von Bewegungsübungen mit dem Ziel, Schäden an den Bewegungsorganen zu begegnen und funktionelle Defizite auszugleichen. Übungen im warmen Bewegungsbad werden gegenüber Trockenübungen von den Patienten subjektiv besser eingeschätzt mit entsprechend höherer Compliance, allerdings ohne Unterschied anderer Zielgrößen, die sich bei beiden Verfahren ähnlich verbesserten (Eversden 2007).

Im Rahmen der Sporttherapie werden dynamische Trainingsprogramme mit dem Ziel durchgeführt, die negativen Effekte der RA auf die muskuläre Kraft, die Ausdauer und die aerobe Kapazität (Belastbarkeit) des Patienten auszugleichen. Spezielle regelmäßige Kraft- und Ausdauertrainingsprogramme können die Muskelkraft und den Grad der funktionellen und psychischen Beeinträchtigung verringern ohne negative Effekte auf Schmerz, Krankheitsaktivität oder strukturelle Gelenkveränderungen (Bulthuis 2007; Bulthuis 2008; Neuberger 2007; Plasqui 2008; Gaudin 2008).

Die langfristige Compliance für regelmäßige Bewegungsübungen und körperliche Aktivität wird durch persönlichen Kontakt zu Therapeuten und zur Gruppe gestärkt (de Jong 2003; van den Berg 2006).

Ermutigen Sie Ihre Patienten, regelmäßige dynamische Bewegungsübungen und individuell abgestimmtes Kraft- und Ausdauertraining durchzuführen.



Verordnen Sie bei Ihren Patienten mit Funktionseinschränkungen Physiotherapie.



6.1.2 Hydro-, Thermo-, Laser-, Elektro-, Ultraschall-Therapie und Massage

Obwohl die Hydro-Therapie zu den ältesten Therapieformen der RA gehört, ist die Datenlage spärlich. Die Autoren einer systematischen Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit der Hydro-Therapie kommen zu dem Schluss, dass trotz positiver kurzfristiger Effekte in einzelnen Studien (z.B. für mineralische Bäder) aus der Gesamtheit der vorliegenden Studien aufgrund schlechter methodischer Qualität eine Aussage hinsichtlich der Wirksamkeit nicht möglich ist (Verhagen 2003; Verhagen 1997).

Trotz empirisch guter lokaler symptomatischer Wirkung der Kälteapplikation für akut entzündete Gelenke wird in einer systematischen Übersichtsarbeit die Datenlage für die Beurteilung der Kälte-therapie als unzureichend eingeschätzt (Robinson 2002). Eine Überlegenheit der Ganzkörper-Kälte-therapie gegenüber lokalen Kälteanwendungen konnte in einer einfach verblindeten kontrollierten Studie nicht gesichert werden (Hirvonen 2006).

Auch für Wärmeapplikation, sowie zur Elektro- oder Laser-Therapie werden die Daten in Übersichtsarbeiten als unzureichend oder widersprüchlich eingeschätzt (Brosseau 2005; Robinson 2002; Brosseau 2002); begrenzte Hinweise existieren lediglich für den symptomatischen Effekt von Wachsenwendungen, transkutaner elektrischer Nervenstimulation (TENS) und Ultraschalltherapie (Casimiro 2002). Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit der Massage bei RA liegen nicht vor.

6.2 Sport

Die positiven Effekte von Sport und Training sind neben dem Erhalt von Gelenkführung und Beweglichkeit in einer ausreichend kräftigen Muskulatur sowie der Wirkung auf den Gesamtorganismus zu sehen. Bei Empfehlungen ist die individuelle Belastbarkeit auf jeden Fall zu berücksichtigen. Im akuten Schub sollten die Patienten auf Sport verzichten. Empfehlenswerte Sportarten sind vor allem Schwimmen und Radfahren, evtl. Gymnastik, Gehen/ Walking auf weichem Boden und Tanzen. Spitzenbelastungen sind zu vermeiden.

Nicht zu empfehlen sind Kampfsportarten, Krafttraining mit hohen Belastungsintensitäten, Sportarten mit hohem Verletzungsrisiko, extreme Dauerleistungen und Sportarten, die zu einseitigen Belastungen führen.

Valide Studien zum Thema liegen nicht vor.

Fördern Sie die Motivation Ihrer Patienten zu sportlicher Aktivität, entsprechend der individuellen Belastbarkeit.



6.3 Ergotherapie

Gelenkschutzunterweisungen sind Teil einzelner ergotherapeutischer Interventionen oder finden im Rahmen von Patientenschulungsprogrammen statt (s. Abschnitt 6.6). Die Inhalte von ergotherapeutischen Unterweisungen, Hilfsmittelberatungen/-training, Anfertigungen bzw. Verordnungen von Orthesen, Funktions- und Lagerungsschienen sowie Beschäftigungs-/Arbeitstherapie sind von der Kommission für Qualitätssicherung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zusammengestellt worden (2007).

Nur wenige randomisierte Studien sind bisher dazu durchgeführt worden. Nach den Ergebnissen einer systematischen Übersichtsarbeit liegt begrenzte Evidenz für den Nutzen einer umfassenden Ergo-Therapie bei Patienten mit RA vor, definiert als Verbesserung des Funktionsstatus (Steultjens 2005; Steultjens 2002).

Bei Analyse der Einzelmaßnahmen lässt sich allein für die Anleitung zum gelenkschonenden Verhalten ein Effekt belegen; auch hier ist verbesserte Funktionalität das Resultat.

Der Nutzen von Gelenkschienen wird unterschiedlich beurteilt und ist nicht durch Studien hoher Qualität belegt (Egan 2003; Muggli 2002). Es existieren Hinweise für einen begrenzten Effekt hinsichtlich der Schmerzreduktion. Orthesen sind häufig individuell anzufertigen und nach Gebrauchskontrolle anzupassen.

Bieten Sie Ihren Patienten mit Einschränkungen der Handfunktion und der Alltagsaktivitäten eine qualifizierte ergotherapeutische Beratung an.



6.4 Orthopädische Schuhversorgung

Neben der Beachtung von gutem Schuhwerk, welches ausreichend Komfort, Mobilität und Stabilität bietet, ist nach den Hilfsmittelrichtlinien die Verordnung von individuell angefertigten orthopädischen Schuheinlagen bzw. Schuhen durch fachkundige Verordner zu erwägen. Sie können Schmerzen lindern, Hallux valgus-Progression verzögern und das Gehen verbessern (Clark 2006; Farrow 2005; Egan 2003; Hawke 2008). Es ist nicht geklärt, ob hierdurch weitere typische, im Verlauf auftretende Fehlstellungen des Rück- oder Vorfußes protrahiert werden können.

Stellen Sie Ihre Patienten mit Fußbeschwerden trotz ansonsten ausreichender Therapie einem Spezialisten für fachgerechte Schuhversorgung vor.



6.5 Psychologische Interventionen

Psychologische Interventionen sollen vor allem durch eine günstige Beeinflussung von psychischer Stabilität, aktivem Coping-Stil und Stress die Verminderung von Schmerz, Behinderung und Krankheitsaktivität unterstützen. Wesentliche Formen sind Entspannungstechniken sowie Schmerz-, Krankheits- und Stressbewältigungsprogramme außerhalb und innerhalb der Patientenschulung (s. Kapitel 6.6) sowie Psychotherapie. Sie haben ihre Effektivität in zahlreichen Studien nachgewiesen u.a. bzgl. Coping, Selbstwirksamkeit, Schmerz, Behinderung im Alltag und reduzierter Krankheitskosten (Astin 2002; Dixon 2007; Savelkoul 2003; Evers 2002; Sharpe 2003; Sharpe 2008).

Bieten Sie Ihren Patienten – insbesondere denen, bei denen Zeichen unzureichender Krankheitsbewältigung zur Beschwerdepersistenz beitragen – eine psychologische Intervention an.	<input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------



6.6 Patienteninformation / Patientenschulung

Verwenden Sie, wann immer möglich, in erklärenden Gesprächen mit Ihren Patienten absolute Risikomaße (z.B. »number needed to treat«).	<input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------



Die koordinierte Behandlung durch alle beteiligten Disziplinen soll auch gewährleisten, dass der Patient konsistente Informationen erhält (s. Anhänge). Umfassende Informationen über seine Erkrankung, sowie Rat und Hilfe zur Selbsthilfe sollen dem Betroffenen helfen, ein möglichst normales Leben zu führen (entsprechendes Informationsmaterial stellt z.B. die Deutsche Rheuma-Liga unter <http://www.rheuma-liga.de> zur Verfügung: »Rheumatoide Arthritis – Therapie und Lebensperspektiven« Ein Ratgeber für Betroffene). Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie hat in Kooperation mit der Deutschen Rheuma-Liga für die RA ein Patientenschulungsprogramm entwickelt und evaluiert. Es wird in Kleingruppenseminaren von einem Team aus einem Rheumatologen, Psychologen, Krankengymnasten und Ergotherapeuten durchgeführt (2007).

Studien (Niedermann 2004; Riemsma 2003), welche verschiedene Formen der Patientenschulung untersuchen, auch solche, die verhaltenstherapeutische Maßnahmen beinhalten, zeigen kurzfristig positive Effekte hinsichtlich funktionaler Einschränkungen, Anzahl der betroffenen Gelenke, sowie der Selbstbeurteilung durch den Patienten und langfristig einen positiven Trend bezüglich des Funktionsstatus.

Patienteninformation und -schulung sind wesentliche Bestandteile der koordinierten Versorgung von RA-Patienten. Die Patienten sollen mündliche und schriftliche Informationen über ihre Erkrankung und die Behandlung erhalten.

Patienten, die mehr über ihre Erkrankung und die Behandlung erfahren wollen, sollte die Teilnahme an existierenden Patientenschulungsprogrammen angeboten werden.

Bieten Sie Ihren Patienten die Teilnahme an Schulungsprogrammen an.

