

Erkrankungen des Bewegungsapparates

Alte Menschen erkranken häufiger an bestimmten Krankheiten als jüngere. Wahrscheinlich liegt dieser banalen Erkenntnis die Tatsache des degenerativen Abbaues organischer Strukturen unter verschiedenen endogenen und Umwelteinflüssen zugrunde.

Es ist statistisch problemlos möglich, eine Art „Hitliste“ von Erkrankungen aufzustellen, die im Alter gehäuft vorkommen. Am Beispiel der Frauen über 65 Jahre soll dieses gezeigt werden

HITLISTE DER ERKRANKUNGEN:

Frauen 65 - 74 Jahre	Frauen 75 - 84 Jahre	Frauen über 85 Jahre
Degenerative Gelenkserkrankungen	Degenerative Gelenkserkrankungen	Degenerative Gelenkserkrankungen
Arterielle Hypertonie	Arterielle Hypertonie	Arterielle Hypertonie
Schwerhörigkeit	Schwerhörigkeit	Schwerhörigkeit
Katarakt	Katarakt	Katarakt
Koronarinsuffizienz	Koronarinsuffizienz	Visusminderung
Status varicosus	Visusminderung	Gefäßsklerose
Tinnitus	Gefäßsklerose	Koronarinsuffizienz
Diabetes mellitus	Tinnitus	Tinnitus

Diese Liste wird mit weitem Abstand von den Krankheiten des muskuloskelettären Systems angeführt. Das liegt sicher besonders daran, daß die Einschränkung der Mobilität durch Verschleiß und Atrophie des Bewegungsapparates zwangsweise die Folge eines jahrzehntelangen Mißbrauches ist. Je älter der Mensch wird, um so stärker treten deshalb die „Abnützungskrankheiten“ in den Vordergrund.

Prinzipiell gibt es natürlich auch eine Menge Erkrankungen des Bewegungsapparates, die lediglich aus der Symptomatik anderer, z.B. neurologischer Erkrankungen wie dem Morbus Parkinson oder dem Schlaganfall entstehen. Sie sollen allerdings nur der Vollständigkeit halber erwähnt werden.

Daß der Bewegungsapparat von der Abnützung in besonderem Maße betroffen ist, ist nicht weiter verwunderlich, wenn die Tatsache berücksichtigt wird, daß er willkürlich gesteuert wird und damit weitgehend dem „menschlichen Faktor“ unterliegt.

Weitgehend unterschätzt wird die Bedeutung der muskuloskelettären Erkrankungen für den alten Menschen. Häufig geht die vitale Bedrohung des Patienten durch Immobilität oder Sturzgefahr unter in der Diagnostik zwar eindrücklicher, quod ad vitam aber weniger bedeu-

tungsvoller anderer Befunde. Gerade in der täglichen Arbeit gehört der betagte Patient mit Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen oder Muskelschwäche mehr oder weniger zum rezidivierenden Inventar. Wie stark neben der Lebensfähigkeit die Lebensqualität unter diesen Belastungen leidet, tritt dann in den Hintergrund der Überlegungen, wenn der Patient jede Woche einmal wegen derselben Beschwerden in der Praxis erscheint.

Die Hauptrisiken für geriatrische Patienten durch Erkrankungen des Bewegungsapparates bestehen in den Folgen dieser Erkrankungen. Es würde den Rahmen dieser Überlegungen sprengen, wollte man auf alle möglichen Krankheiten eingehen, die im Alter am Bewegungsapparat entstehen können.

Im Rahmen des Themas tut Beschränkung not. Deshalb sollen an Beispielen diejenigen Erkrankungen angesprochen werden, die besonders den älteren Patienten treffen und die bei ihm auch häufig vorkommen.

Ich möchte dabei nur in engen Grenzen auf die organischen Veränderungen der Krankheiten eingehen. Diese sind altersunabhängig sehr ähnlich und unterscheiden sich nicht durch das Alter. Erhebliche Unterschiede bedingt das Alter allerdings bei der Ausprägung der Krankheitsfolgen und vor allen Dingen bei den funktionellen Auswirkungen. Sie sind es, die dem Thema bezogen auf die Lebensqualität sichernde Bedeutung geben.

Grundsätzlich lassen sich die Erkrankungen des Bewegungsapparates in folgende drei Kategorien einteilen

Entzündliche Erkrankungen

Degenerative Erkrankungen

Verletzungen

Die entzündlichen Erkrankungen stellen in diesem Zusammenhang ein schwieriges Kapitel dar. Z.B. ist die rheumatoide Arthritis zwar eine Krankheit, die ihren Häufigkeitsgipfel bei 60 Jahren hat. Beim 80-jährigen aber steht nur noch selten die Entzündung im Vordergrund. Vielmehr befindet sich häufig der Entzündungsprozess im Sinne eines Schwelbrandes auf einer eher basalen Ebene. Aber gleichzeitig bekommen die arthrotischen funktionellen Spätfolgen mit zunehmendem Alter eine immer bedrohlichere Bedeutung.

Bei einem 83-jährigen Patienten mit ausgebrannter deformierender Arthritis psoriatica spielen weder die Psoriasis noch die daraus resultierende Gelenkentzündung eine Rolle. Entscheidend ist, daß sich mit zerstörten Händen eine alltagstaugliche Funktion nur noch mühevoll aufrecht erhalten läßt. Alle Tätigkeiten des täglichen Lebens belasten den Patienten erheblich stärker, als dies normalerweise schon der Fall ist. In einem speziellen Fall, der Pat. versorgte sich bis dahin allein in einem Einfamilienhaus, führte die Überlastung zu einer Dekompensation einer vorbestehenden Herzinsuffizienz und dies zur Krankenhauseinweisung. Die lebensbedrohliche cardiale Situation entstand folglich aus einer Erkrankung des Bewegungsapparates.

Die alleinige Behandlung der Herzinsuffizienz hätte hier das Ziel verfehlt, da sie nur Symptom war.

Dieses Beispiel soll verdeutlichen, warum ich bei aller Bedeutung nicht näher auf die entzündlichen Komponenten der Erkrankungen des Bewegungsapparates eingehen werde, sondern den Schwerpunkt auf die funktionellen Folgen und Therapiemöglichkeiten lege.

Die 4 wesentlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates beim geriatrischen Patienten sind:

**ARTHROSEN
OSTEOPOROSE
MUSKELATROPHIE
FRAKTUREN**

Allen diesen Erkrankungen sind bestimmte funktionelle Folgen gemeinsam. Sie stellen die eigentlichen Probleme dar mit denen der Patient fertig werden muß

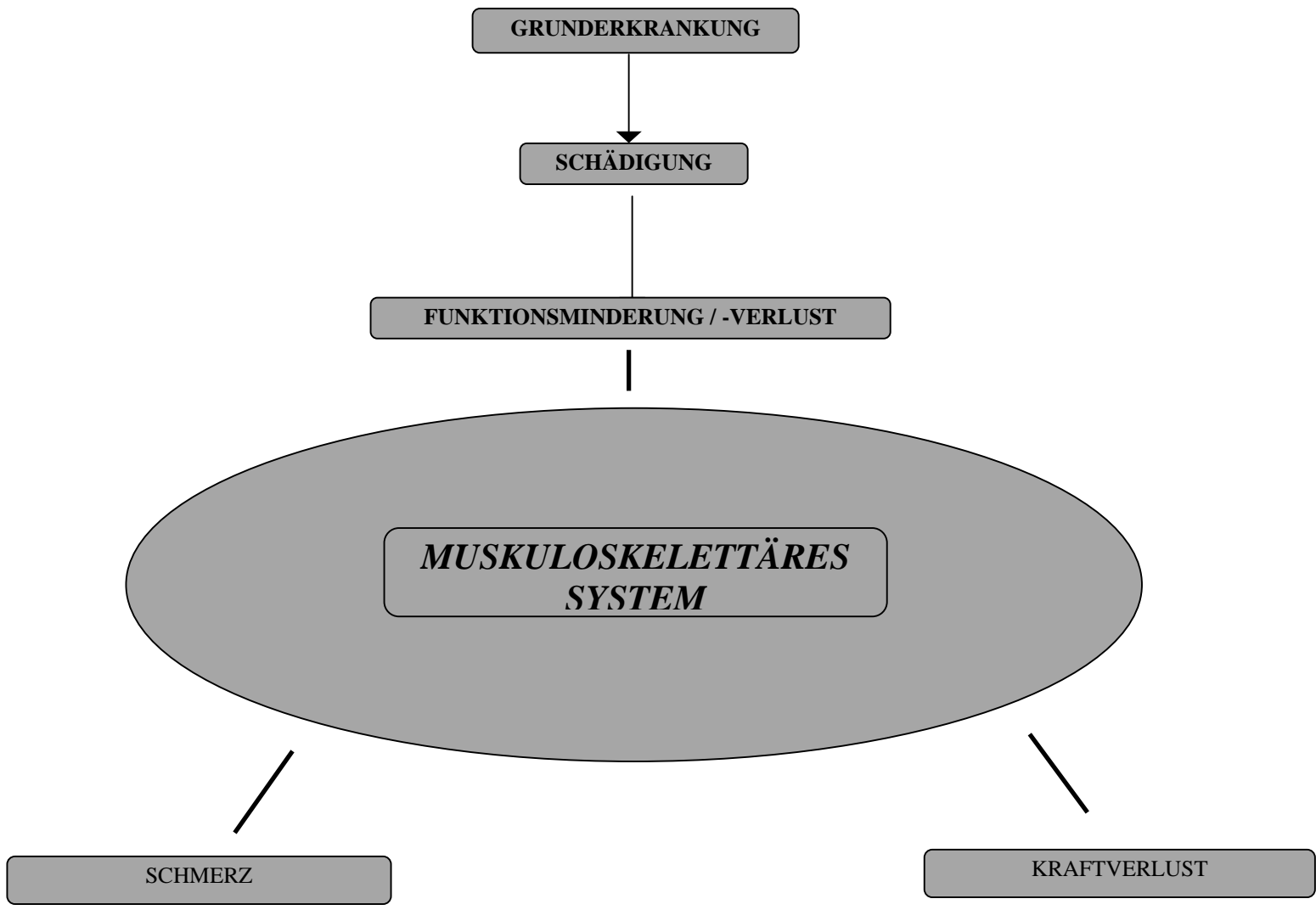
*Schmerz
Bewegungseinschränkung
Gangunsicherheit
Erhöhte Sturzgefahr
Immobilität
Kraftverlust*

Dabei kann die Entwicklung der Beeinträchtigung als Kaskade angesehen werden, die von der ursprünglichen Krankheit ausgehend, schließlich im Verlust von körperlichen und oder geistigen Fähigkeiten enden, die die Selbständigkeit des Patienten ausmachen

Durch Erkrankungen des Bewegungsapparates wird vor allem die soziale Kompetenz des Patienten in hohem Maße bedroht.

Soziale Kompetenz = *Das optimale Maß
an Selbständigkeit
der Lebensführung*

Dieses optimale Maß an Selbständigkeit beinhaltet das Kernstück menschlicher Existenz. Soziale Kompetenz bedeutet Selbstbestimmtheit. Verlust der Sozialen Kompetenz bedeutet Fremdbestimmtheit. Bedrohung der sozialen Kompetenz heißt Bedrohung menschlicher Intimität und Würde, individueller Freizügigkeit und Selbstachtung. Es ist also unumgänglich diesen Kompetenzverlust aus funktionellen Gründen in den Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen zu stellen. Dabei zeigen die Erkrankungen des Bewegungsapparates Besonderheiten, die sie therapeutisch von anderen Organkrankheiten unterscheiden. Grundsätzlich gilt für die meisten pathologischen Entwicklungen, daß ihre Therapie dem Krankheitsfortschritt folgt. So wird man eine Hypertonie im Frühstadium zunächst lediglich mit einem Diuretikum behandeln und diese Therapie dann den Erfordernissen anpassen. Dies ist bei muskuloskelettären Krankheiten anders. Ihr erstes Auftreten löst den Circulus vitiosus von Funktionsverlust, Kraftverlust und Schmerz aus, der schließlich so bedrohlich wird.



Es kann davon ausgegangen werden, daß gerade der zögerliche Einsatz therapeutischer Mittel im Frühstadium von Osteoporose, Arthrose und Muskelatrophie diese Zustände begünstigt. In der Regel setzen intensive Physiotherapie, Ernährungstherapie und die Umstellung von Lebensgewohnheiten leider viel zu spät ein. Die konsequente Fortführung dieser Behandlungen, verbunden mit Anleitung des Patienten zur Eigeninitiative erfolgt häufig gar nicht. Dadurch werden wichtige Einflußmöglichkeiten versäumt, die so manchem Patienten Schmerzen oder sogar Operationen hätten ersparen können. Die praktische Erfahrung lehrt, daß gerade muskuloskelettären Erkrankungen anhaltend positiv auf frühzeitige Intervention reagieren.

Ursachen der Erkrankungen des Bewegungsapparates im Alter:

Die Betrachtung des Themas unter funktionellen Gesichtspunkten macht offenkundig, daß einerseits bestimmte Hauptursachen als Grundlage für EDB auf alle Krankheiten gleichermaßen zutreffen. Zum anderen ist erkennbar, daß die EDB häufig miteinander zusammenhängen und einander teilweise bedingen.

In diesem Zusammenhang ist auch wichtig zu wissen, daß fast alle Menschen jenseits des 45. Lebensjahres Degenerative Veränderungen zumindest der belasteten Gelenke zeigen. Immerhin ein viertel aller Untersuchten klagte über Krankheitssymptome.

Zum anderen gibt es zahlreiche schädigende Einflüsse auf den Bewegungsapparat, die die funktionelle Symptomatik zum einen unterhalten, zum anderen dadurch und selbsttätig das Fortschreiten der Krankheiten begünstigen.

Ursächliche oder begünstigende Faktoren

	<i>Arthrose</i>	<i>Osteoporose</i>	<i>Muskelatrophie</i>
Fehlhaltung / Fehlbelastung	X	X	X
Immobilität	X	X	X
Fehl -/ Mangel – Ernährung	X	X	X
Entzündungen	X	X	X
Hormon - Umstellung	X	X	X
Medikamente		X	X
Depression	X	X	X
Primär - erkrankungen	X	X	X

Natürlich stellt dies nur eine Auswahl dar. Der funktionelle Zusammenhang darf aber nicht übersehen werden, sondern muß Eingang in die Therapie finden.

Einen Sonderfall stellen die Frakturen dar, die mit zunehmendem Alter immer häufiger werden. Auch wenn die Erkenntnis inzwischen Allgemeingut ist, so möchte ich erneut betonen, daß Frakturen im Alter häufig lebensbedrohliche sind. Auch Frakturen, die knöchern ausheilen, sind über einen verbleibenden Defekt oft der Einstieg in ein funktionelles Defizit, das zumindest die soziale Kompetenz bedroht. Hauptursache für Frakturen im Alter sind Stürze oder Spontanfrakturen

Spontanfrakturen haben prinzipiell nur 2 Ursachen. Entweder geschehen sie im Rahmen knochen-substanzmindernder Erkrankungen wie der Osteoporose (selten der Osteomalazie) oder es handelt sich bei gesundem Knochen um lokale Substanzminderungen oder Aufweichungen wie sie im Gefolge von Tumoren oder Filialisierungen gesehen werden.

Viel differenziertere und oftmals nur schwer zu erkennende Ursachen haben Stürze, die eine der großen Bedrohungen des Alters darstellen. Dabei muß bedacht werden, daß 75 % der sturzbedingten Todesfälle in der Gruppe der über 65-jährigen stattfinden.

Die Therapie der Frakturen ist bekanntermaßen die Ruhigstellung konservativ oder operativ mit allen Risiken. Das ist bekannt, ebenso wie die Notwendigkeit einer ausreichenden physiotherapeutischen Nachbehandlung. Aufgrund der Verschiedenheit der Frakturfolgen und ihrer Behandlung kann hier nicht darauf eingegangen werden. Diese Abläufe sind auch zwingend und werden deshalb grundsätzlich durchgeführt.

Ganz anders sieht es aber mit der eigentlichen „Therapie“ der Frakturen, nämlich ihrer Verhinderung aus. Wegen der großen Gefährlichkeit der Frakturfolgen muß aber der Prävention von Stürzen größtes Augenmerk gewidmet werden. Stürze haben häufig Ursachen, die nicht auf den ersten Blick zu erkennen sind und deshalb häufig übersehen werden. Es ist daher unumgänglich mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu versuchen, die Sturzursache zu ergründen und soweit möglich zu behandeln.

Die Folgen für den Bewegungsapparat lassen sich bei allen entsprechenden Krankheiten auf grundsätzlich 4 Hauptfolgen reduzieren:

**HYPOMOBILITÄT
MUSKULÄRE DYSBALANCEN
FIXIERTE BIEGE - und ZUGSPANNUNGEN
KONTRAKTUREN
SCHMERZEN**

Zusammengefaßt werden diese Folgen unter dem Begriff Funktionseinschränkung, definiert als Abweichung der Funktion von der Bewegungsnorm.

Therapiemöglichkeiten der EDB bestehen durch Medikamente, Krankengymnastik, Physikalische Medizin, Ergotherapie, Hilfsmittelversorgung oder schließlich die Operation.

Zum Schluß seien mir noch einige kurze Bemerkungen zur ärztlichen Einstellung gegenüber den Therapien der sogenannten medizinischen Assistenzberufe gestattet.

Ich bin der Meinung, daß wir als Ärzte unbedingt jede Möglichkeit der Heilung oder zumindest Besserung für unsere Patienten ergreifen müssen. Dazu gehört auch, daß wir anerkennen, daß andere Berufsgruppen heilend wirken können, wo unser ärztliches Wissen und Können nicht ausreicht. Nur wenn wir jetzt die Chance zur fachlich versierten Steuerung dieser Heilmethoden ergreifen, können wir auf Dauer verhindern, daß Berufsgruppen dies tun, denen aufgrund ihrer zu kurzen Ausbildung und ihrer einseitigen Sicht der Dinge die Mittel dazu fehlen.

Hierzu ist es erforderlich, daß wir den Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel gegebenenfalls umverteilen. Die 4. oder 5. Röntgenaufnahme des bekannt arthrotischen Hüftgelenkes in der winterlichen Aktivierungsphase ist dabei genauso überflüssig wie die 3. immunologische Untersuchung, ob es nun nicht doch endlich ein Bechterew oder eine RA geworden ist. Ich bin der festen Überzeugung, daß die genaue Untersuchung und Anamneseerhebung durch den engagierten Arzt auch und gerade beim bereits bekannten Patienten sehr viel Geld einsparen kann, das weitaus besser und sinnvoller in therapeutische Maßnahmen investiert werden kann.

Das sogenannte „Argument“ dieses alles sei ja gut und schön, aber wer solle das denn bezahlen, da ja jede Heil- und Hilfsmittelverordnung zu Lasten des Praxisbudgets gehe und außerdem, da personalintensiv, auch noch teurer sei als Diclofenac halte ich für eine Armutserklärung. Wir sind ja sonst auch nicht zimperlich das Geld zum Nutzen unserer Patienten einzusetzen, wenn es um die Diagnose und Therapie Lebensqualität einschränkender und ggf. lebensbedrohlicher Krankheiten geht. Als Advocatus diaboli erlaube ich mir hier nur an das Kosten / Nutzen- Verhältnis von Kontroll-Cct`s bei cerebralen Ischämien oder den Einsatz von Nootropika beim Schwindel unklarer Genese zu erinnern. Es ist m.E. unumgänglich, daß wir als Ärzte hierbei wieder das Heft in die Hand nehmen und uns nicht von medizinischen Laien zu medizinisch nicht ausreichenden oder gar fragwürdigen Therapieregimen drängen lassen.

R.Siegel 1995