



über
80
Rezepte

+ app

ERNÄHRUNG BEI RHEUMA

RHEUMATOIDE ARTHRITIS

LENA BÖHM, MARCUS KÖLLER

maudrich



Böhm, Köller

Ernährung bei Rheuma

Rheumatoide Arthritis

• **maudrich.gesund essen**

Lena Böhm, Marcus Köller

Ernährung bei Rheuma

Rheumatoide Arthritis

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Copyright © 2022 maudrich Verlag

Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, Österreich

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten.

Alle Angaben in diesem Buch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr. Eine Haftung der Autorin/des Autors oder des Verlages ist ausgeschlossen.

Bildnachweis:

S. 6, 16 unten, 23, 30, 31, 32, 34, 36, 41, 44: istockphoto.com

S. 8, 9, 14, 16 oben & Mitte, 18, 21, 27, 37, 39, 43, 47, 52, 53, 59, 65, 66, 68, 70: stock.adobe.com

S. 13: Marcus Köller

S. 74, 78, 86, 96, 108, 112, 122, 126, 132, 136: Victoria Posch und Esther Karner, Wien

Lektorat: Laura Hödl, Wien

Satz: Florian Spielauer, Wien

Umschlagbild: Victoria Posch und Esther Karner, Wien

Covergestaltung: Facultas nach einem Entwurf von Jose Coll, studiob.a.c.k.

Druck: finidr

Printed in the E. U.

ISBN 978-3-99002-138-5 (print)

ISBN 978-3-99111-519-9 (ebook)

ISBN 978-3-99111-692-9 (online-Leserecht)



Mit der Erscheinung
dieses Buches haben wir
zusammen mit der Druckerei FINIDR
einen neuen Baum gepflanzt.



MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen

FSC® C014138

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	7
----------------	----------

RHEUMA: BEGRIFF UND ERKRANKUNG	9
HÄUFIGKEIT	11
KRANKHEITSURSACHE UND KRANKHEITSENTSTEHUNG	11
DAS KRANKHEITSBILD	13
THERAPIEMÖGLICHKEITEN	14
BEGLEITERKRANKUNGEN DER RHEUMATOIDEN ARTHRITIS	17

ERNÄHRUNG BEI RHEUMATOIDER ARTHRITIS	23
EINFLUSSNAHME VON ERNÄHRUNG AUF DAS ENTZÜNDUNGSGESCHEHEN	23
ENTZÜNDUNGSREAKTIONEN DURCH OPTIMALE ANTIOXIDANTIEN KONTROLLIEREN	29
SIND NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL NOTWENDIG?	37
KANN FASTEN HELFEN?	40
ERNÄHRUNG BEI BEGLEITERSCHEINUNGEN	41

UMSETZUNG IN DER PRAXIS	62
TIPPS FÜR DAS ESSEN AUSSER HAUS	65
ESSVERHALTEN	66
ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN PUNKTE	69

REZEPTE	71
TIPPS FÜR DIE ZUBEREITUNG	71
SUPPEN	73
KLEINE SPEISEN	80
SHAKES	95
VEGETARISCHE HAUPTGERICHTE	100
HAUPTGERICHTE MIT FISCH	118
HAUPTGERICHTE MIT FLEISCH	124
SÜSSES	129

KLEINES KÜCHENLEXIKON	141
ABKÜRZUNGEN	142
REZEPTVERZEICHNIS	143
LITERATURVERZEICHNIS	145



VORWORT

Rheumatoide Arthritis gehört zu den chronisch entzündlichen Erkrankungen. Sie geht meist mit Schmerzen und Bewegungseinschränkungen einher – eine massive Belastung für Betroffene. Vielleicht haben Sie im Internet schon ein wenig recherchiert, wie die Ernährung helfen könnte. Diäten sind jedoch meist sehr einseitig und nicht zu empfehlen. Es gibt zwar keine spezielle Rheuma-Ernährung, wir können mit dem, was wir essen, allerdings Einfluss auf das Entzündungsgeschehen nehmen.

In diesem Ratgeber erfahren Sie wichtige Eckdaten zur Erkrankung, welche Therapieformen hilfreich sein können und wie die Ernährung unterstützen kann. Das Fettsäuremuster ist maßgebend für die Bildung und Hemmung von Entzündungsfaktoren. Tierische Fette sind eher ungeeignet, es geht hier also in Richtung pflanzenbasierter Kost. Außerdem lernen Sie, wie Antioxidantien das Entzündungsgeschehen hemmen können. Durch die chronische Entzündung und die nötigen Medikamente besteht ein erhöhtes Risiko für Osteoporose. Ein Überblick der kalziumreichsten Lebensmittel hilft dabei, dieser vorzubeugen. Durch den Schmerz tritt häufig Appetitlosigkeit auf, womit das Risiko für einen Muskelabbau steigt. Lesen Sie Tipps, wie Sie Ihre Esslust wieder steigern können und wie Sie trotz Appetitlosigkeit Ihren Energie- und Nährstoffbedarf decken können. Eiweiß spielt hierbei die zentrale Rolle. Es werden pflanzliche Eiweißquellen ins Visier genommen. Nahrungsmittelunverträglichkeiten kommen bei Betroffenen mit Rheumatoider Arthritis häufiger vor. Sie erhalten einen Überblick zu den drei wichtigsten Nahrungsmittelunverträglichkeiten. Am Ende stehen noch viele praktische Tipps, wie Sie die Empfehlungen am besten umsetzen können – sowohl bei den Mahlzeiten als auch beim generellen Essverhalten. Die Rezepte sind vorwiegend vegetarisch und aus internationaler Küche, um Ihnen einen Blick über den Tellerrand zu ermöglichen. Sie finden geschmackvolle Anregungen, wie Sie Ihrem Körper etwas Gutes tun und wieder Freude am Essen finden.

Viel Vergnügen beim Lesen, Ausprobieren und Kochen!



RHEUMA: BEGRIFF UND ERKRANKUNG

Unter Rheumatismus versteht man landläufig Beschwerden aufgrund von fließenden, reißenden oder ziehenden Schmerzen im Bewegungsapparat. Das Wort „Rheuma“ kommt aus dem Altgriechischen (ῥεῦμα) und bedeutet so viel wie „Strömung, Strahl“. Hinter dem Überbegriff „Rheuma“ verbergen sich mehr als 400 verschiedene, zum Teil sehr seltene Krankheiten, die je nach Krankheitsbild in allen Altersgruppen auftreten können. Somit ist „Rheuma“ nicht unbedingt ein Phänomen des Alters. Die rheumatischen Erkrankungen verursachen Beschwerden im Stütz- und Bewegungsapparat und befallen meist Gelenke und Knochen sowie Muskeln, Sehnen und deren Anhangsgebilde (Sehnenscheiden, Schleimbeutel). Es gibt aber auch Krankheitsbilder, die verschiedene innere Organe oder sogar die Haut betreffen.

Im klassischen Sinne verstehen die meisten Menschen unter „Rheuma“ chronischen Schmerz im Bewegungsapparat und insbesondere in den Gelenken. Die Ursachen können dabei vielfältig sein. Wir unterscheiden degenerative Gelenkerkrankungen von entzündlichen Formen (sogenannte Arthritiden – Einzahl: Arthritis). Eine Übersicht dazu gibt Tabelle 1 (S. 10).

Ein klassisches Beispiel ist die Gicht, bei der es durch die Ablagerung von Harnsäurekristallen in den Gelenken zu einer Entzündungsreaktion kommt. Die häufigste entzündliche Gelenkerkrankung im Erwachsenenalter ist jedoch die Rheumatoide Arthritis (RA), früher auch als (primär) chronische Polyarthritis (PcP) bezeichnet. Die Erkrankung verläuft chronisch und in Schüben und führt unbehandelt zu irreversiblen Schäden in den Gelenken. Sie wurde erstmals 1800 von A. J. Landré-Beauvais beschrieben.

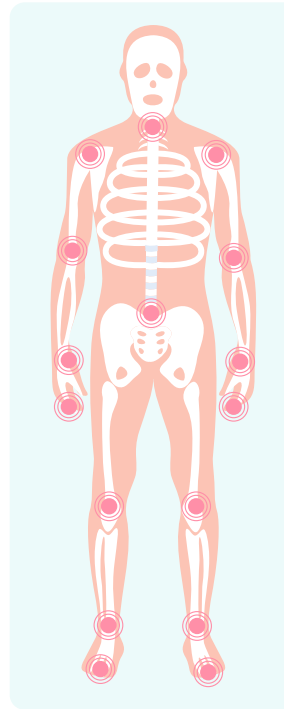


Abbildung 1: Arthritisches Gelenk

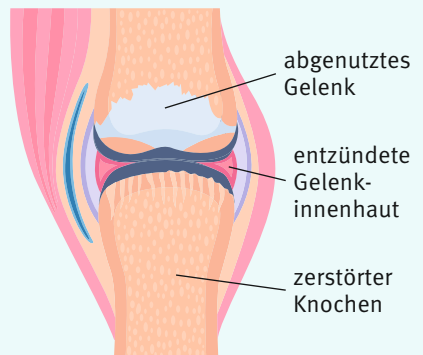


Tabelle 1: Ursachen rheumatischer Erkrankungen

Krankheitsbild	Charakteristika
Entzündliche Gelenkerkrankungen	
Rheumatoide Arthritis (RA)	v. a. Hand-, Finger-, Fußgelenke; positive „Rheuma-Serologie“ Rheumafaktor (~ 75 %) sog. anti-CCP-Antikörper (~ 50–60 %)
Spondylarthritis (SpA) • axiale SpA (früher M. Bechterew) • periphere SpA 1. Psoriasis-Arthritis 2. Reaktive Arthritis 3. Arthritis bei entzündlichen Darmerkrankungen	• Arthritis in der LWS, Darm-Kreuzbein-Gelenk • Arthritis anderer Gelenke 1. mit Schuppenflechte 2. nach Harnröhren- oder Magen-Darm-Infekten 3. bei Morbus Crohn, Colitis ulcerosa
Polymyalgia rheumatica	
Kristallarthropathie • Arthritis urica (Gicht) • Chondrokalzinose („Pseudogicht“)	durch Ablagerung von Kristallen im Gelenk • Harnsäurekristalle • Calciumpyrophosphat-Kristalle
Kollagenosen (Bindegewbserkrankungen)	
Systemischer Lupus erythematoses (SLE) Sklerodermie, Polymyositis/Dermatomyositis, Sjögren-Syndrom, Sharp-Syndrom (Mischkollagenose), Antiphospholipid-Syndrom	Laborbefund sog. Antinukleäre Antikörper (ANA) positiv; je nach Schweregrad Entzündungen in Haut oder Organen (Niere, Lunge, Gelenke, Gehirn, Muskeln); Blutbildveränderungen, Thrombosen
Vaskulitiden (Gefäßentzündungen)	
Riesenzell-Arteriitis, Takayasu-Arteriitis, Formen der Polyangiitis, Kawasaki-Syndrom, Morbus Behcet, Goodpasture-Syndrom u. a. m.	Befall verschiedener Organsysteme mit sehr unterschiedlichem Schweregrad: Haut, Niere, Lunge, Nasennebenhöhlen, Augen, Gehirn
Degenerative Gelenkerkrankungen	
Arthrose	Finger (Heberden/Bouchard-Arthrosen), Daumen (Rhizarthrose), Wirbelsäule (Spondylarthrose), Knie (Gonarthrose), Hüfte (Coxarthrose), Schulter (Omarthrose)

Häufigkeit

Zirka 0,5 bis 1% der mitteleuropäischen Bevölkerung leiden an einer RA. Die Erkrankung zeigt hinsichtlich der Altersverteilung zwei Gipfel: Der erste liegt in der 3.–4. Lebensdekade, ein zweiter Anstieg ist ab dem 60. Lebensjahr zu beobachten. Zwei Drittel der Betroffenen sind Frauen.

Krankheitsursache und Krankheitsentstehung

Die genauen Ursachen, welche eine RA auslösen, sind nicht vollständig geklärt. Man kennt mittlerweile jedoch verschiedene Risikofaktoren, welche die Entstehung der Krankheit begünstigen. Zudem weiß man sehr viel über die Prozesse, die bei der Entzündungsreaktion ablaufen, wenn die Krankheit einmal ausgebrochen ist. Aus diesem Wissen haben sich mittlerweile viele verschiedene therapeutische Ansätze in der modernen Medizin ergeben, mit denen die Erkrankungsaktivität sehr gut kontrolliert und bei vielen Patient:innen auch zum Stillstand (in die sogenannte Remission) gebracht werden kann.

Offensichtlich begünstigen bestimmte **genetische Faktoren** die Entstehung einer RA. Dazu zählen jene Merkmale, die unsere Körperzellen und unser Gewebe typisieren, der sogenannte Histokompatibilitätskomplex (MHC). Diese Eigenschaften werden, ähnlich den Blutgruppen, vererbt und im sogenannten HLA-System (Humanes Leukozyten-Antigen) eingeteilt. Unter der Vielzahl der dabei entstehenden Möglichkeiten ist eine Assoziation der RA mit Varianten des sogenannten HLA-DRB1-Gens nachgewiesen. Dieses genetische Risiko trägt aber nur bei 30 bis 50% zur Entstehung der Erkrankung bei. Menschen mit diesem Gentypus (Allel) haben ein 2- bis 3-fach höheres Risiko an einer RA zu erkranken als Menschen mit einem anderen HLA-Typ. In einer Untersuchung unter eineiigen (genetisch identen) Zwillingen hat man beobachtet, dass bei Erkrankung eines der beiden Geschwister in 15–30% der Fälle die zweite Person ebenfalls eine RA entwickelte. Damit muss es über das genetische Risiko hinaus jedenfalls noch andere Faktoren geben, die zur Entstehung und Auslösung einer Erkrankung beitragen. Diese können

sehr vielschichtig sein und dürften von Umwelteinflüssen bis hin zu **Infektionen** mit Viren oder Bakterien reichen, die letztlich beim zufälligen Zusammentreffen diese chronische Entzündung auslösen. Es wurden beispielsweise vermehrt RA-Fälle nach einer Parodontitis (Zahnfleischentzündung) beschrieben. Auch der **Lebensstil** hat einen Einfluss, Raucher:innen haben ein rund 40 % höheres Risiko, an einer RA zu erkranken. Zudem erleiden sie auch meist einen aggressiveren Verlauf der Arthritis. Möglicherweise spielt auch die Darmflora eine Rolle bei der Entstehung.

Bei der RA handelt es sich um eine sogenannte Autoimmunreaktion. Dabei kommt es zu einer Art Fehlsteuerung im Immunsystem, wodurch in den Gelenken und den angrenzenden Strukturen eine Entzündung in Gang gesetzt wird, obwohl es dafür keinen Grund gibt. Normalerweise löst das Immunsystem eine Entzündungsreaktion zur Abwehr von Infektionen mit Viren, Bakterien oder anderen Krankheitserregern aus. Im Falle der RA werden körpereigene Gewebeanteile in den Gelenken fälschlich als fremd erkannt und damit wird gegen diese eine immunologische Reaktion gestartet. Da das Immunsystem über ein Gedächtnis verfügt, bleibt diese Fehlprogrammierung erhalten und die Erkrankung verläuft chronisch.

Moderne Medikamente geben uns zwar die Möglichkeit, die Krankheit zu stoppen, wir können die RA aber noch nicht heilen.

Die immunologischen Mechanismen sind vielfältig und sehr komplex, es kommt zum Zusammenspiel der verschiedensten Immunzellen (T-Lymphozyten, B-Lymphozyten, Makrophagen und anderen sogenannten antigenpräsentierenden Zellen, Granulozyten u. a. m.). Dabei werden von diesen auch zahlreiche Botenstoffe gebildet, sogenannte proinflammatorische Zytokine, die ihrerseits den Entzündungsvorgang verstärken. Von diesen Botenstoffen sind mittlerweile einige identifiziert, die gezielte Neutralisation dieser Zytokine ist heute ein wesentlicher Therapieansatz bei der Behandlung der RA.

Das Krankheitsbild

Grundsätzlich kann jedes Gelenk im Rahmen einer RA von einer Entzündung betroffen sein. Typischerweise ist es aber der Befall der Finger- und Handgelenke bzw. der Zehengelenke, meist symmetrisch, also an beiden Händen und/oder Füßen, der zu typischen Krankheitsbildern mit durch die Gelenkschädigung entstehenden Fehlstellungen führt.

Die Beschwerden beginnen schleichend mit Schmerzen und dem Gefühl der Steifigkeit in den Fingergelenken, meist ausgeprägter in den Morgenstunden. Oft äußert sich dies durch ein Faustschlussdefizit. Frühmorgens ist die entzündliche Aktivität meist höher, die Beschwerden bessern sich dann tagsüber etwas. Zu Beginn der Erkrankung sind Schwellungen kaum sichtbar, betroffene Frauen bemerken aber oft, dass sie Ringschmuck nicht mehr anstecken oder abnehmen können. Die Beschwerden sind es, welche die Patient:innen dann zum Arzt bzw. zur Ärztin führen. Bei den **Laboruntersuchungen** können erhöhte Entzündungswerte (Blutsenkungsgeschwindigkeit, C-reaktives Protein) sowie erhöhte Rheumafaktoren (RF) und/oder sogenannte Antikörper gegen citrullinierte Peptide (anti-CCP/ACPA) gefunden werden. Zu Beginn der Erkrankungen weist jedoch nur die Hälfte der Betroffenen positive Rheumafaktoren auf, im Laufe der Erkrankung sind es dann letztlich ca. 75 %. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass dieses Krankheitsbild trotz negativer immunologischer Befunde vorliegen und diagnostiziert werden kann. Die Diagnosestellung richtet sich in erster Linie nach dem Befallsmuster, dem sogenannten klinischen Bild. Wir wissen aber, dass Betroffene, bei denen Rheumafaktor und/oder anti-CCP-Antikörper nachweisbar sind, einen aggressiveren Krankheitsverlauf aufweisen. Damit ist das Risiko für Gelenkschäden höher als bei einer sogenannten „seronegativen“ RA.



RA nach jahrzehntelanger Dauer. Aufgrund moderner Therapieansätze können solche Verläufe heute meist verhindert werden.

Die **Diagnose** wird vorwiegend durch das Beschwerdebild gestellt, Laboruntersuchungen und bildgebende Verfahren (Röntgen, Ultraschall, eventuell Magnetresonanztomographie/MRT) sind ergänzende Untersuchungen.

Unbehandelt führt die RA innerhalb weniger Jahre zu ausgeprägten Gelenkerstörungen, die neben den chronischen Schmerzen zu entsprechenden Funktionseinbußen bis hin zur Behinderung führen können. Die Erkrankung kann sich auch auf viele Gelenke ausdehnen, daher der früher gebräuchliche Name „Polyarthrit“. Sogar das Kiefergelenk kann in Mitleidenschaft gezogen werden, was zu starken Schmerzen beim Kauen bis hin zu Kiefersperren führen kann.

Als **Komplikation** der RA ist eine Entzündung im Bereich der Halswirbelsäule gefürchtet, die zur Instabilität insbesondere zwischen dem 1. und 2. Halswirbelkörper führen kann. Eine Folge daraus kann eine hohe Querschnittslähmung oder gar der plötzliche Tod durch eine Art Genickbruch sein. Daher ist es insbesondere bei langjährig bestehender Erkrankung wichtig, auch diese Skelettabschnitte radiologisch zu kontrollieren.

Therapiemöglichkeiten

Wie grundsätzlich in der Medizin unterscheiden wir zwischen nicht-medikamentösen und medikamentösen Therapieansätzen. Beide sind immer in Kombination unerlässlich, um Krankheitsfolgen zu verhindern und die Lebensqualität bestmöglich zu erhalten. Neben Schmerzfreiheit und Stillstand der Entzündung sind natürlich der Erhalt der Gelenke und ihrer Funktionalität die obersten Ziele.



Medikamentöse Therapien

Wir unterscheiden zum einen die Gruppe der **schmerzlindernden (analgetischen) Medikamente** mit keiner oder geringer entzündungshemmender Wirkung, die vor allem die nicht-steroidalen Rheumatika (NSAR) umfassen. Daneben sind nach wie vor **Corticosteroide** („Cortison“) unverzichtbar in der raschen Be-

handlung von akuten entzündlichen Schüben. Die dritte und wichtigste Säule der medikamentösen Therapie bilden die sogenannten **krankheitsmodulierenden Medikamente** (auch **Basistherapie** oder DMARDs genannt, aus dem engl. Disease Modifying Antirheumatic Drugs), die durch ihre starke entzündungshemmende Wirkung die Arthritis im günstigsten Fall zum Stillstand bringen und letztlich auch keine Einnahme von Cortison mehr erforderlich machen. Unter diesen krankheitsmodulierenden Medikamenten unterscheiden wir sogenannte konventionelle Therapien von den neu als zielgerichtete Therapie entwickelten **Biologica**. Diese biotechnologisch hergestellten Substanzen neutralisieren die zuvor genannten, im Entzündungsprozess zentralen proinflammatorischen Zytokine oder eliminieren Entzündungszellen und unterbrechen so den Entzündungsprozess und stoppen die Arthritis. Einen neuen Ansatz stellen die sogenannten **Janus-Kinase-Hemmer (JAKibs)** dar. Diese Medikamente sind kleine Moleküle („small molecules“), welche in die Immunzellen eindringen und dort Signalwege unterbrechen, die zur Aktivierung der Entzündungsreaktion führen würden.

In Tabelle 2 sind die derzeit verfügbaren Basistherapien (DMARDs) zusammengefasst.

Tabelle 2: DMARDs

Konventionelle Basistherapien/DMARDs

Methotrexat, Sulfasalazin, Leflunomid (Hydroxychloroquin, Cyclosporin A)

„Biologicals“ (Eiweißmoleküle gegen Botenstoffe oder Zellen)

Blockade der Wirkung von

- Tumor-Nekrose-Faktor- α (Adalimumab, Certolizumab, Etanercept, Golimumab, Infliximab)
- Interleukin-1 (Anakinra)
- Interleukin-6 (Tocilizumab, Sarilumab)
- T-Zellen (Abatacept)
- B-Zellen (Rituximab)

Synthetische DMARDs, „Small molecules“

Hemmung von Janus-Kinasen (Baricitinib, Filgotinib, Tofacitinib, Upadacitinib)