

## Physikalisch medizinische Schmerzbehandlung des älteren Rheumakranken

Die Erkrankungen des Rheumatischen Formenkreises umfassen die entzündlichen ebenso wie degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates. Ältere Menschen leiden mit zunehmendem Alter weniger an akuten Entzündungszuständen. Bei Ihnen treten die degenerativen Krankheiten oder die Folgezustände der Entzündungen in den Vordergrund. Die Erkrankungen des Bewegungsapparates führen mit weitem Abstand die Hitliste der Krankheiten im Alter an.

Für ältere Menschen stellen die schmerzhaften Bewegungseinschränkungen mit konsekutiver Mobilitätsminderung eine erhebliche Gefährdung der Selbständigkeit dar. Neben den direkten Folgen der Immobilität wie vor allem der Muskelatrophie, wird die gesundheitliche Instabilität im Rahmen der bekannten Multimorbidität des betagten Patienten verstärkt.

Von den Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises stehen im Alter an erster Stelle:

### Häufige rheumatische Erkrankungen im Alter

- Generalisierte primäre Arthrose (auch Polyarthrose)
- Arthrose der großen Gelenke
- Osteoporose
- Rheumatoide Arthritis (Alters – CP)
- Weichteilrheumatismus

Die Therapie der rheumatischen Erkrankungen beruht auf medikamentöser Basis, physikalischer Medizin und psychologischen Maßnahmen. Der Einfluß der seelischen Belastung auf die Schmerzentwicklung darf dabei nicht gering erachtet werden.

Neben der medikamentösen Basistherapie entzündlicher rheumatischer Erkrankungen wie Corticoide, Goldsalze, Azulfidine oder D – Penicillamine bzw. degenerativer Zustände mit Antiphlogistika und Analgetika, ist die Behandlung mit physikalisch wirkenden Mitteln unverzichtbar. Die Physikalische Medizin stellt die Mobilität und Funktionalität des Körpers in den gegebenen Grenzen wieder her und ist die wichtigste präventive Maßnahme zum Erhalt der Selbständigkeit.

**MERKE: Physikalisch medizinische Therapieverfahren können die medikamentöse Basistherapie des entzündlichen Rheumas nicht ersetzen**

Nach heutigem Kenntnisstand wäre es jedoch ein fataler Fehler, im Vertrauen auf die Wirkungen der physikalischen Medizin auf die medikamentöse Basistherapie zu verzichten. Die konsequente Unterdrückung des pathologischen Immunprozesses ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Anwendung der physikalischen Maßnahmen. Zwar sind immunmodulierende Wirkungen physikalisch medizinischer Maßnahmen insbesondere aus dem Bereich der Kurortmedizin bekannt, hier seien nur Radonbehandlungen oder auch die Moorbäder genannt. Eine Differenzierung dieser Therapien ist aber unverändert schwierig und würde den Rahmen dieser Übersicht sprengen.

Unter dem Dachbegriff Physikalische Medizin werden heute die physikalische Therapie, die Krankengymnastik und die Ergotherapie zusammengefaßt. Im teamorientierten Therapieansatz ist sie sehr häufig in der Lage, den Circulus vitiosus aus Entzündungsschmerz, Funktionsverlust und Folgeschmerz zu durchbrechen. Sie deckt dabei neben der direkten Schmerzbekämpfung mit physikalischen Mitteln vor allem den funktionellen Bereich der Schmerzentstehung, Schmerzwahrnehmung und Schmerzbekämpfung ab.

Ihr zentrales Wirkprinzip besteht in der Ausübung von Reizen, die über eine gezielte Reizantwort eine Regulationsvorgang auslösen. Diese Wirkung ist auch der Grund dafür, daß physikalisch medizinische Therapieverfahren von älteren Menschen besonders gut vertragen werden, bedienen sie sich doch bei sachgerechter Anwendung der körpereigenen Reserven

### **Wirkprinzip Physikalisch medizinischer Anwendungen**

## **Reiz - Reizantwort - Regulation**

Bei den Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises ist insbesondere zu beachten, daß die Schutzreserven einzelner Strukturen häufig aufgebraucht sind. Dies gilt vor allem für die regelhaft atrophiierte Muskulatur, die instabilen Gelenke und die geschwächte Knochenstruktur. Besonders ältere Patienten haben häufig Vorschäden am Bewegungsapparat, welche die körpereigenen Reserven weiter mindern.

Die Therapie des rheumakranken Patienten kann nur im groben Rahmen standardisiert werden. Allen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises ist der schubweise Verlauf gemeinsam.

Es ist erforderlich sich den unterschiedlichen Verlaufsphasen anzupassen, da jede Krankheitsphase spezifische therapeutische Interventionen braucht. Dabei ist zu beachten, daß diese Phasen nebeneinander an verschiedenen Orten gleichzeitig auftreten können, so daß oft keine einheitlich „richtige“ Therapie möglich ist.

Es darf nicht übersehen werden, daß die Physikalische Medizin auch Gefahren wie Kreislaufbelastungen, Aktivierung chronischer Prozesse oder gar Verletzungen in sich birgt. Insbesondere wenn sie bei schwerkranken Patienten angewandt wird, muß der behandelnde Arzt die Nebenwirkungen genauso kennen, wie diejenigen der von ihm verwendeten Arzneistoffe. Erfreulicherweise sind unerwünschte Wirkungen bei Kenntnis der Risiken und sachgerechter Anwendung selten.

## **Die therapierelevanten Verlaufsphasen rheumatischer Erkrankungen**

- 1) Akute Phase (Schub)
- 2) Chronische Phase (Intervall)
- 3) Defektzustand

Für den älteren Patienten ist der akute oder chronische Verlust der Muskelkraft die größte Bedrohung seiner individuellen Selbständigkeit und gleichzeitig einer der wichtigsten schmerzauslösenden Faktoren. Zum einen wird die Belastbarkeit und Ausdauerleistung des Körpers gemindert, zum anderen werden die Gelenksführung und die Stützfunktion erheblich verschlechtert. Dies bedingt ein schnelleres Fortschreiten der Strukturzerstörung durch zunehmende Fehlbelastungen, was letztlich die Schmerzentwicklung fördert.

Das Ziel der physikalisch medizinischen Therapie ist also einerseits die direkte Beeinflussung der Schmerzursachen, andererseits aber die Schmerzreduktion durch möglichst weitgehende Wiederherstellung physiologischer Bewegungsabläufe. Eine Trennung der dazu erforderlichen Therapien aus Kostengründen ist unsinnig. Gerade aus ökonomischer Sicht ist der kombinierte Einsatz physikalisch medizinischer Therapieverfahren zum Erhalt der Funktionalität und der Minderung bleibender Schäden mehr als sinnvoll.

### **Therapieverfahren in der physikalischen Schmerztherapie des Rheumakranken**

- Balneotherapie / Hydrotherapie
- Elektrotherapie
- Massagen
- Krankengymnastik
- Ergotherapie

**MERKE: Rheumatherapie ist Individualtherapie**

#### **Die akute Phase:**

Als Grundsatz muß gelten, daß der Erhalt der Beweglichkeit und gleichzeitig die Vermeidung größerer Muskelmassenverluste oberste Priorität haben. Es gilt also, den Schmerz des Patienten soweit zu senken, daß die gewohnten Alltagsaktivitäten verrichtet werden können.

Zwar haben Untersuchungen gezeigt, daß insbesondere eine Gelenksruhigstellung die Bildung von Radikalen als Knorpelschädiger vermindert. Gleichzeitig aber konnte eine Beschleunigung des Knorpelzerstörung unter Bewegungstherapie nicht nachgewiesen werden. Vielmehr gilt, daß die krankheitsbedingte funktionelle Einschränkung, als gemeinsame Endstrecke der Schädigung, ohne konsequente Bewegungs-therapie irreparable Schäden produziert. Die vor allem in den 60er

Jahren beobachteten, nur noch endgradig beweglichen, arthritischen Gelenke als Folge wochenlanger Ruhigstellung mögen dafür als Menetekel gelten.

### **Physikalische Therapie:**

Die Therapie beginnt mit der Anwendung physikalischer Maßnahmen im engeren Sinne. Hier ist zu bedenken, daß die erfolgreiche Anwendung dieser Verfahren viel Übung und auch Gespür erfordert. So können die beschriebenen Therapien nur einen Anhalt bieten. Mögliche Kontraindikationen sind zu beachten.

### **Elektrotherapie:**

Die Elektrotherapie kann beim älteren und jüngeren Patienten gleichermaßen angewandt werden. Sie ist nur selten eigenständige Therapie sondern hat ihre Hauptbedeutung als Adjuvans.

<b>Gleichstrom</b> (galvanischer Strom):	Analgesie durch Reizung der Schmerzrezeptoren
<b>Niederfrequente</b> Ströme (0 – 250 Hertz) :	Analgesie durch Nervenreizung und Muskelwirkung
<b>Mittelfrequente</b> Ströme (1000 Hertz – 100 kHz):	Analgesie über Muskelwirkung
<b>Hochfrequente</b> Ströme (Mega – Hertz – Bereich)	Analgesie durch Wärmeenergie

Insbesondere die Gleichstromdurchflutungen zur Schmerzlinderung bewähren sich in dieser Phase, aber auch die mittelfrequenten Wechselströme zur Muskelbehandlung. Diadynamische Ströme wirken resorptionsfördernd und schmerzlindernd. Iontophorese und Ultraschall können gut eingesetzt werden.

- Infrage kommen direkt über dem entzündeten Bezirk diadynamische (Bernard'sche) Ströme zur Resorptionsförderung.
- Neben der direkten Beeinflussung der gereizten Strukturen ist es wichtig, auch die reaktiv dysbalancierte Muskulatur zu behandeln. Elektrotherapeutisch bietet sich hierfür der mittelfrequente Wechselstrom an.
- Zum perkutanen Medikamententransport ist die Iontophorese anzuwenden.
- TENS (transcutane elektrische Nervenstimulation) zur Analgesie
- Ultraschall eignet sich gut zur Analgesie oberflächennaher Strukturen

### **Thermotherapie:**

Hierbei spielt bei akuten Entzündungen und Reizzuständen insbesondere die Kälteanwendung mit Cool - packs, mittels Kaltluftgebläsen oder in Kältekammern eine wesentliche Rolle. Wird die Kälte als zu stark empfunden, sind Modulationen beispielsweise über den Einsatz von kalten Lehm packungen möglich. Feuchte Kälte ist zu vermeiden. Wärme fördert den Reizzustand und führt zu vermehrten Schmerzen.

Zu beachten ist, daß ältere Menschen und vor allem Hochbetagte oft nur sanfte Temperaturenschwankungen sowohl heiß als auch kalt tolerieren. Deshalb verwenden wir zur Kältevermittlung statt Eis häufig lieber Gelpackungen oder Lehm selten auch den kühlen Heusack, bzw. statt Fango den warmen Heusack, warme Lehm- oder Moorpackungen als Wärmeträger.

Wärme:	Schmerzreduktion durch Verbesserung der Durchblutung und des Gewebestoffwechsels , Schmerzhemmung auf spinaler Ebene, neurovegetative und endokrine Stimulation.
Kälte:	Schmerzreduktion durch lokale Downregulierung der Schmerzrezeptoren, Verlangsamung von Stoffwechselfvorgängen

### **Massagen:**

Massagen sind in diesem Krankheitsstadium mit Vorsicht zu handhaben. Über entzündeten Bereichen sind sie verboten. Sie können jetzt in aller Regel weniger helfen als reizen. Grundsätzlich sind alle reizmindernden, dämpfenden und beruhigenden manuellen Methoden indiziert. Detonisierungen über Streichungen, vorsichtige Knetungen und lokale Tiefenmassagen reaktiv verspannter Muskulatur sind sicher sinnvoll. Bindegewebsmassagen und Friktionen sollten in dieser Phase vor allem wegen ihrer vegetativen Wirkungen vermieden werden.

Eine Sonderform der Massage ist die manuelle Lymphdrainage. Sie kann vor allem bei entzündlichen Alterationen mit Erhöhung der lymphpflichtigen Last zu einer deutlichen Entlastung des betroffenen Areals beitragen. Wichtig ist, daß nicht der betroffenen Bezirk selbst behandelt, sondern der Abfluß zentral gebahnt wird.

### **Krankengymnastik:**

Im akuten Schub muß die Bewegungstherapie vor allem auf die Beweglichkeit der Gelenke achten. Schmerzvermeidung, um reaktive Muskelverspannungen zu verhindern ist in dieser Phase oberstes Gebot. Insbesondere sind je nach Befall folgende Therapieinhalte zu beachten:

- Lagerung im Liegen und Sitzen: Schmerzreduktion durch Einnahme schmerzarmer Positionen
- Isometrische Spannungsübungen: Schmerzreduktion durch Erhalt der Muskelkraft.
- Einüben orthograder Bewegungsabläufe: Schmerzreduktion durch reduzierte Fehlbelastungen
- Stabilisierte Bewegungsabläufe der ADL üben Schmerzreduktion durch Schmerzvermeidung
- Gelenkmobilisation unter sanfter Traktion und Translatorisches Gleiten: Schmerzreduktion durch Bremsung der Kapselschrumpfung und damit dem Erhalt der Gelenkmobilität.

Wenig sinnvoll ist es, in dieser akuten Krankheitsphase den Patienten zu stark zu mobilisieren oder gar trainieren zu wollen. Insbesondere Medizinische Trainingstherapie, Bewegungsübungen im Wasser oder Gangschulung überfordert

den Kranken jetzt rasch. Bei älteren Patienten riskiert man zudem bei Überlastung die Exazerbation anderer Krankheiten wie beispielsweise der Herzinsuffizienz, oder die ungewollte Verschlechterung der Mobilität durch verstärkte Schmerzen im Bewegungsapparat bei belastungsbedingt verminderter Bewegungskontrolle. Auch die Belastung durch eine hochdosierte immunsuppressive Therapie muß hier beachtet werden.

### **Ergotherapie:**

Ziel der ergotherapeutischen Therapie der Akutphase ist es, unnötige Verluste in den Alltagsfähigkeiten zu vermeiden. Besonders zur Schmerzminderung kann jetzt einiges getan werden. Die Domäne der Ergotherapie ist aber der Gelenkschutz. In allen Krankheitsphasen dienen zahlreiche Übungen und Hilfsmittel der Verhinderung von Gelenkdeviationen und Deformationen. In der akuten Phase ist der Gelenkschutz besonders wichtig, da die Entzündung rasch zu irreversiblen Schäden führen kann

- Lagerungsschienen: Schmerzreduktion durch Vermeidung von Fehlstellungen
- Selbsthilfetraining: um ADL – Verluste zu vermeiden
- Gelenkbewegungen mit geringen Widerständen: um die Gelenke mobil zu halten
- Auch vorübergehende Versorgung mit Greif und Hebelhilfen: um Selbständigkeit zu erhalten
- Gelenkschutz: um Deviationen zu verhindern

### **Die chronische Phase:**

Sie ist gekennzeichnet durch einen eher linden Verlauf. Der hat zwar den Vorteil, daß die Patienten weniger Schmerzen haben. Gleichzeitig führt dies jedoch dazu, daß die Therapiemotivation abnimmt, was angesichts jahrelanger Belastung durch die Therapie gut verständlich ist. Aber auch gewisse Ermüdungserscheinungen bei den Behandlern spielen für den weiteren Verlauf eine wesentliche Rolle. Die konsequente Führung des Patienten und des Therapeutenteams sind eine wichtige Aufgabe des behandelnden Arztes. Gerade beim älteren Patienten muß auch gegen das Defizitmodell in den Köpfen angekämpft werden.

Die chronische Krankheitsphase ist dadurch charakterisiert, daß je nach Krankheitsverlauf Folgeschäden in unterschiedlicher Geschwindigkeit entstehen. Entscheidend in dieser Phase ist, daß häufig wenigstens teilweise therapierbare Zustände vorherrschen. Gerade beim älteren Patienten können jetzt irreparable funktionelle Einbußen vermieden werden.

Es kommt in der Therapie darauf an, dem Patienten ein angepaßtes, variables Trainingsprogramm anzubieten. Häufig wird dabei die Frage gestellt, wieviel Schmerz der Patient ertragen soll, um bei sachgerecht angewandter Therapie Beweglichkeit zu erhalten. Oft verhindert schon die noch aktive Entzündung Schmerzfreiheit. Grundsätzlich aber gilt:

<b>MERKE:</b> <b>Physikalisch medizinische Therapieverfahren dürfen zwar belasten, aber keine zusätzlichen Schmerzen verursachen.</b>
---

Da in dieser Krankheitsphase oft schon bleibende Schäden eingetreten sind, muß die Therapie flexibel sein. Es ist abzuwägen, ob das gewünschte Therapieziel unter dieser Erschwernis überhaupt erreicht werden kann, oder ob es nicht für den Patienten weniger frustrierend ist, von vornherein ein nicht maximales sondern optimales Ziel anzusteuern. Das gilt insbesondere für das Gehen und die Handfunktion. Diese Form der Schmerzlinderung durch Anpassung des Therapiezieles wird noch zu wenig beachtet.

### **Physikalische Therapie:**

#### **Thermotherapie:**

In dieser Krankheitsphase ist die Erfahrung des Behandlers unverzichtbar. Die Frage, ob Wärme oder Kälte angewandt werden soll entzieht sich oft der standardisierten Beurteilung. Grundsätzlich gilt das oben Gesagte. Bei den Arthrosen ist zu beachten, daß Wärme nicht nur schmerzlindernd wirkt, sondern auch die Beweglichkeit der mobilen Strukturen periartikulär verbessert. So ist Wärme vor der Behandlung wichtig. Umgekehrt wird an den gereizten Strukturen Kälte benützt um die Therapierbarkeit des betroffenen Bereiches zu herzustellen.

#### **Elektrotherapie:**

Es gilt das oben Gesagte. Insbesondere bei Rückenschmerzen spielt jetzt das Stangerbad (Gleichstrom) eine wichtige Rolle, aber auch die Interferenzströme zur Behandlung größerer Muskelgruppen (Schulter), TENS bei fortgeleiteten Schmerzen, Ultraschall über oberflächennahen Strukturen und die diadynamischen Ströme bei Reizungen sind hilfreich.

#### **Krankengymnastik:**

Der krankengymnastischen Behandlung kommt neben der Ergotherapie nun eine besondere Bedeutung zu.

- Kräftigung: Schmerzreduktion durch bessere Gelenkführung  
Schmerzreduktion durch bessere Stützfunktion
- Gelenkmobilisation: Schmerzreduktion durch Kontrakturprophylaxe
- Training optimierter
- Bewegungsübergänge: Schmerzreduktion durch Belastungsminderung
- Gangschulung: Schmerzreduktion durch orthograde Belastungen von Gelenken und Wirbelsäule.
- Haltungsschulung: Schmerzreduktion durch verminderte Wirbelsäulenbelastungen und Minderung fortgeleiteter Fehlbelastungen peripherer Gelenke.
- Wassertherapie: Erweiterung des Bewegungsumfanges
- Gehhilfen: Erhaltung der Mobilität

#### **Ergotherapie:**

Die Erhaltung und Förderung der ADL – relevanten Tätigkeiten ist in dieser Phase unverzichtbar. Die Minderung der akuten Symptomatik lässt die Umsetzung wiedergewonnener Mobilität in die Alltagspraxis zu. Die Erfolgserlebnisse motivieren die Patienten, in der Behandlung fortzufahren. Dem Eindruck, Therapie sei realitätsfremd, wird entgegengewirkt. Auch in dieser Phase ist der Gelenkschutz von

entscheidender Bedeutung um künftige Schmerzentstehung zu verhindern. Allerdings darf dabei die Förderung der Muskelkraft nicht zu kurz kommen.

- Selbsthilfe: Schmerzreduktion durch Korrektur schmerzauslösender, weil falscher Bewegungsabläufe.
- Funktionsschienen: Schmerzreduktion durch Förderung funktionell richtiger Bewegungsabläufe
- Kräftigung: Schmerzreduktion durch stufenweisen, kombinierten Aufbau von Kraft und Funktion
- Funktionelles Training: zum Erhalt bzw. der Wiederherstellung funktioneller Fähigkeiten
- Gelenkschutz: Verhinderung von Gelenkdeviationen

**MERKE: Gelenkschutz darf nicht zum Kraftverlust führen !**

### **Die Defektphase:**

Diese Phase ist gekennzeichnet durch erhebliche Behinderungen des täglichen Lebens. Deformierte, nur noch endgradig bewegliche Gelenke, Gelenkskontrakturen, Muskelatrophien, Sehnenrupturen v.a. an den Streckseiten der Finger, seltener auch an den Zehenbeugern, Osteoporose und nicht zuletzt oft reaktiv deprimierte Stimmungslagen schaffen ein komplexes Behinderungsbild, das mit Schmerzen unterschiedlichster Ursache einhergeht. Der Patient ist wie alle chronischen Schmerzpatienten durch den langen Verlauf oft schwierig zu führen. Viel Geduld und Einfühlungsvermögen sind erforderlich um die Therapiemotivation zu erhalten. Schmerztherapie heißt in diesem Krankheitsstadium zunehmend, Lebensmotivation zu erhalten. Eine positive Einstellung, auch zum behinderten Körper, verändert die Schmerzwahrnehmung positiv, fördert den Willen sich gegen die Schmerzen zu wehren.

Therapeutisch stehen nun vor allem der Umgang mit den Behinderungen, die evtl. notwendige Hilfsmittelversorgung, die Anpassung der häuslichen Umgebung und die Krankheitsverarbeitung im Vordergrund.

### **Physikalische Therapie:**

In dieser Krankheitsphase wird allgemein Wärme besser als Kälte vertragen, obwohl es hier individuelle Unterschiede gibt. Die Wärmeanwendung vor der Bewegungstherapie spielt eine große Rolle, verbessert sie doch die Geschmeidigkeit der gelenkführenden Strukturen und lindert gleichzeitig die Schmerzen. Als Wärmeträger kommen die verschiedenen Pelioide, Paraffinbäder oder speziell für Tiefenwärme Kurzwelle in Betracht.

Die detonisierende Massage, die Bindegewebsmassage oder die Osteoporosemassage zur Behandlung der Muskulatur zusammen mit der Thermotherapie mindern die Schmerzhaftigkeit deutlich. Zu beachten ist bei der Massageanwendung die regelhaft vorhandene Osteoporose. Hierfür ist eine spezielle Form der Osteoporosemassage indiziert.

Bei sehr stark bewegungseingeschränkten Patienten mit ausgeprägten Bewegungsschmerzen hilft auch die Behandlung mit großer Kälte. Insbesondere bei

der Behandlung mit sehr kalter, trockener( - 130 °C) Luft sind gute Erfahrungen, auch in Spätstadien gemacht worden.

Elektrotherapie in Form von TENS, Iontophorese, Stangerbad, Kurzwelle oder Ultraschall kann weiter als Adjuvans eingesetzt werden.

### **Krankengymnastik:**

Im Vordergrund stehen Krafterhalt und Mobilitätsverbesserung zur Schmerzprophylaxe. Besonders muß auf sicheren Gang und rechtzeitige Versorgung mit Gehhilfen geachtet werden. Nicht behebbare Defekte wie Schlottergelenke müssen mit externen Hilfen wie Orthesen stabilisiert werden. Gerade bei alten Menschen steht der Wunsch, selbständig laufen zu können, an erster Stelle der Therapieziele.

Zur Gelenkmobilisation bietet sich die manuelle Therapie an. Durch Bewegungen geringen Ausmaßes wie das translatorische Gleiten, lassen sich erstaunliche Zuwächse an Mobilität gewinnen.

- Gruppentherapie
- Gelenkmobilisation unter Traktion
- Translatorisches Gleiten
- Kräftigungsübungen
- Wassertherapie
- Gangschulung
- Versorgung mit Gehhilfen

### **Ergotherapie:**

Ergotherapie ist in diesem Stadium die Voraussetzung für den Erhalt der Selbständigkeit. Sie dient vor allem dazu, die Umgebungsbedingungen für die Patienten zu verbessern. Der Ausgleich nicht behebbarer funktioneller Defekte durch Hilfsmittel gehört ebenso dazu, wie die Anpassung der häuslichen Umgebung an den Patienten. Der therapeutische Hausbesuch ist von besonderer Bedeutung, da sich zu Hause in der vermeintlich sicheren, weil gewohnten Umgebung, häufig zahlreiche schmerzprovozierende Probleme für den älteren Rheumakranken verbergen. Insbesondere zu niedrige Möbel, ungeeignete Arbeitshöhen im Haushalt oder sturzprovozierende Türschwellen und Teppiche sind schon für jüngere Patienten gefährlich.

- Selbsthilfetraining
- Funktionelles Training
- ADL – Training
- Hilfsmittelversorgung
- Hilfsmitteltraining
- Schienenversorgung
- Therapeutischer Hausbesuch

Letztlich vermeiden all diese Maßnahmen unnötige Schmerzen durch Fehlbelastung Überbeanspruchung oder Verletzung.

Noch ein Satz zu den Hilfsmitteln. Hilfsmittel, deren Gebrauch nicht mit dem Patienten geübt wurde, werden zu 50% (vorsichtig geschätzt!) nicht benützt. Da auch die Funktion vermeintlich einfach zu handhabender Hilfsmittel besonders von älteren

Menschen oft nicht verstanden wird, sollten nur ausprobierte Hilfsmittel verordnet werden.

Die physikalisch medizinische Therapie des älteren Rheumakranken stellt sich als komplexe Behandlung dar, die leider noch weit davon entfernt ist, allgemein angewandt zu werden. Allein die fehlende flächendeckende Versorgung mit Fachärzten für physikalische und rehabilitative Medizin sowie qualifizierten TherapeutInnen ist dafür ein wesentlicher Grund. Bei einer geschätzten Zahl von rund 8 Millionen Rheumakranken in der Republik bei bekannter Demographie besteht hier noch ein gewaltiger Bedarf, zudem die schonende und nachvollziehbare Wirkung der physikalischen Therapieverfahren unbestritten ist.

N.-R. Siegel 1998