



Folge 26

RHEUMA - (K)EINE KRANKHEIT FÜR DAS HOHE ALTER

17.12.2020

Martin Hammerl

Moderator

Dr. Roland Axmann

Rheumatologe und Facharzt für Innere Medizin

Martin Hammerl

Wenn wir den Begriff Rheuma erwähnen, denken viele Menschen wahrscheinlich als erstes an einen Menschen mit weißen Haaren, mit Stock vornübergebeugt zum Gehen. Auf alle Fälle ein älterer Mensch, darauf möchte ich hinaus. Rheuma hat immer noch diesen Ruf einer Alterskrankheit. Dieses Klischee entspricht aber keinesfalls der Wahrheit, denn Rheuma trifft Menschen jeden Alters. Was es mit dieser Krankheit wirklich auf sich hat und warum Rheuma an sich eigentlich noch keine Diagnose ist – das Thema in unserer heutigen Folge von „Mein Weg zu bester Gesundheit“. Ich bin Martin Hammerl, mein Gast heute

Rheumatologe und Facharzt für Innere Medizin Dr. Roland Axmann. Schönen guten Tag, schön, dass Sie es geschafft haben.

Dr. Roland Axmann

Vielen Dank für die Einladung und ich freue mich auf das Gespräch.

Rheuma – der Begriff (01:10)

Martin Hammerl

Ich habe es gerade erwähnt, Rheuma an sich ist noch nicht die Erkrankung, sondern ein Begriff und der umfasst an die 400 Erkrankungen, wenn meine Infos richtig sind. Aber was haben denn diese Erkrankungen gemeinsam, dass sie dann unter diesen Überbegriff Rheuma fallen?

Dr. Roland Axmann

Prinzipiell muss man vielleicht zur Begriffsbestimmung so noch anfügen. Der Begriff Rheuma ist sicherlich ein sehr alter Begriff in der Medizin. Schon von der Antike bis ins 18. Jahrhundert wurden darunter alle Beschwerdebilder im Bewegungsapparat subsumiert. Nach neueren Erkenntnissen und nach der Einteilung der neueren Erkenntnisse in der inneren Medizin, ist das schon eine Gruppe von Erkrankungen, die sich durchaus festmachen lässt auf Beschwerden im Immunsystem und dadurch sind diese Krankheiten gekennzeichnet. Oft spielen sie sich im Bewegungsapparat ab, aber eben nicht nur. Der Überbegriff könnte man heutzutage sagen sind Autoimmunerkrankungen.



Symptome (02:01)

Martin Hammerl

Und das sind dann Schmerzen vor allem oder sind das Bewegungseinschränkungen? Was brauche ich da, damit es heißt, dass es sich um eine rheumatische Erkrankung handelt?

Dr. Roland Axmann

Schmerz ist ganz sicherlich eines der Leitsymptome. Letztlich ist das immer ein Warnzeichen des Körpers, dass hier gerade irgendein Prozess im Gange ist, der Beschwerden verursacht und das ist sozusagen sicherlich eines der ersten Warnzeichen, die wahrgenommen werden. Generell ist beim Schmerz schon immer wichtig herauszufinden, was der für einen Charakter hat. Ob der vom Beginn eher langsam, eher akut gekommen ist oder auch vom Verteilungsmuster. Gibt es nur einen Ort oder mehrere. Das gibt einem dann schon immer einige Rückschlüsse auf die Art und Weise des Problems im Bewegungsapparat. Es ist zum Beispiel völlig anders, ob jetzt jemand sagt er hat Schmerzen in Ruhe, die sich bei Beschwerden, also bei Bewegung verschlechtern oder ob hier sozusagen Schmerzen da sind, die eigentlich nur am Anfang der Bewegung bestehen und einen typischen Anlaufschmerz symbolisieren.

Martin Hammerl

Betroffen ist da der Bewegungsapparat. Sprechen wir tatsächlich von den Gelenken oder geht es dann wirklich auch in größere Bereiche des Körpers?

Dr. Roland Axmann

Generell können Autoimmunerkrankungen und Rheumaerkrankungen natürlich eigentlich überall im Körper stattfinden. Die klassischen

und häufigsten Rheumaerkrankungen sind sicherlich die, die wir im Bewegungsapparat finden. Das sind die, die auch am verbreitetsten sind, wie die rheumatoide Arthritis. Das ist die Paradeerkrankung sagen wir jetzt einmal. Natürlich gibt es Autoimmunerkrankungen in allen anderen Organsystemen prinzipiell auch. Dort wird man jetzt Schmerzen mitunter später oder auf andere Art und Weise wahrnehmen. Schmerz ist schon sicherlich ein Leitsymptom, aber es gibt durchaus auch weitere Dinge, die damit dazu gehören. Bei den Gelenken, wenn wir jetzt kurz bei denen bleiben, sind nicht nur der Schmerz, sondern auch Gelenksentzündungen verbunden mit Schwellung. Da ist mehr Gelenksflüssigkeit im Gelenk drinnen. Das Gelenk lässt sich nicht gut bewegen, weil so viel entzündliche Gelenksflüssigkeit gebildet wurde. Das sind weitere Warnzeichen und auch zum Beispiel eine Steife der Gelenke morgens kann ein Hinweis sein. Allerdings lässt sich das dann nicht immer hundertprozentig schon fest machen auf ein Rheuma, denn das gibt es auch bei degenerativen Veränderungen immer wieder.

Martin Hammerl

Wenn Sie sagen Schwellung, ist das dann wirklich optisch oder durch Abtasten feststellbar? Wie schaut das aus?

Dr. Roland Axmann

Sowohl als auch. Bei den Patienten fällt es oft auf im Sinne von einer Bewegungseinschränkung, aber durchaus auch optisch. Manchmal kommen die Patienten und sagen, ich habe hier eine Veränderung bemerkt. Die linke Hand ist mehr geschwollen im Vergleich zu der rechten Hand. Es lässt sich optisch feststellen und der geübte Untersucher, egal ob Rheuma-



tologe, Orthopäde oder auch ein Allgemeinmediziner wird ein geschwollenes Gelenk durchaus durch Abtasten erkennen können.

Häufigsten rheumatischen Erkrankungen (05:08)

Martin Hammerl

Jetzt habe ich diese 400 Erkrankungen zumindest überflogen in dieser langen Liste. Da sind Sachen drinnen wie Arthrose, rheumatoide Arthritis. Sie haben es gerade vorhin schon erwähnt, auch obskure Begriffe, die wahrscheinlich kein Nichtmediziner jemals gehört hat, wie Sjögren-Syndrom, wenn ich das überhaupt richtig ausspreche oder Polymyalgia rheumatica. Ein ganzes Lexikon könnte man da schreiben. Was aus dieser langen Liste sind jetzt wirklich die häufigsten Kandidaten für rheumatische Erkrankungen? Ich glaube die rheumatoide Arthritis haben Sie schon gesagt, das ist so der Klassiker. Was fällt da noch vielleicht hinein?

Dr. Roland Axmann

Die anderen Erkrankungen, die so im ein Prozentbereich des Vorkommens in der Bevölkerung sind, sind sicherlich noch die Psoriasis-Arthritis, also eine Gelenkentzündung, die mit der Schuppenflechte, mit der Psoriasis vulgaris verbunden ist, die eben auch so ungefähr ein Prozent der Bevölkerung betrifft. Weiteres auch die Gruppe der axialen Spondyloarthropathien oder früher wurde das auch Morbus Bechterew genannt. Das sind die häufigsten, die jetzt primär von der rheumatosen Seite sicherlich vorkommen. Eine weitere Gruppe von Erkrankungen sind eher die metabolischen Arthropathien. Die machen auch eine akute Gelenkentzündung, haben aber ganz andere Ursachen. Die häufigste wäre zum Beispiel die

Gicht. Also das sind sicherlich die Erkrankungen, die man langläufig am häufigsten sieht, auch in einer Rheumaambulanz. Alle anderen Erkrankungen, wie Sie schon erwähnt haben, die Polymyalgia rheumatica oder auch die Gruppe der Kollagenosen, wo der morbus Sjögren hineingehört oder auch Lupus, sind doch wesentlich seltener und auch in der Rheumaambulanz jetzt nicht so stark vertreten wie die zuvor genannten.

Diagnose (06:55)

Martin Hammerl

Jetzt ist das eine riesige Auswahl unter Anführungszeichen für Erkrankungen, die für rheumatische Beschwerden verantwortlich sein können. Wo fange ich denn da überhaupt an als Mediziner das fest zu machen?

Dr. Roland Axmann

Das ist eine gute Frage. Als Rheumatologe muss man in gewisser Weise gerne detektivisch arbeiten wollen, denn es ist immer eine Summe an Bausteinen die man braucht, um eine Diagnose letztlich stellen zu können. An erster Stelle ist natürlich immer die ausführliche Anamnese, um herauszufinden wie das Ganze begonnen hat, ob irgendwelche Dinge rundherum noch passiert sind oder ob es vorangegangene Infekte gab. Eine Fülle an Dingen, die man als Rheumatologe immer abklären muss, alleine durch das Gespräch. In zweiter Linie kommt natürlich die klinische Untersuchung, was finde ich sozusagen. Sind die Gelenke geschwollen? Kann ich etwas durch Abtasten erkennen? Welches Verteilungsmuster an Gelenkentzündungen oder Gelenksproblemen liegt hier vor? Die weiteren Untersuchungen sind natürlich unterstützend und sehr hilfreich, aber können die ersten beiden



Blöcke nicht ersetzen. Bildgebung wie Röntgen, Ultraschall oder auch MR sind schon sehr wichtig geworden, aber die Anamnese und die Klinik können wir damit trotzdem nicht ersetzen. Auch die Laborbefunde sind welche, die uns unterstützen können und oft auch helfen bei der Auswahl der Medikation, manchmal auch die Diagnose noch etwas erleichtern, aber viele der Diagnosen können wir eigentlich durch Anamnese und Klinik bereits stellen.

Martin Hammerl

Wie ist das als erfahrener Rheumatologe? Hat man da ab einem gewissen Erfahrungsschatz irgendwo sofort immer einen Anfangsverdacht oder fängt man da jedes Mal bei null an, wenn ein Patient reinkommt? Wie sieht das aus?

Dr. Roland Axmann

Ich glaube im Verlauf des Gesprächs bekommt man schon einen gewissen Eindruck, in welche Richtung das gehen könnte. Sind das vielleicht eher die generativen Beschwerden? Sind das vielleicht primär entzündliche Beschwerden? Und da ergibt sich doch im Laufe des Gesprächs oft eine Tendenz, aber man muss dann immer wachsam bleiben und natürlich, wenn man nicht genug Bausteine zusammen hat, dann darf man die Diagnose nicht stellen. So ist das letztlich.

Martin Hammerl

Wie sehen da die Unterschiede für mich jetzt als Betroffener, als Patient wirklich aus? Je nachdem von welcher Art von Rheuma ich betroffen bin. Unterscheidet sich die Behandlung da wirklich massiv oder was sind da dann immer die nächsten Schritte?

Dr. Roland Axmann

Nach der klinischen Untersuchung sind sicherlich ergänzende Bausteine notwendig, wie das Labor und auch das Röntgen. Entweder kann man schon sozusagen beim ersten Besuch oder beim zweiten Besuch dann durchaus sehr gut einordnen welche Art von Erkrankung hier vorliegt. Und zuerst Diagnose, dann Therapie. Dieses Prinzip verfolgen wir natürlich immer. Daher wird manchmal die Basistherapie, wenn das notwendig ist, dann durchgeführt, wenn man genug Bausteine zusammen hat und sich eben sicher sein kann.

Langzeitrissen (10:15)

Martin Hammerl

Die Therapie und die Behandlung von Rheuma wird dann noch später größeres Thema hier in dieser Podcast-Folge. Was sind denn jetzt Langzeitrissen bei länger andauernden rheumatischen Beschwerden? Natürlich abgesehen vom akuten Schmerz, von der Bewegungseinschränkung, die an sich schon sehr unangenehm sind. Aber was passiert dann noch weiter im Körper, wenn ich länger an so etwas leide?

Dr. Roland Axmann

Bei den primär entzündlichen Erkrankungen, wie die rheumatoide Arthritis, wenn wir bei der bleiben als beispielhafter Erkrankung für Rheumaerkrankungen, dann ist das ein irreparabler Gelenksschaden. Man weiß aus Untersuchungen, dass hier durchaus in den ersten sechs Monaten der stärkste Schaden gesetzt wird. Das ist insofern wichtig, denn aus diesen Gelenkschäden können später sogenannte sekundäre Arthrosen, also Gelenksfunktionen nachhaltig gestört sein. Und da muss man sagen, die Funktionseinschränkung langfristig,



die jedoch so ein irreparabel geschädigtes Gelenk passiert ist, lässt sich dann auch nicht mehr einholen. In bestimmten Gelenksbereichen führt das auch dazu, dass man deutlich früher Totalendoprothesen braucht in Knie und Hüfte beispielsweise, bei Patienten die ein nicht gut kontrolliertes Rheuma haben und wo eine lange bestehende Entzündung wütet, wenn man so will.

Martin Hammerl

Decken sich die Langzeitfolgen bei diesen vielen verschiedenen unterschiedlichen Ursachen für Rheuma oder gibt es da einzelne, die dann doch abweichen und vielleicht nur einen Grundstamm der immer das gleiche ist? Wie schaut es da aus?

Dr. Roland Axmann

es gibt abgesehen von den lokalen Langzeitfolgen natürlich auch welche, die den restlichen Körper betreffen. Da sind durchaus sehr erwähnenswerte dabei, denn was man vielleicht gar nicht einschätzen würde ist, dass das Vorliegen einer rheumatoiden Arthritis für den Gefäßstatus gleich schlecht ist wie Diabetes. Das heißt, kardiovaskuläre Erkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall sind wesentlich häufiger bei Patienten, die eine schlecht kontrollierte chronisch entzündliche Rheumaerkrankung haben als bei Patienten, die das nicht haben. Die typischen Risikofaktoren sind hoher Blutdruck, Rauchen, Diabetes, Blutfette, auch familiäre Belastung und Rheuma gehört zu diesen genauso dazu. Das wäre zum Beispiel für das Gefäßsystem zu sagen. Andere Langzeitfolgen, die verursacht sein können durch ein Rheuma, wären zum Beispiel Lungenerkrankungen, sogenannte interstitielle Lungenerkrankungen, die ebenfalls eine deutliche Einschränkung im Alltag bedeuten. Dadurch, dass eben Belastungskurzatmigkeit auftritt,

dass ein Leistungsknick vorhanden ist, das wäre eben zum Beispiel zur Lunge zu sagen. Und eine große Gruppe von einer oder eine wichtige weitere Erkrankung, wenn man so will, wäre die Osteoporose, denn der Zusammenhang zwischen Immunsystem und Knochenstoffwechsel ist seit vielen Jahren sehr gut untersucht und da gibt es dutzende Studien dazu, die gezeigt haben, dass eine nicht kontrollierte Entzündung, sei es durch eine Rheumaerkrankung, aber auch bei anderen Krankheitsbildern, immer zu einem systemischen Knochenverlust führt. Und wir wissen, die Osteoporose ist eine Erkrankung der älteren Menschen vornehmlich, die allerdings mit sehr großen Einschränkungen zu tun hat, wenn dann mal ein Knochenbruch in der Wirbelsäule oder im Oberschenkelhals passiert ist. Daher ist es sinnvoll, auch in diese Richtung immer gleich zu schauen, wenn man die Diagnose Rheuma bekommen hat, um etwaige Weichenstellungen vornehmen zu können.

Risikofaktoren (14:03)

Martin Hammerl

Wir haben jetzt schon viel über die verschiedenen Formen und Symptome von Rheuma gesprochen. Werfen wir jetzt einmal einen Blick darauf, wer überhaupt Rheuma bekommt. Was sind denn die Risikofaktoren für eine rheumatische Erkrankung?

Dr. Roland Axmann

Bei den Risikofaktoren muss man nun vielleicht zwei Gruppen unterscheiden. Einerseits genetische Risikofaktoren und auf der zweiten Seite Umweltrisikofaktoren. Bei den genetischen Risikofaktoren gibt es bestimmte Oberflächenmerkmale. Man hat sie vererbt bekommen oder auch nicht. Die können allerdings



das Risiko, das Ausbrechen von einer Rheumaerkrankung, von einer rheumatoiden Arthritis zum Beispiel, auf das zehnfache oder 30-fache erhöhen. Genauso auch andere genetische Veränderungen im Immunsystem können eine Rolle spielen. Dann gibt es die zweite große Gruppe, die mit Umweltfaktoren zusammenhängt. Dazu zählen zum Beispiel auch ein Übergewicht, dann zum Beispiel das Zigarettenrauchen, für das sehr gute Studien vorhanden sind, sowohl tierexperimentell als auch epidemiologische Untersuchungen, wo man sich größere Gruppen angeschaut hat. Da sind die Zusammenhänge sehr klar.

Martin Hammerl

Immer wieder das Rauchen. Das taucht in jeder Folge bei uns immer wieder auf.

Dr. Roland Axmann

Auch beim Rheuma, aber die Datenlage ist erdrückend. Dann gibt es vielleicht ein paar Dinge, die man jetzt nicht so auf dem Radar gehabt hätte und zwar als unabhängigen Risikofaktor ist ebenfalls erkannt worden Parodontose, also Zahnfleischentzündungen. Da gibt es spezielle Keime, die offensichtlich das Immunsystem in eine Lage versetzen, das auto-immune Prozesse angestoßen werden und zum Beispiel eine rheumatoide Arthritis auch häufiger auftreten kann. Und dann sind wir gerade dabei die Zusammenhänge zwischen dem Darm, Mikrobiom und dem Immunsystem zu verstehen. Da dürfte es auch oder gibt es offensichtlich Zusammenhänge zwischen der Ernährung und auch der Lage des Immunsystems in Richtung einer vermehrten oder entzündlichen Situation oder eben weniger. Sonst gibt es ein paar negative Risikofaktoren, die man da vielleicht auch nennen kann, zumindest in einigen epidemiologischen Studien kommt das immer wieder mal heraus, dann

manchmal wieder weniger. Insgesamt vielleicht doch etwas mehr für zum Beispiel Dinge, wie die mediterrane Kost. Da dürfte es eher positive Anzeichen dafür geben, dass das ein negativer Risikofaktor sein kann, wenn man so will, wenn man sich so ernährt. Generell, wenn man sich anschaut wer Rheuma bekommt, dann sind es eher die mittelalten Menschen. Die rheumatoide Arthritis haben circa ein Prozent der Bevölkerung und das durchschnittliche Erstmanifestationsalter, also wenn man das zum ersten Mal bekommt, liegt zwischen 35 und 50 Jahre, also relativ im mittleren Alter.

Martin Hammerl

Also weit entfernt von weißen Haaren und Stock, so wie ich es in der Einleitung provokant gesagt habe, weil viele Menschen immer noch denken, dass Rheuma eine Erkrankung des höheren Alters ist.

Dr. Roland Axmann

Ja, so ist es. Nehmen wir jetzt vielleicht noch die zwei anderen Gruppen, die vorher schon genannt worden sind dazu, die Psoriasis Arthritis, die eben mit dieser Schuppenflechte in Zusammenhang steht. Auch dort ist der Altersgipfel der Erstmanifestation zwischen 30 und 50 Jahren, also auch im mittleren Erwachsenenalter. Und vielleicht noch als Extrembeispiel, die axiale Spondylarthritis oder früher Morbus Bechterew genannt, denn da weiß man der Erstmanifestationsgipfel ist um das 23. Lebensjahr und 95% der Patienten werden zum ersten Mal symptomatisch bevor sie 40 sind, also da sieht man schon, dass die Autoimmunerkrankungen, die den Bewegungsapparat betreffen, meistens im mittleren Alter liegen.



Wie viele Menschen leiden an Rheuma? (18:05)

Dr. Roland Axmann

Die aktuelle Info der österreichischen Regierung zum Thema Rheuma besagt, dass knapp ein Viertel der österreichischen Bevölkerung an rheumatischen Beschwerden leidet. Wie ist jetzt Ihr Vergleich mit Ihrer medizinischen Erfahrung? Heißt das wirklich, dass ein Viertel der Bevölkerung ständig oder zumindest ab und zu Schmerzen hat, Rheumasymptome hat? Die Zahl wirkt nämlich doch relativ hoch, wenn wir jetzt sagen fast 25 Prozent.

Dr. Roland Axmann

Die Frage ist, wie man rheumatische Beschwerden wiederum eingrenzt. Wenn wir jetzt auf echte chronische entzündliche rheumatische Erkrankungen blicken, dann wird der Prozentsatz sicherlich wesentlich niedriger liegen. Es gibt allerdings, wenn man das jetzt in der langläufigen Interpretation Rheumabeschwerden, Gelenksbeschwerden in dem historischen großen, ungenau definierten Bereich sozusagen fragt, dann werden ungefähr 25 bis 30 Prozent sicherlich Beschwerden angeben. Es gibt eine Studie von Dr. Martin Friedrich aus 2006 hier in Wien durchgeführt, wo 500 Personen gefragt worden sind, ob sie Beschwerden im Bewegungsapparat haben und da gaben 36 Prozent an, dass sie in den letzten drei Wochen Beschwerden im Bewegungsapparat gehabt haben. Mit steigendem Alter ist die Wahrscheinlichkeit noch höher, aber da muss man dazu sagen, dass hier sicherlich viele degenerative Erkrankungen dabei sind, also Patienten, die primär an Arthrosen oder auch an funktionellen Beschwerden im Bewegungsapparat leiden.

Martin Hammerl

Wie ist denn da so der Trend, wenn Sie dazu Auskunft geben können? Wird Rheuma über die Jahrzehnte gesehen mehr in Österreich? Vielleicht auch Europa oder weltweit gesehen.

Dr. Roland Axmann

Insgesamt sagt man, dass die Diagnosehäufigkeit ein bisschen zunimmt, wobei hier natürlich auch einiges an Unschärfe besteht. Die Versorgungslage ist Gott sei Dank besser geworden, die Wissenslage der Rheumatologen ist auch besser geworden. Das heißt, dass das Netz mit dem man hier versucht die Patienten zu finden, feinmaschiger ist und so ist sicherlich sozusagen auch ein Teil davon zu erklären. Es gibt aber wahrscheinlich auch andere Umweltfaktoren, die unter Umständen dazu beitragen können, dass tatsächlich Autoimmunerkrankungen häufiger sind. Da habe ich jetzt aber keine ganz belastbaren Daten für Sie dazu.

Therapie (20:34)

Martin Hammerl

Kommen wir nun zur Therapie von Rheuma an sich, wenn wir es dann doch bekommen haben. Rheuma an sich ist nicht heilbar – ich glaube das ist jetzt einmal wichtig festzustellen an dieser Stelle. Warum eigentlich nicht? Worauf scheitert es da?

Dr. Roland Axmann

Man muss sich kurz das Konzept vergegenwärtigen, was Rheuma bedeutet. Beim Rheuma geht es um ein autoimmunes Geschehen. Man geht davon aus, dass hier in einer sogenannten pre-symptomatischen Phase Veränderungen im Immunsystem passieren. Normalerweise unterscheidet das Immunsystem immer zwischen fremd und selbst, spricht



der eigene Körper wird nicht angegriffen, nur alle Eindringlinge, die von außen kommen und genau dieser Mechanismus wird gestört in der pre-symptomatischen Phase. Es ergeben sich hier eventuell wahrscheinlich sogar mehrere Fehler, die dann letztlich dazu führen, dass diese Selbsttoleranz aufgehoben wird und es zu einer Entzündung gegen körpereigene Substanzen kommt. Und das Immunsystem hat die Eigenschaft, sich Dinge zu merken. Oft nützen wir das aus und lassen uns impfen. Leider merkt es sich auch bestimmte Fehler und so ist das Rheuma eine Erkrankung, die wir als chronisch einordnen und oft über lange Jahre, Jahrzehnte die Patienten und die Ärzte beschäftigt, wobei hier nicht immer die Krankheitsaktivität gleich ist und immer die gleiche Behandlungsintensität notwendig ist.

Martin Hammerl

Aber es bleibt einem?

Dr. Roland Axmann

Prinzipiell bleibt die Diagnose einem. Eine Ausnahme gibt es vielleicht bei einer einzigen Erkrankung, die mir spontan einfällt, und zwar die Polymyalgia rheumatica. Das ist eine Erkrankung, die wir oft über einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren behandeln und da stehen die Chancen tatsächlich gut, dass man nachher keine weiteren Beschwerden hat. Bei den typischen Erkrankungen, rheumatoide Arthritis, Psoriasis Arthritis, Spondylarthritiden, Morbus Bechterew, handelt es sich schon um chronische Erkrankungen, die wir eben langfristig behandeln.

Martin Hammerl

Das heißt, die Menschen müssen lernen damit zu leben? Wie sind denn da die Eckpunkte bei einer Rheumatherapie? Vielleicht wenn wir zunächst Ihren Kundenbereich anschauen, wo

wir sagen, jetzt gerade habe ich Beschwerden, was mache ich da? Und vielleicht auch auf die langfristige Perspektive hingesehen.

Dr. Roland Axmann

Bezüglich der Behandlung ist natürlich zuerst immer wichtig, ob ich überhaupt eine solide Diagnose gestellt habe. Immer wenn ein Gelenk geschwollen, entzündet, schmerzhaft ist und es sechs Wochen dauert oder auch manchmal kürzer und es ist ein deutliches Geschehen hier, dann sollte man den Rheumatologen aufsuchen und eine Abklärung anstreben. Wenn der sich dann Gedanken gemacht hat, was da sozusagen das vorliegende Problem ist, dann kommen wir in den Bereich der Therapie und da gibt es drei Bausteine. Eine natürliche medikamentöse Therapie, die wir wahrscheinlich unmittelbar brauchen werden. Da gibt es ganz unterschiedliche Werkzeuge. Als weiteres gibt es natürlich die Physiotherapie, die die Patienten ebenfalls machen sollen und die die Krankheitsaktivität durchaus auch reduzieren kann. Und als dritten Baustein oder Säule ist natürlich auch die Patienteninformation selbst sehr wichtig, damit der Patient einschätzen kann, was passiert hier? Wie sind die Beschwerden einzuordnen? Ist alles was ich jetzt derzeit an Schmerzen habe tatsächlich durch das entzündliche Rheuma bedingt oder ist da noch etwas anderes dabei und wie gehe ich damit um?

Martin Hammerl

Wenn Rheuma nicht heilbar ist, was sind denn dann so die Überziele für eine Rheumatherapie? Da geht es um die Schmerzen haben Sie gesagt. Ich nehme an, dass wir da gewisse Langzeitfolgen auch abwenden können, wenn ich das jetzt richtig interpretieren würde?



Dr. Roland Axmann

Ja, absolut richtig. Für den Patienten besteht natürlich immer sein unmittelbares Anliegen, meistens ist das der Schmerz im Vordergrund. Das wollen wir natürlich auch gerne bearbeiten. Zusätzlich sind natürlich Langzeitziele auch für den Rheumatologen wichtig, weil er weiß, dass ihm der Patient bleiben wird und dass es in einigen Jahren eben sonst Probleme im Sinne von strukturellen Gelenkschäden oder einem zerstörten Knie oder Hüftgelenk geben wird und wo dann ein Gelenkserersatz notwendig ist und natürlich auch andere Spätfolgen, wie eben kardiovaskuläre Komplikationen oder eben Osteoporose.

Martin Hammerl

Das heißt, Sie als Rheumatologin machen da wirklich einen Fünfjahresplan, Zehnjahresplan mit dem Patienten, weil Sie in Wirklichkeit immer langfristig denken müssen?

Dr. Roland Axmann

Einen Plan macht man zunächst einmal immer für den nächsten Abschnitt und da ist natürlich zunächst einmal das Unterbrechen des Schmerzes für den Patienten die wichtigste Sache. Dann das Unterbrechen der Entzündung. Das ist meistens für den Arzt, für den Rheumatologen die wichtigste Sache und die anderen Dinge folgen in gewisser Weise darauf, denn was wir an Schmerztherapie sozusagen machen, ist jetzt zwar kurzfristig gut, aber wird nicht ausreichend sein, wenn wir es dabei belassen. Daher brauchen wir dann andere Medikamente, die uns da weiterhelfen. Um Entzündungen kurzfristig zu unterbrechen ist eben das allseits bekannte Kortison sicherlich eine gängige Variante. Das wird vom zum Schlucken verschrieben bis zu Injektionen gegeben. Allerdings ist das alleine noch keine Rheumatherapie. Wenn wir eine Diagnose von

einer rheumatoiden Arthritis gestellt haben, dann ist es auch unbedingt notwendig eine Basistherapie zu etablieren. Das sind Medikamente, die eben langfristig die Funktion einnehmen, das Immunsystem möglichst wieder auf das Normalmaß zurück zu dämpfen, sprich diese überschießende Entzündung wieder einzufangen. Da gibt es eine ganze große Breite aus Medikamenten, die in Frage kommen. Es gibt welche zum Schlucken, es gibt die Gruppe der Biologika, die man als Infusion oder als Spritze, als Pen verwendet und dann gibt es sozusagen auch neuere Medikamente, die wiederum sogenannte „targeted synthetic“ Basismedikamente, die eben auch wiederum zum Schlucken sind. An all denen ist gemeinsam, dass sie die Entzündung unterbrechen wollen und wenn die Entzündung gut unter Kontrolle ist, sollten auch die Schmerzen deutlich besser geworden sein. Natürlich Schmerztherapie rundherum wird schon stattfinden, gerade am Anfang ist das immer ein Thema. Da werden durchaus die gängigen schmerzstillenden Medikamente verwendet, die man auch sonst kennt vom Orthopäden oder vom Hausarzt.

Martin Hammerl

Wenn wir jetzt von den Medikamenten abgesehen mal schauen, habe ich in Sachen Schmerztherapie in der Recherche interessant gefunden, dass es Rheumabeschwerden gibt, die mit Kälte behandelt werden, dann gibt es wieder welche, die mit Wärme behandelt werden. Was ist denn da der Unterschied oder wo kommt das her?

Dr. Roland Axmann

Man findet beides, aber prinzipiell kommt die Kältebehandlung zur Anwendung. Da gibt es Studien dazu, dass das bei Patienten mit zum Beispiel rheumatoider Arthritis durchaus einen



guten Effekt auf die Schmerzwahrnehmung haben kann. Die Hypothese dazu ist, dass eben auf zellulärer Ebene die Entzündung gestört wird und dadurch auch nachher weniger Entzündung und weniger Schmerzprobleme da sind. Die Wärmebehandlung, wie man sie vielleicht kennt von Schwefelbädern, von Fango-Behandlungen, ist eher etwas, das wir für die nicht primär entzündlichen Gelenkserkrankungen, sondern eher für die degenerativen Gelenkserkrankungen verwenden. Das wird zum Beispiel bei den Arthrosen eine Rolle spielen. Wärmebehandlung ist generell auch etwas, das durchaus hilfreich ist im Bereich der Fingerpolyarthrose, da kennt man das vielleicht auch. Da verwendet man jetzt weniger Moor oder sonstige Dinge. Da ist zum Beispiel das Paraffin zu nennen als eine durchaus effektive Therapie, die durch Wärme den Schmerz günstig beeinflussen kann.

Sport und Bewegung (28:59)

Martin Hammerl

Wenn ich jetzt an die letzten Folgen unseres Podcasts zurückdenke oder eigentlich seit Beginn schon, ist ein Punkt, der sich durchzieht – Sport und Bewegung. Ich nehme stark an, das wird auch für Rheumapatienten jetzt hoffentlich nichts anderes sein. Welchen Einfluss kann denn Sport und Bewegung auf rheumatische Erkrankungen haben?

Dr. Roland Axmann

Ja, absolut. Wenn man sich die Risikofaktoren anschaut, dann weiß man auch, dass Bewegungsmangel durchaus ein Risikofaktor sein kann. In den Leitlinien, die für die Behandlung von solchen rheumatischen Erkrankungen geschrieben worden ist, ist überall auch ein Absatz dazu, dass man Bewegung durchführen sollte und zur Bewegung motivieren sollte.

Jetzt wurde das aber tatsächlich eher ein bisschen stiefmütterlich behandelt von allen Seiten, von den Patienten, von den Ärzten, auch von den Therapeuten. Da war immer die Sorge lange Zeit da, dass ich vielleicht einen Schub auslösen kann oder dass ich das Grundproblem verschlechtern kann. Dazu gab es dann eine große Untersuchung der europäischen Rheumaliga im Jahr 2018, die eine sehr umfassende Untersuchung mit allen vorliegenden Daten durchgeführt hat und allen vorliegenden Studien und da ist man draufgekommen, dass es tatsächlich eine relativ sichere Art und Weise ist, die Patienten zu verbessern was den Schmerz betrifft, was die Krankheitsaktivität betrifft und das Ganze sozusagen wird durchaus sehr stark befürwortet. Man weiß, wenn das unter einer Anleitung passiert und bestimmte Dinge eingehalten werden, dass man zum Beispiel bei Schmerzen, die nach dem Training auftreten und innerhalb von 24 Stunden wieder weg sind, die Trainingsintensität beibehalten kann. Solche Sachen wurden da untersucht und sind auch als positiv herausgekommen. Und generell kann man sagen, dass Bewegung und Rheuma schon zusammenpasst und auch immer durchgeführt werden soll.

Ernährung (30:55)

Martin Hammerl

Der rote Faden zieht sich also weiter durch unseren Podcast – Sport und Bewegung wird weiterempfohlen. Einen Punkt, den ich auch noch ansprechen möchte, ist die Ernährung bei rheumatischen Beschwerden. Sie haben zum Beispiel vorhin erwähnt, dass die Ernährung bei der Gicht eine große Rolle spielt. Welche Rolle spielt Ernährung sonst noch bei rheumatischen Beschwerden?



Dr. Roland Axmann

Die Gicht ist sicherlich eine Paradeerkrankung, wo man durch eine Ernährungsumstellung oder eine Ernährungsoptimierung sehr viel gewinnen kann. Patienten, die sich darüber bewusst sind und ihre Ernährung verändern, können schon sehr nachhaltig hier zu ihrer Krankheitsaktivität beitragen, im Sinne von, dass sie weniger Medikamente brauchen und auch weniger starke Entzündungsschübe haben. Bei anderen Rheumaerkrankungen, wie der rheumatoiden Arthritis kann man sagen, dass die Datenlage nicht ganz so eindeutig ist. Es gibt zwar immer wieder Untersuchungen, gar nicht so wenige, die geschaut haben, was sich durch Ernährung bewerkstelligen lässt und ein paar positive Sachen sind da schon herausgekommen. Vorher haben wir schon die mediterrane Kost erwähnt, die offensichtlich eher einen positiven Einfluss hat durch viele Antioxidantien, sprich viel Gemüse, Obst, Vollkornprodukte und Fisch. Wenig Fleisch und auch maximal vier Eier pro Woche sind da genannt als die klassische mediterrane Kost und natürlich auch sozusagen geringe Mengen Wein und Olivenöl. Wichtig dürften auch sein, ungesättigte Omega drei und sechs Fettsäuren, die einen entzündliche Effekt auch haben können. Und auch ein wichtiger Baustein ist das Vitamin D, der ebenfalls das Immunsystem durchaus auf eine wichtige Art und Weise beeinflusst und hier genannt werden soll. Was durchaus als negativ herausgekommen ist in einer großen britischen Untersuchung, sind Softdrinks, die fruktose- oder glukosehaltig sind oder beides in sehr hoher Konzentration haben. Da ist nachgewiesen worden, dass das für Rheuma oder auch die Entstehung von Rheuma durchaus nachteilig sein kann.

Rheuma vorbeugen (33:11)

Martin Hammerl

Wir haben heute viel über Rheuma gesprochen, viel gehört auch über diese 400 Erkrankungen, da können wir wahrscheinlich noch stundenlang darüber reden. Was können wir vielleicht trotzdem jetzt zum Schluss dieser Folge zusammenfassen? Was kann ich tun, um Rheuma so weit wie möglich zu vermeiden, um nicht daran zu erkranken? Zumindest für die häufigsten Ursachen vielleicht.

Dr. Roland Axmann

Da kommen wir noch einmal auf diese Risikofaktoren zum Sprechen, die man selbst in der Hand hat. Einerseits natürlich eine Kontrolle des Körpergewichts, eine regelmäßige körperliche Bewegung, möglichst auch eine Nikotinkarenz und auch eine entsprechende Zahnhygiene. Das sind die Dinge, die man vielleicht selber in der Hand hat. Und mit diesen Faktoren, wenn man die optimiert, hat man durchaus schon viel gewonnen und wenn es tatsächlich so weit gekommen ist, dass irgendwo Probleme bestehen, sprich Schmerzen, Schwellung, Funktionseinschränkung in einem Gelenkbereich, dann durchaus auch frühzeitig zu einem Arzt gehen. Meistens ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner und der überlegt sich dann schon einmal zunächst ganz grob, ob das eher etwas Degeneratives sein wird, ob man da eher den Orthopäden braucht oder ob das dann doch etwas chronisch entzündlich Rheumatisches ist, wo wir einen Rheumatologen brauchen.

Martin Hammerl

Im Zweifelsfall also abklären lassen. Mein Gast heute Dr. Roland Axmann, ich sage vielen Dank für das sehr interessante Gespräch zum Thema Rheuma. Dankeschön!



Dr. Roland Axmann

Danke für die Einladung!