

**Gesellschaft für Rehabilitation bei
Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen e.V.**

14. Jahrestagung

**Stationäre Rehabilitation bei
Stoffwechselerkrankungen**

Möglichkeiten-Chancen-Grenzen



**Bad Mergentheim
16. – 17. Juni 2006**

Podiumsdiskussion

**Rehabilitation –
zukunftsorientiertes Segment in einem Gesundheitssystem im Umbruch**

Klaus Spörkel, Hamburg
Thomas Keck, Berlin
Dr. Dierk Rosemeyer, Bad Driburg

Bewegungstherapie in der Rehabilitation

Insulinanpassung bei körperlicher Aktivität

Birger Tornuß, Bad Mergentheim

Praktikum unter Einbeziehung von Patienten mit Diabetes mellitus

Hubert Schmiegl, Bad Mergentheim

Teilaspekte des Diabetes mellitus als Behandlungsauftrag

Diabetische Nephropathie

J.Kult, Bad Mergentheim

Der Diabetes mellitus führt nach 10 – 30 jährigem Krankheitsverlauf bei ~ 90.000 Patienten mit insulinabhängigem Typ I Diabetes mellitus (~ 40 % der Patienten) und bei ~ 1.380.000 Patienten mit nicht insulinabhängigem Typ II Diabetes mellitus (~ 30 % der Patienten) zu einer Diabetischen Nephropathie. Davon werden aber nur ~ 0,16 % Dialysepatienten. Betrachtet man aber die statistische Zusammensetzung der Patientenpopulation im Dialyseprogramm nach den Ursachen der Dialysepflichtigkeit, so ergeben sich wiederum Auffälligkeiten. Im chronischen Dialyseprogramm sind ~ 26 % von ~ 59.000 Dialysepatienten in Deutschland Diabetiker. Dies entspricht ~ 15.340 Patienten mit diabetischer Nephropathie. Aber ~ 36 % der Neuzugänge von 5940 Patienten /Jahr ins Dialyseprogramm sind Diabetiker. Mit 2139 Patienten mit Diabetes mellitus entspricht dies mehr als 1/3 der Patienten mit neuer Dialysepflichtigkeit. In unserer Region sind dies mit bis zu 60 % aber deutlich mehr der Neuzugänge mit Diabetes mellitus im Jahr als im Bundesdurchschnitt. Aus diesen statistischen Zahlen lassen sich eine Fülle von Hypothesen ableiten, die diese ermittelten Zahlen erklären könnten, da eine individuell sehr unterschiedliche Progressionsgeschwindigkeit der Komplikationen des Diabetes mellitus einerseits und der Niereninsuffizienz andererseits bei Diabetischer Nephropathie hin zur Dialysepflichtigkeit vorliegen muss. Einige der möglichen Hypothesen sollen kurz beleuchtet werden.

Die Niereninsuffizienz selbst und die häufig bestehende tubulo interstitielle Fibrose neben der Glomerulosklerose stellen isolierte bzw. individuelle Progressionsfaktoren bei Diabetischer Nephropathie dar. Dabei entziehen sich diese Progressionsfaktoren sehr häufig einer frühzeitigen Diagnostik.

Nach unserer in der Zeit von 1989 bis 2003 durchgeführten Beobachtungsstudie an 264 Typ II Diabetikern und 448 nicht Diabetikern mit chronischer Niereninsuffizienz im Stadium III + IV also ohne Dialysebehandlung, beginnt die sekundäre renale Anämie bei Diabetikern in Bezug zur Nierenfunktion deutlich früher, in einem höheren Prozentsatz und in deutlicherer Ausprägung als bei Niereninsuffizienten ohne Diabetes mellitus. Die Begründung für dieses Phänomen ist in seiner Interpretation sicherlich vielschichtig. Ursächlich werden unzureichende Eisenspeicher im Rahmen gehäufte inflammatorischer Prozesse, die bestehenden Transferrinurie, die häufigere Autoimmungastritis bzw. Infektion mit *Helicobacter pylori* und die stärker gestörte Regulation der Erythropoetinsynthese durch die häufigere tubulo interstitielle Fibrose im periglomerulären Areal begründet. Weiter hin scheint die starke Bildung und Ablagerung von AGE's (Advanced glycated endproducts), die autonome Neuropathie und negative Einflüsse der diabetogenen Stoffwechsellage auf die Erythropoese im Sinne der Anämie negativ auszuwirken. Die frühzeitige Diagnose der sekundären renale Anämie bei Diabetikern mit Nephropathie scheint offenbar eine sehr wichtige Rolle zu spielen. Ein Abfall des Hämoglobins geht nicht erst im Dialysestadium mit der Ausbildung kardiovaskulärer Komplikationen einher, sondern beschleunigt auch die Progression der Niereninsuffizienz und die Ausprägung der tubulo interstitiellen Fibrose mit ihren negativen Folgen im Nephron für die glomeruläre Perfusion und

die dadurch herrschende Filtrationsfraktion. Unsere Beobachtungen konnten kürzlich von Hasslacher et al. bestätigt werden. (1).

Ein weiteres negatives Phänomen stellt bei Niereninsuffizienz und insbesondere bei Diabetikern das frühzeitige Auftreten der metabolischen Azidose dar. Ab einer glomerulären Filtrationsrate (GFR) von < 60 ml/min nimmt die Häufigkeit der metabolischen Azidose mit ihren vielfältigen negativen Wirkungen im Stoffwechsel deutlich zu. Sie stellt sich im Gegensatz zu Niereninsuffizienten ohne Diabetes mellitus häufiger ein und erweist sich deutlich therapieresistenter. Diese Konstellation trägt über mehrere Wege zur Progression der Niereninsuffizienz und der kardiovaskulären Komplikationen bei. Über den Weg der gesteigerten Insulinresistenz und der gestörten Mineralisation greift die metabolische Azidose negativ in den Zellstoffwechsel ein.

Nur die frühzeitige Erkennung der beginnenden Niereninsuffizienz bei diabetischer Nephropathie und das Entgegenwirken gegen die durch sie begünstigten Progressionsfaktoren bieten u. E. die Chance insbesondere das Fortschreiten des "Kardio-renalen-Syndroms" wenn nicht aufzuhalten dann doch zu verlangsamen. Auch eine noch so effektive und frühzeitig ein-setzende begleitende „Nephroprotektion“ und „supportive“ Therapie bei chronischer Niereninsuffizienz bei IDDM/NIDDM kann trotzdem oft eine Dialysepflichtigkeit letztendlich nicht verhindern. Aber mit einer frühzeitigen konsequenten Diagnostik und Therapie gepaart mit einer effektiven Überwachung, Aufklärung, und Schulung kann viel erreicht werden. So reduziert sich das „kardiovaskuläre Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko“, die Lebenserwartung unter der Dialysebehandlung steigt, die Lebensqualität unter der Dialysebehandlung ist besser. Dies bedeutet eine höhere physische und psychische Leistungsfähigkeit und die Hospitalisationsrate bzw. Hospitalisationsdauer sinkt. Bei Patienten IDDM werden bessere Transplantationserfolge im Rahmen der Doppeltransplantation erreicht. Gleichzeitig wird ein bedeutender volkswirtschaftlichen Gewinn erzielt.

Literatur HASSLACHER, C.: Anämieprävalenz bei Diabetikern mit nachlassender Nierenfunktion- Ergebnisse der DiaNe-Studie. Spektrum der Nephrologie **18**, 1, 24 - 29 (2005).

Immer früher Insulin bei Typ 2-Diabetes: Wirklich die Lösung des Problems ?
Dr. Werner Knisel, Bad Kissingen

Diabetes und Depression

Berthold Maier, Bad Mergentheim

Depressionen bei Menschen mit Diabetes: bedeutsame Behandlungsbarriere, assoziiert mit einer verminderten Lebensqualität und einem erhöhten Risiko für mikro- und makrovaskuläre Komplikationen. Mit einer Prävalenz von etwa 7 % der Bevölkerung zählt Diabetes mellitus zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Menschen mit Diabetes besitzen gegenüber der Normalbevölkerung ein etwa doppeltes Risiko, an einer Depression zu erkranken. Basierend auf diesen Angaben muss mit etwa einer Million Menschen mit Diabetes gerechnet werden, die gleichzeitig an einer Depression leiden. Dabei sind Menschen mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes gleichermaßen betroffen. Depressionen zeigen bei Menschen mit Diabetes häufig einen chronischen Verlauf.

Über die zugrundeliegenden pathophysiologischen Prozesse des gemeinsamen Auftretens von Diabetes und Depression ist bisher wenig bekannt. Eine Reihe von Untersuchungen zeigen jedoch, dass Depressionen bei Menschen mit Diabetes häufiger einhergehen mit erhöhten Blutzuckerwerten, vermehrten Schwierigkeiten in der Umsetzung der Diabetesselbstbehandlung im Alltag, einer erheblich reduzierten Lebensqualität, einem erhöhten Risiko für diabetesbedingte Folge- und Begleiterkrankungen, erhöhten Behandlungskosten und einer erhöhten Mortalität.

Diverse Wechselwirkungen beeinflussen das Auftreten, den Verlauf und die Aufrechterhaltung beider Erkrankungen. Belastungen infolge der Erkrankung, hohe HbA1c-Werte, Hypoglykämie-Probleme, das Risiko und das Auftreten von Folge- und Begleiterkrankungen können Depressionen auslösen, aufrechterhalten und im Schweregrad beeinflussen. Gleichzeitig sind Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und der Verlust von Interesse an Tätigkeiten Kardinalsymptome einer Depression, welche die tägliche Umsetzung von Selbstbehandlung erschweren.

Nach neueren Befunden sind bereits subklinische Formen depressiver Störungen bei Menschen mit Diabetes mit einem bedeutsam erhöhten Risiko für mikro- und makrovaskuläre Komplikationen assoziiert. Unter diesem Blickwinkel heraus kommt der frühzeitigen Erkennung vorliegender Depressionen bei Menschen mit Diabetes große Bedeutung zu. Das zentrale diagnostische Instrument ist das Arzt-Patient-Gespräch. Gut validierte standardisierte Fragebögen und strukturierten Interviews eignen sich für ein Depressionsscreening und erleichtern die Planung und Ausgestaltung der Diabetestherapie.

Bewährte Therapieverfahren in der Behandlung von Depressionen sind auch bei Menschen mit Diabetes wirksam. Einzelnen Studien zufolge reduzieren kognitiv-verhaltens-therapeutische Maßnahmen die depressive Symptomatik bei Typ-2-Diabetikern und unterstützen eine Verbesserung der Stoffwechsellage. Belegt ist, dass die Teilnahme depressiver Menschen mit Diabetes an einer strukturierten Gruppenschulung sich positiv auf die Entwicklung der Depression auswirken kann.

Diabetes und Psychotherapie,
Hans-Hermann Theißen, Bad Kissingen

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Nahrungsmittelunverträglichkeiten: eine Übersicht
Svenja Ebert, Bad Mergentheim

Nahrungsmittelunverträglichkeiten aus psychosomatischer Sicht

Dr. Claus Derra, Bad Mergentheim

Patienten mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten stellen das therapeutische Team einer Rehabilitationsklinik oftmals vor eine schwierige Aufgabe. Nur bei einem sehr geringen Teil der Patienten lässt sich ein ursächliches allergisches Geschehen feststellen, psychische Auffälligkeiten sind dagegen sehr häufig. Aus psychosomatischer Sicht können diagnostisch unterschiedliche Krankheitsbilder zugrunde liegen oder als Komorbidität einwirken (z.B. Essstörungen, Somatisierungsstörungen, hypochondrische Störungen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, psychotische Störungen). Da das rehabilitative Vorgehen im Wesentlichen durch die persönliche Psychopathologie beeinflusst wird, ist eine differenzierte psychosomatische Differenzialdiagnose Voraussetzung für die Therapieplanung. Darüber hinaus wird die Prognose durch die Fähigkeit zur Entwicklung einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung sowie die Bereitschaft zur Veränderung bestimmt. Relativ häufig findet sich ein sog. vermeidendes Bindungsverhalten, das vom Therapeuten besondere Gelassenheit und Geduld fordert. Verschiedene dafür notwendige Vorgehensweisen werden diskutiert und Handlungsempfehlungen im Umgang mit dieser schwierigen Klientel dargestellt.

Nahrungsmittelunverträglichkeiten in der diätetischen Praxis

Christiane Grondey, Bad Brückenau

In der gastroenterologischen Berufspraxis gehen wir täglich mit zahlreichen Menschen um, die über Beschwerden im Zusammenhang mit dem Essen und Trinken klagen. Auf der einen Seite haben wir Patienten mit krankheits- und/ oder operationsbedingten funktionellen Veränderungen im Ablauf der Nahrungsaufnahme, -verdauung und -ausscheidung. Die geschilderten Unverträglichkeiten sind dementsprechend objektivierbar. Eine fachgerechte Aufklärung über anatomische und physiologische Gründe für die Beschwerden ermöglicht es dem Patienten in der Regel, die daraus abgeleiteten Ernährungsempfehlungen nachvollziehen und in der Praxis anwenden zu können.

Wie aber geht man mit Patienten um, bei denen die diätetische Führung nach diesem logischen Konzept nicht so einfach funktioniert? Der „schwierige Patient“ gehört zu einem Klientel, welches mit einer subjektiv als hochgradig empfundenen Ernährungsproblematik und entsprechendem Leidensdruck zur Rehabilitation kommt. Es werden diverse Beschwerden, auch außerhalb des Gastrointestinaltraktes geschildert, die nach Art und Ausmaß wechseln und deren Kausalzusammenhang mit bestimmten NM schlecht zu objektivieren ist. Das tägliche Leben dieser Patienten wird häufig derart dominiert vom Faktor der „richtigen Ernährung“, dass der Aufwand dafür mit einem normalen Berufs- und Sozialleben kollidiert. Das größte Dilemma ergibt sich dann, wenn sich eine Beschwerdefreiheit trotz immensem Ernährungsaufwand nicht einstellt.

Nun gibt es auf fast keinem anderen Gebiet so viele unterschiedliche Meinungen, Versprechungen und Widersprüche wie bei der Frage nach der „richtigen Ernährung“. Individuelle Erfahrungen werden leicht zum Richtwert, da jeder meint von Ernährung etwas zu verstehen, nur weil er jeden Tag isst. Die Frage nach dem Ablauf der Beratung in diesen Fällen lässt sich nicht einheitlich beantworten, denn er ergibt sich aus der Gesprächssituation heraus. Was sich zunächst aus Patientensicht als so schwierig darstellt, kann sich als Folge bislang mangelnder Information erweisen und entsprechend fachgerecht gelöst werden. Bisweilen hilft aber alle diätetische / rhetorische Kunst gar nichts, da der Patient einem ernährungsphysiologisch sinnvollen Konsens ablehnt. Die wohl wichtigste Feststellung ist dann diejenige, dass die Diätetik eben nicht in allen Fällen zur Lösung von Ernährungsproblemen ausreicht. Was in psychosomatisch ausgerichteten Kliniken therapeutische Erkenntnis und Grundlage ist, muss dann in somatische Fachrichtungen einfließen, wenn es erforderlich ist. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen und Diätassistenten, aber auch allen anderen involvierten Mitarbeitern, ist hierfür die wichtigste Voraussetzung. Für den Patienten muss die Einheit aus Diagnostik, therapeutischem Konzept, fachgerechter Information und nicht zuletzt der Ernährungspraxis durchgängig vorhanden sein und schlüssig vertreten werden.

Nahrungsmittelunverträglichkeiten bei Morbus Crohn

Dörte Scherping, Mölln

Nahrungsmittelunverträglichkeit bedeutet eine negative Reaktion des Körpers auf ein bestimmtes Lebensmittel oder auf eine Lebensmittelgruppe. Diese Reaktionen können sein; Übelkeit, Sodbrennen, Völlegefühl, Magen-schmerzen, Meteorismus, Diarrhöen, Steatorrhöen, Obstipation.

Von den bei uns in der Klinik im Jahr 2005 betroffenen 305 Morbus Crohn Patienten litten 70 Patienten (bei leichter Vollkost) unter keinen Unverträglichkeiten, die anderen 235 Patienten hatten sehr individuelle Unverträglichkeiten. Hierbei muss das jeweilige Stadium der Erkrankung noch berücksichtigt werden.

ohne Nahrungsmittel – Unverträglichkeiten

	bei der leichten Vollkost	
BMI	akutes Stadium	Remission
<19	IPat.	6 Pat.
>19	5 Pat.	24 Pat.
>25	3 Pat.	31 Pat.

mit Nahrungsmittel – Unverträglichkeiten

	bei der leichten Vollkost	
BMI	akutes Stadium	Remission
<19	36	19
>19	62	55
<25	32	31

Diese individuellen Unverträglichkeiten sind in verschiedenen Lebensmittelgruppen einzuordnen:

Lebensmittelgruppe	Unverträglichkeit
Gemüsearten	> 59 %
Vollkornprodukte	> 57 %
rohes Obst	> 42 %
Milch und Milchprodukte.	> 37 %
scharfe Gewürze	> 17 %
Zubereitungsarten mit stark erhitzten Fetten	> 15 %
Säure haltige LM	> 13 %
kohlensäurehaltige Getränke	> 9%
Zucker / Süßstoff	ca. 7 %

Metabolisches Syndrom – Prävention und Behandlung

Prädias-Projekt

Dr. Bernd Kulzer, Bad Mergentheim

Einleitung: Durch zahlreiche groß angelegte, randomisierte, multizentrische Studien (z.B. DPP, DPS) ist die Tatsache gut belegt, dass mit einer strukturierten Veränderung von Lebensgewohnheiten (life-style-intervention) die Entwicklung des Typ 2 Diabetes wirksam verhindern kann. Offen bleibt bisher jedoch die Frage, ob diese Studienergebnisse zur Vermeidung des Diabetes auch in die klinische Praxis übertragen werden können. In Deutschland gibt es bisher weder gute Daten, wie solche ein Angebot von möglichen Risikopersonen angenommen wird, noch ein evaluiertes Präventionsprogramm, das speziell Menschen im Vorstadium des Diabetes dabei unterstützt, ihr Ess- und Bewegungsverhalten längerfristig zu verändern.

In einem gemeinsamen Projekt der DAK, des Zentralinstituts der kassenärztlichen Vereinigung (ZI), der Universität Dresden und dem Forschungsinstitut der Diabetes Akademie Mergentheim wird daher die Akzeptanz und Effektivität eines Diabetes-Präventionsprogramms getestet.

Ziel des Projektes: In drei ausgewählten Regionen (Chemnitz, Leipzig, Dresden) in dem ca. 34.000 DAK-Mitglieder zwischen 40 und 75 Jahren wohnen, soll ein Diabetes Präventionsprogramm angeboten werden. Es soll untersucht werden, ob durch ein strukturiertes Anschreiben aller DAK-Versicherten zwischen 40 und 75 Jahren (die bisher nicht an Diabetes erkrankt sind) mit Hilfe eines Diabetes - Risikofragebogen (Find-risk, dt. Übersetzung) Menschen motiviert werden können, bei einem erhöhten Risiko (> 13 Punkte) an einem an einem Präventionsprogramm (PRAEDIAS) teilzunehmen, das speziell Menschen im Vorstadium des Diabetes dabei unterstützen soll, das Ess- und Bewegungsverhalten längerfristig zu verändern und damit das Risiko des Auftretens des Diabetes zu minimieren. Bei einer Teilstichprobe soll der längerfristige Effekt des Präventionsprogramms nachuntersucht werden.

Schulungskonzept: Das im Rahmen der PRAEDIAS Studie entwickelte Schulungsprogramm kommt in einer leicht modifizierten Form zum Einsatz: Im Unterschied zur Evaluationsstudie beträgt der Behandlungszeitraum statt 12 Monate nur 6 Monate. Das Gruppenprogramm wird in Kleingruppen von je 6 bis 8 Personen durchgeführt. Das Programm wird in acht Gruppensitzungen während der Kernintervention (2 Monate). Durchgeführt, in den folgenden 4 Monaten erfolgen zwei weitere Gruppensitzungen und zwei telefonische/schriftliche Benachrichtigungen der Teilnehmer. Nach Abschluss der Katamnese nach 6 Monaten erfolgen keine weiteren Interventionen. Das Ziel des Programms PRAEDIAS besteht in einer langfristigen Gewichtsreduktion (7% des Körpergewichtes), einer Steigerung der Bewegung (30 Minuten pro Tag) und einer Veränderung der Ernährung (weniger Fett, weniger gesättigte Fettsäuren, mehr Ballaststoffe). Die Schulung findet durch freiberufliche Trainer (Ernährungsfachleute, Diätassistentinnen, evtl. Diabetesberater) statt, die hierfür speziell ausgebildet wurden.

Dauer der Intervention: Die Kernintervention mit acht Gruppenstunden dauert zwei Monate. Nach sechs Monaten findet die Abschlusssitzung und eine Abschlussmessung statt.

GRVS - Jahrestagung 2006 Bad Mergentheim

Evaluation: Die Evaluation erfolgt in 4 Stufen:

In einer Praestudie (ca. 100 DAK Versicherte) wird das Vorgehen der Rekrutierung (Anschreiben, Bereitschaft zur Teilnahme) geprüft.

In einer zweiten Stichprobe wird überprüft, wie viele Personen aus welchen Motiven an dieser Aktion sich beteiligen bzw. nicht teilnehmen.

Bei allen Teilnehmern erfolgte eine Basisevaluation (Fragebogen, Gewicht etc).

Bei einer Stichprobe von 200 Teilnehmern erfolgt eine ausführliche Evaluation, die auch somatische Parameter umfasst (OGGT, Lipide, Blutdruck, HbA1c etc.)

Entwicklung der Adipositas bei Kindern

Dr. Henrike Merx, Waiblingen

Zielsetzung

Übergewicht und Adipositas im Kindesalter ist in Deutschland weit verbreitet. Aufgabe der regionalen Gesundheitsberichterstattung war festzustellen, ob und ggf. wo im Kreis diese Problematik relevant ist, um gezielte Präventions- und Interventionsmaßnahmen initiieren zu können.

Material und Methoden

Bei der im Kreisflächendeckend durchgeführten Einschulungsuntersuchung (ESU) wird routinemäßig auch der Body Mass Index (BMI) erhoben. Um die Ergebnisse der ESU besser für gezielte, differenzierte Bedarfsanalysen nutzen zu können, wurde im Jahr 2003 in einer fachbereichsübergreifenden Kooperation die ESU weiterentwickelt, indem z.B. Schulbezirke dokumentiert und soziodemografische Fragen in den Elternfragebogen integriert wurden.

Ergebnisse

Der Anteil übergewichtiger Kinder im Einschulungsalter lag im Rems-Murr-Kreis in den Jahren 2003, 2004 bzw. 2005 mit 12,3 %, 12,7 % bzw. 13,3 % ähnlich hoch wie in anderen Regionen Deutschlands. Das Vorliegen einer Gewichtsproblematik korreliert dabei deutlich mit sozio-familiären Faktoren und Verhaltenweisen wie einer niedrigen Schulbildung der Eltern, einer nicht deutschen Muttersprache, einem hohen täglichen Fernsehkonsum oder fehlender vereinsportlicher Aktivität. Ferner wurden deutliche gemeindespezifische Unterschiede (6,4 % -18,6 %) beobachtet,

Schlussfolgerungen und weiteres Vorgehen

Die Ergebnisse wurden in den zuständigen lokalen Gremien (Regionale Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Kreistag) präsentiert, die den im Bericht festgestellten Handlungsbedarf bestätigten. Der Geschäftsbereich Gesundheit wurde beauftragt, mit Hilfe eines interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitskreises konkrete bedarfsorientierte Präventions- und Interventionsstrategien für den Kreis zu entwickeln. Die Maßnahmen sollen im unmittelbaren Lebensumfeld der Kinder bzw. ihrer Eltern ansetzen und eine stärkere Vernetzung bestehender Strukturen vor Ort beinhalten. Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt dabei zuerst in Gemeinden mit erhöhtem Handlungsbedarf.

**Insulinresistenz: Beeinflussungsmöglichkeiten während einer Reha-
Behandlung**

Prof. Dr. Gerd Oehler, Mölln

Stationäre Adipositasbehandlung bei Kindern und Jugendlichen, Ergebnisse einer Netzwerk-integrierten stationären Behandlungsmaßnahme

Sabine Hering, Sylt

Im letzten Jahrzehnt ist eine dramatische Zunahme von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter zu verzeichnen. Daraus ergibt sich ein dringender Bedarf zur frühzeitigen Behandlung um langfristig das Risiko für Folgeerkrankungen (Diabetes mellitus Typ 2, Hypertonie usw.) zu vermindern.

Die Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Diesem Auftrag stellt sich die DAK!

Die DAK-Fachklinik „Haus Quickborn“ in Westerland auf Sylt ist ganzjährig geöffnet und nimmt jeweils 64 Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 15 Jahren zu sechswöchigen stationären Reha-Maßnahmen auf. Schwerpunkt der Maßnahmen ist die Behandlung übergewichtiger und adipöser Patienten. Die konzeptionelle Ausrichtung unserer Einrichtung basiert ausschließlich auf den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Arbeitsgruppe KGAS (2001/2002). Kleine realisierbare Schritte verfolgen dabei das Ziel einer überzeugenden, moderaten Verhaltensänderung und Selbstkontrolle.

Aus den Fachrichtungen Medizin, Psychologie, Pädagogik, Ernährung und Sport setzt sich ein Team von kompetenten Fachleuten zusammen, die folgende Therapieziele verfolgen:

- die langfristige Gewichtsreduktion
- die Verbesserung des aktuellen Essverhaltens
- die Verbesserung des Bewegungsverhaltens
- die Veränderung des Freizeitverhaltens
- das Erlernen von Problembewältigungsstrategien
- das Aufbrechen von ungünstigen Verhaltensmustern
- die Vermeidung von „Diätdenken“
- die Förderung einer normalen körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung und Leistungsfähigkeit
- die Einbeziehung des unmittelbaren Umfeldes

Therapiebegleitend erhalten unsere Patienten Schulunterricht, der sich an den Lehrplänen der jeweiligen Heimatschule orientiert.

Damit ist die Basis für Gewichtsabnahme oder Gewichtsstabilisierung geschaffen. Eine auf ein Jahr angelegte ambulante Nachsorge am Wohnort - durch ein von der DAK installiertes bundesweites Netzwerk - ermöglicht den Patienten und deren Familien ein dauerhaftes Therapieziel.

Schulungsprogramm für geriatrische Patienten und Schulungsprogramm für Pflegekräfte in der ambulanten oder stationären Altenpflege

Dr. Ute-Maria Schubert, Ute-Helene Weritz Warendorf

Seit 1840 nimmt die maximale Lebenserwartung in den westlichen Ländern um ca. 3. Monate pro Jahr zu, ein Ende dieser Entwicklung ist nicht in Sicht. Nach aktueller Prognose wird die Hälfte der heute Neugeborenen im Jahre 2105 den hundertsten Geburtstag feiern können!

Erfreulicherweise werden immer mehr Menschen mit Diabetes dazu gehören. Therapiestrategien und -ziele unterscheiden sich jedoch von denen jüngerer Diabetiker. Der Ausdehnung „behinderungsfreier Lebenszeit“ oder der Compression of morbidity“ kommt unter dem Aspekt der Lebensqualität eine ganz besondere Bedeutung zu. Die Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Geriatric wurde im Mai 2002 gegründet und hat über 200 Mitglieder.

Zur Verbesserung der Lebensbedingungen geriatrischer Diabetiker wurden 2 Schulungsprogramme entwickelt.

SGS = Strukturierte geriatrische Diabetesschulung für Patienten

Stoffwechselsituationen, Behandlungsstrategien und -ziele unterscheiden sich bei alten und hochbetagten Patienten teilweise drastisch von denen mittleren Alters. Dennoch richtet sich die Mehrheit der Schulungsprogramme an Menschen mittleren Lebensalters. Ältere, speziell hochbetagte Diabetiker gelten in der Regel als nicht schulbar, auch werden unter dem Aspekt der vermeintlichen Schonung der Lebensqualität, die erreichbaren Ziele viel zu niedrig gesteckt. Bei heute sehr viel höherer Lebenserwartung und einem enormen Leidensdruck durch (auch bei alten Patienten) vermeidbare Folgeerkrankungen sind neue Denkansätze erforderlich. Geriatrische Syndrome wie Harninkontinenz, Gangstörungen mit Stürzen, kognitive und feinmotorische Defizite usw. haben einerseits Einfluss auf Vorgehen und Ziele der Diabetesbehandlung, werden aber andererseits durch die Güte der Stoffwechseleinstellung selbst wesentlich beeinflusst.

(Um ein Lernen im Alter zu ermöglichen müssen Besonderheiten wie Nachlassen von Seh- und Hörfähigkeit, kürzere Aufmerksamkeitsspanne, herabgesetzte körperliche Belastbarkeit usw. beachtet werden. Die Forderung des eigenverantwortlichen Diabetesmanagement stellt hohe Anforderungen an die Beratungskompetenz aller Mitglieder eines Schulungsteams. Es geht darum, die Lebenssituation jedes Patienten sensibel zu erfassen, Vertrauen aufzubauen und mit ihm einen individuell passenden Weg der Therapie zu entwickeln. Dabei bietet besonders die Möglichkeit der Besserung „geriatrischer Syndrome“ durch bessere Diabetes-Einstellung (Harninkontinenz, Gangstörungen, Asthenie, Schwindel...) mit subjektiver Verbesserung der Lebensqualität eine gute Chance zum Empowerment.

FoDiAL = Fortbildung Diabetes mellitus in der Altenpflege

Die Qualität der Versorgung geriatrischer Diabetiker in Altenheimen und in der ambulanten Pflege unterliegt Schwankungen, abhängig von individueller diabetologischer Kompetenz des Altenpflegeteams. Dabei kommt es in der täglichen Praxis bei der Umsetzung der ärztlichen Anordnungen darauf an, ein standardisiertes qualitätsgesichertes und diabetologisch versiertes Pflegekonzept zu verfolgen. Mit dem Ziel der besseren Versorgung von Diabetikern durch Altenpflegekräfte in Pflegeheimen und in der ambulanten Betreuung wurde ein bundeseinheitliches Schulungsprogramm für examinierte Altenpflegekräfte entwickelt.

Krankheitsmanagement im Netzwerk

**Integrierte Versorgung, Netzwerkstrukturen aus Sicht der gesetzlichen
Krankenversicherung**

Dr. Cornelius Erbe, Hamburg

**Reha-Einrichtungen als Partner in Netzwerkstrukturen bei
Diabetesbehandlung**

Dr. Dieter Tessmann, Passau

Die Tatsache, dass für eine lange Zeit die aktuelle Diabetikerbetreuung in Deutschland den wissenschaftlich fundierten Forderungen und Kenntnissen nicht gerecht wurde, hat zu weiterführenden Aktivitäten geführt, die in nationalen Versorgungsleitlinien, Casemanagement-Strategien und Disease-Management-Programmen mündeten.

Auch heute noch werden viele Menschen mit Diabetes als „non compliant“ kategorisiert, was in der Folge häufig zu einer geringeren Behandlungsintensität führt. Gerade Patienten mit Schwierigkeiten, das vermittelte Wissen im Alltag umzusetzen, bedürfen einer individuellen Barrierenanalyse.

Rehabilitationskliniken sind in besonderem Maße geeignet, Selbstmanagementfähigkeiten zu fördern und sollten deshalb in Diabetesnetzwerk-Strukturen als Vertragspartner mit klar definierten Zielen integriert sein.

Nachhaltigkeit und Bestätigung von Therapieeffekten in der stationären Rehabilitation

Dr. Frank Bruns, Bad Pyrmont

Die Wirksamkeit des therapeutischen Angebotes der stationären Rehabilitation ist durch viele Studien belegt: Zur Lebensstiländerung als therapeutischem Ziel in der chronischen Phase arteriosklerotischer Gefäßleiden gibt es keine Alternative. Ebenso sicher ist dagegen auch, dass oft bemerkenswerte Anfangserfolge im Langzeitverlauf bei viel zu vielen Patienten bereits nach kurzer Zeit „versickern“. Das ist nicht nur schlecht für die Patienten (mehr Akutkomplikationen, Verschlechterung der Prognose) und die Kostenträger (höhere „Akutkosten“), sondern letztlich auch für die kardiologische Rehabilitation selber (Tenor: „Reha bringt auf Dauer nichts...hier kann gekürzt werden.“)

Der Beitrag referiert die skizzierte Problematik anhand exemplarischer Studien und stellt drei aktuelle Untersuchungen (HANSA, INKA, LINa) vor, die den Effekt von Nachschulungen/Refresherkursen in den zwei Jahren nach der Entlassung aus der Reha zum Thema hatten. Darauf aufbauend werden Thesen zur Kritik des traditionellen Therapieansatzes und Desiderate einer zukünftigen Annäherung an dieses für die stationäre Rehabilitation langfristig zentrale Thema formuliert.

Salutogenetische handlungsorientierte Aspekte einer Ressourcen geleiteten Therapie

Jörg Vehrs, Bad Pyrmont

Veränderte Lebens- und Arbeitsbedingungen führen dazu, dass die Folgen der Sinn- und Belastungskrisen des Alltags die therapeutisch-medizinische Arbeit dominieren. Chronische Erkrankungen etablieren sich hinsichtlich ihres Vorkommen und ihrer individuellen wie gesellschaftlichen Bedeutung auf einem hohen Niveau. Dabei zeigt sich, Gesundheit und Krankheit sind nicht starr voneinander abgrenzbare, absolute oder gar eindeutig definierte Zustände, sondern eher Pole eines Kontinuums, auf dem jeder einzelne einen veränderbaren mehr oder weniger gesunden Standort einnimmt.

Um den Standort in Richtung Gesundheitspol nachhaltig zu beeinflussen, um die gesunden Anteile zu stabilisieren scheint die Bekämpfung von Symptomen und Erkrankungen nicht auszureichen. Ergänzend zur pathogenetisch, defizitär orientierten Vorgehensweise wird die Berücksichtigung der einem Menschen zur Verfügung stehenden Ressourcen gefordert. Erst diese im Bedarfsfalle anzapfbaren Kraftquellen - wenn in ausreichendem Maße vorhanden - bieten die Chance, mit den nun einmal vorhandenen Herausforderungen, Einflüssen oder Stressoren des täglichen Lebens gesundheitsverträglich und gesundheitsfördernd umgehen zu können.

Therapeutische Strategien sollten also auch eine salutogenetische (lt. salus: gesund, heil, gerettet) Ausrichtung aufweisen, sie müssen die Ressourcenlage zu begleitender Menschen kennen lernen, die vorhanden heilsamen, schützenden Kräfte als auch die ggf. defizitäre Ausstattung mit diesen Faktoren in Erfahrung bringen. Wünschenswert ist deshalb eine erweiterte Form der Anamnese, die nach wie vor die Risiken benennt, aber zusätzlich auch die Ressourcen offen legt. Die Nutzung von Fähigkeiten, Wissen, Erfahrungen etc. im therapeutischen Prozess kann die Motivation, die Eigenverantwortlichkeit, verschiedene Kompetenzen und damit die Autonomie eines Menschen im Umgang mit Spannungszuständen, Stressoren und Erkrankungen stärken. Diese Ressourcenaktivierung ist daher als wichtiger Faktor für die nachhaltige Wirksamkeit therapeutischer Arbeit zu betrachten.

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Leichte Vollkost – Sinn und Unsinn

Christiane Kling, Freudenstadt

Ernährungsberatung bei Allergieklienten in der Reha-Klinik

Mira Heuer, Mölln

Das Kreuz mit der Allergie

Bei fünf bis sieben Prozent der Bevölkerung können Nahrungsmittel Allergien auslösen. Die Beschwerden sind vielfältig. Da eine Nahrungsmittelallergie lange Zeit unentdeckt bleiben kann, ist der Weg zur Enttarnung oft mit Detektivarbeit verbunden und sollte immer durch eine allergologisch spezialisierte Ernährungsfachkraft unterstützt werden.

Die Auslöser einer Nahrungsmittelallergie können sehr unterschiedlich sein.

Die Voraussetzung für eine effektive Behandlung einer Nahrungsmittelallergie ist die seriöse Diagnose. Klienten werden aufgrund von Verdachtsmomenten vorschnell auf strikte Diäten gesetzt. Dies hat nicht selten eine Mangelernährung und Diätstress zur Folge.

Die erste Wahl bei der Therapie einer Nahrungsmittelallergie liegt, nach eindeutiger Diagnose, in der therapeutischen Kost, d.h. im Vermeiden der Nahrungsmittel bzw. Inhaltsstoffe, die Probleme auslösen. Wichtig ist jedoch, nicht einfach ein Nahrungsmittel wegzulassen, sondern eine **ausgewogene Ernährung trotz Allergie** zu gewährleisten.

Als Diätassistentin des Reha Zentrums Mölln verfolge ich das Ziel, durch eine Verbesserung der Information die Lebensqualität des Allergie Klienten zu steigern.

Den inhaltlichen Schwerpunkt der klientenorientierten Schulung bildet neben der Vermittlung von Basiswissen die Umsetzung des Gelernten im Alltag (Lehrküche). Die therapeutische Kost muss individuell mit Erlaubt Listen erstellt werden unter Meidung des nachgewiesenen Allergens.

Das wichtigste Ziel muss es sein, dem Allergie Klienten eine individuelle vollwertige Ernährungsempfehlung zu vermitteln.

1. Fallbeispiel

Einfluss der Ernährung bei Anus praeter und nach Rückverlegung des Anus praeter.

Iris Apel, Bad Gandersheim

2. Fallbeispiel

Nahrungsmittelunverträglichkeiten als mögliche Schnittstelle zwischen diätetischer – und psychologischer Behandlung?

Frauke Huth, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Freie Vorträge

Hypnose bei Reizdarm

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Hintergründe, Demonstration
Dr. Claus Derra, Bad Mergentheim

Praxiserfahrung in der Arbeit mit Magen-Darm Patienten:

Vorstellung eines psychologischen Gruppenkonzepts für Magen-Darm Patienten mit Durchführung einer Entspannungsübung aus der Hypnotherapie

Barbara Scheurich, Viola Möhring, Bad Mergentheim

In der DAK-Fachklinik für Stoffwechselstörungen werden neben Diabetikern Patientinnen und Patienten mit Magen-Darm Störungen behandelt. Die Bandbreite an Diagnosen erfasst alle Krankheiten des Verdauungssystems (K 00-K 93 des ICD-10). Diese Heterogenität der Diagnosen sowie die effektive Nutzung personeller Ressourcen der Psychologischen Abteilung, wirft die Frage auf, wie die Patienten während ihrer Reha-Maßnahme psychologisch unterstützt werden können.

Krankheitsbelastungen und Belastungen des Alltags erfordern gute Coping-Strategien: Patienten mit Störungen des Gastrointestinaltraktes sind mit Symptomen und Verhaltensweisen konfrontiert, die ihnen unangenehm oder sogar peinlich sind und die das soziale Miteinander beeinträchtigen können. Ein Austausch über Krankheitsbelastungen findet oft nicht statt, da die Themen tabuisiert sind (z. B. Einkoten, Blähungen). Des Weiteren spielt Stress unterschiedlichster Art (Life-events, alltägliche Belastungen) bei der Krankheitsverarbeitung und bei dem Umgang mit der Krankheit eine wesentliche Rolle. Ein Ziel der psychologischen Behandlung ist, den Patienten eine Möglichkeit des Austausches zu geben, um vor allem über psychosoziale Belastungen sprechen zu können. Außerdem sollen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen eine effektive Stressbewältigungsstrategie kennen lernen. Entspannung aus der Hypnose gilt als eine effektive Methode bei der Behandlung von Magen-Darm Störungen.

Jeder Patient mit oben genannten Diagnosen nimmt an einem einmaligen psychologischen Gruppenangebot teil. Die Gruppe umfasst 10 Personen und dauert 1,25 Stunden. Inhaltlich findet ein Austausch über krankheitsbezogene Belastungen statt. Eine Entspannung mit anschließender Nachbereitung wird durchgeführt. Die von der Entspannung vorgegebenen Bilder können sich die meisten Patienten gut vorstellen und die überwiegende Mehrheit berichtet von einem Entspannungseffekt.

Der Workshop will einen Austausch der Erfahrungen in der Arbeit mit Magen-Darm Patienten anregen.

Darüber hinaus wird für die Teilnehmer und Teilnehmerinnen des Workshops die Entspannung aus der Hypnotherapie angeleitet, welche auch mit den Patienten in der Klinik durchgeführt wird.

Rehabilitation bei Darmerkrankungen

Laktoseintoleranz und Zöliakie

Prof. Dr. Gerd Oehler, Mölln

Welche Nachrichten zur Ätiologie und medikamentösen Behandlung der CED sind echte NEWS?

Prof. Dr. med. T. Andus

Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn sind Krankheiten, deren Ursachen trotz großer Fortschritte nach wie vor nicht geklärt sind. Dies bereitet uns sowohl bei der Diagnose als auch bei der Therapie oft Probleme. So können wir nach wie vor bei bis zu 10% der Patienten nicht genau entscheiden welche der beiden Krankheiten vorliegt, so dass wir das als Colitis indeterminata (unbestimmte Colitis) bezeichnen müssen. Gelegentlich zeigt sich auch erst im Verlauf der Krankheit dass z.B. ein Morbus Crohn statt einer Colitis ulcerosa vorliegt. Bei der Therapie gibt es nach wie vor kein Medikament, das die Krankheiten heilen kann. Zwar konnte durch die derzeit verfügbaren Medikamente erreicht werden, dass die Lebenserwartung der Patienten heute im Gegensatz zu früher nicht mehr nennenswert vermindert ist; von den Zielen einer sicheren schnellen Gesundung, einer einfachen, sicheren und billigen Remissionserhaltung (gesund bleiben) oder gar einer Heilung sind wir noch weit entfernt.

Ich möchte nun die aus meiner Sicht wichtigsten Fortschritte auf dem Gebiet der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen kritisch beleuchten. Dabei werde ich die Ursachenforschung und die Therapie in den Mittelpunkt stellen.

Fortschritte bei der Ursachenforschung

Auf dem Gebiet der **Ursachenforschung** hat es aber in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gegeben. Wir haben in den letzten Jahren gelernt, dass 2 Bedingungen für die CED Voraussetzung sind: 1. eine erbliche Veranlagung und 2. bestimmte Umweltfaktoren.

Bezüglich der Erbfaktoren haben wir in den letzten 1-2 Jahren viele neue Erkenntnisse gewonnen. So ist es durch Studien mit großen Patientenzahlen und noch größerem technischen Aufwand gelungen die ersten mit dem Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa assoziierten Gene zu finden. Hierzu haben auch Patientenselbsthilfeorganisationen wie die DCCV wesentlich dazu beigetragen.

Wir wissen heute, dass z.B. das NOD2/CARD-15-Gen bei Patienten mit M. Crohn häufig eine Mutation aufweist. Bei Gesunden und Patienten mit Colitis ulcerosa sind diese Mutationen sehr selten. Interessanterweise haben die meisten Patienten mit den oben genannten Mutationen einen Befall des terminalen Ileums und seltener einen Befall des Dickdarms.

Allerdings haben nur ca. 35% der Patienten mit Morbus Crohn eine oder mehrere solcher Mutationen. Das heißt, dass nur ein Drittel der Fälle durch diese Mutation ausgelöst oder beeinflusst werden können. Bei zwei Drittel müssen andere Ursachen in Betracht gezogen werden. Allerdings werden wir vermutlich in Kürze weitere solche Gene finden, die bei den verbliebenen Fällen eine Rolle spielen.

Die Colitis ulcerosa ist nicht so stark genetisch determiniert wie der Morbus Crohn. Doch auch hier sind bereits erste Gene gefunden worden, die gehäuft bei einer Colitis ulcerosa vorkommen.

Das bedeutet allerdings, dass wir in Zukunft nicht mehr nur 2 oder 3 (mit der Colitis indeterminata) chronisch entzündlichen Darmerkrankungen haben werden sondern vielleicht 4 oder 5 oder 10 oder? Das wäre aber kein Nachteil sondern würde sehr gut erklären, dass viele Patienten auf bestimmte Behandlungen nicht ansprechen. Es wäre sogar ein bedeutender Fortschritt, wenn es uns gelingt durch diese Analysen vorhersagen zu können, wer auf welches Medikament anspricht. Das könnte eine erfolgreichere und nebenwirkungsärmere Therapie erlauben und vielleicht auch irgendwann einmal – eine Heilung.

Fortschritte bei der Therapie

Bezüglich neuer Therapien befinden wir uns derzeit in einer interessanten, ja man könnte fast sagen aufregenden Zeit. Noch nie hat es so viele neue Medikamente gegeben, die auf Wirksamkeit und Sicherheit getestet werden. Aufgrund der Fülle an neuen Medikamenten, die in letzter Zeit getestet wurden oder gerade getestet werden möchte ich einige herausgreifen.

Colitis ulcerosa

Akuter Schub: Wenn die Standard-Behandlung mit 5-Aminosalicylsäurepräparaten (Salofalk®, Claversal®, Pentasa®, Asacolitin®, Dipentum®, Azulfidine®, Colopleon®), Steroiden („Cortison“) nicht greift, kann in schweren Fällen Cyclosporin A (Sandimmun®) oder Tacrolimus (Prograf®) eingesetzt werden. Dies erfordert allerdings viel Erfahrung auf diesem Gebiet.

Meiner Meinung nach vielversprechende Alternativen sind Dehydroepiandrosteron (DHEA) für die leichteren Fälle und Interferon beta für schwerere Fälle. Für beide Medikamente liegen erste erfolversprechende Studien vor.

Eine eigene erste Pilotstudie hat gezeigt, dass die Substitution mit *Dehydroepiandrosteron (DHEA)* einem endogenen Steroid, welches bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen pathologisch vermindert ist zur Behandlung der Colitis ulcerosa und des Morbus Crohns geeignet sein könnte. Eine Placebokontrollierte Studie muss die aber noch bestätigen. Ein großer Vorteil dieser Substanz, die in den USA rezeptfrei erhältlich ist, ist die geringe Nebenwirkungsrate. Auch die ersten Studien mit Interferon beta sind meiner Meinung nach Erfolg versprechend.

In einem ähnlich frühen Stadium und Erfolg versprechend ist die Behandlung mit Wurmeiern (*trichuria suis*) und die Therapie der Zellapherese.

Therapierefraktäre Colitis:

Neu zugelassen wurde vor kurzem Infliximab (Remicade®) zur Therapie der Colitis ulcerosa.

Remissionserhaltung: Bezüglich der Remissionserhaltung sind die 5-Aminosalicylsäurepräparate nach wie vor Standardtherapie. Azathioprin (Azafalk®, Imurek®, Zytrim®) werden als 2. Stufe eingesetzt. Eine neue Therapie ist *E. coli Nissle 1917* (Mutaflor®), welches ähnlich wirksam wie die 5-Aminosalicylsäurepräparate ist.

Morbus Crohn

Akuter Schub: Auch hier sind Steroide und 5-Aminosalicylsäurepräparate nach wie vor die Standardtherapie. Bei Therapieversagen kommen zunächst Azathioprin oder Methotrexat zum Einsatz.

Beim aktiven Morbus Crohn konnte für Weihrauch (H15) eine ähnlich starke (oder schwache) Wirkung wie die des Mesalazins festgestellt werden. Sollten sich diese Ergebnisse in weiteren unabhängigen Studien bestätigen lassen, stände hiermit ein weiteres im akuten Schub schwach wirksames Medikament zur Verfügung, das derzeit allerdings nicht zugelassen ist.

Ein weiteres vielversprechendes Therapieprinzip ist die Veränderung der Darmflora durch die Zufuhr von *Probiotika*, das heißt von sogenannten „guten Darmkeimen“. Im Gegensatz zur spärlichen Datenlage von H-15 gibt es hier bereits mehrere gute kontrollierte Studien, die nahe legen, dass dieses Wirkprinzip bei der Colitis ulcerosa und vielleicht auch beim Morbus Crohn Zukunft hat. Auch die indirekte Verbesserung der Darmflora durch indische Flohsamenschalen Präparate (*Plantago ovata*) wie z.B. *Mucofalk* war in einer Studie hilfreich.

Durch eine Behandlung mit monoklonalen *Antikörpern gegen* den pro-inflammatorischen Tumor Nekrose Faktor *Infliximab* (Remicade®) konnte bei steroidrefraktären Patienten mit Morbus Crohn zum Teil Remissionen erzielt werden. Darüber hinaus konnten durch *Infliximab* auch Fisteln vorübergehend zur Abheilung gebracht werden. Ungeklärt ist wie bei allen neu eingeführten Medikamenten aber derzeit noch die Frage der Langzeitnebenwirkungen. Insbesondere das Auftreten von zum Teil mit Infektionen assoziierten Todesfällen (bislang ca. 45 in Deutschland) ist derzeit Anlass zur Besorgnis. Es ist zu hoffen, dass die anderen neuen „biologischen“ Medikamente, die derzeit getestet werden, wirksamer und nebenwirkungsärmer sind.

Remissionserhaltung:

Hier ist noch viel Verbesserungsbedarf. Standard sind Aminosalicylate und Azathioprin. Als nächstes sollte Methotrexat versucht werden. Danach kann Infliximab versucht werden. Auch Antibiotika wie Metronidazol (Clont®) können hilfreich sein.

Hier sind meiner Meinung nach die Probiotika vielversprechende Alternativen, die weiter erforscht werden sollten.

Zusammenfassend kann man sagen, dass durch die Fortschritte der Wissenschaft wie z.B. der Entdeckung des ersten mit dem Morbus Crohn assoziierten Gens, die Chance auf Verbesserung der Behandlung noch nie so gut wie heute waren.

Entzündliche Darmerkrankungen und Kolonkarzinom-Präventionsstrategien in Akut- und Rehabilitationsmedizin

H. Allgayer, Bad Mergentheim

Einleitung/Hintergrund: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED), vor allem Colitis ulcerosa gehen, abhängig von der Krankheitsdauer mit einem deutlich erhöhten Dickdarmkarzinomrisiko einher. Eine effektive Tumorprävention bei CED stellt hohe Anforderungen an Ärzte und Patienten, die über die Maßnahmen zur Prävention sporadischer Kolonkarzinome hinausgehen. Dies erfordert eine übergreifende Versorgung mit enger Zusammenarbeit von Akut/Rehamedizin und ambulanter Betreuung.

Präventionsstrategien: Die Prävention von Dickdarmkarzinomen bei CED beruht im Wesentlichen auf drei Säulen: 1.) regelmäßige, möglichst jährliche koloskopische Kontrollen mit multiplen Biopsien (Leitlinien der DGVS 2004), 2.) langfristige, u.U. lebenslange Einnahme salicylathaltiger Entzündungshemmer bei sicherzustellender ausreichender Patientencompliance und 3.) allgemeine Präventionsempfehlungen (Lifestyleveränderungen). Jährliche koloskopische Kontrollen und eine rechtzeitige Indikation zur Operation (Kolektomie) bei Vorliegen von Dysplasien können das Karzinomrisiko deutlich absenken, allerdings wird eingewendet, dass trotz multipler Biopsien ein signifikantes Restrisiko bleibt, prä-maligne/maligne Läsionen zu übersehen, wie flache Adenome in der nicht entzündeten Schleimhaut. Da aufgrund klinischer und molekularbiologischer Untersuchungen ein deutlich erhöhtes Malignomrisiko besteht, wird zum besseren Nachweis eine Anfärbung+/-Vergrößerung der Mukosa während der Endoskopie (Chromoendoskopie) empfohlen. Die Entfernung erfolgt üblicherweise durch Polypektomie/Mukosektomie.

Gastroenterologisch qualifizierte Fachkliniken mit einem hohen Durchsatz an CED-Patienten sollten daher diese Maßnahmen durchführen. Zahlreiche Studien haben belegt, dass die regelmäßige Einnahme salicylathaltiger, entzündungshemmender Präparate wie 5-Aminosalicylsäure und deren Derivate neben der Erzielung einer Rezidivprophylaxe vor allem das relative und absolute Karzinomrisiko absenkt (OR:0.25, Eaden J, Aliment Pharmacol 2000; 14:145). Klinische und experimentelle Untersuchungen legen nahe, dass bei akuten/chronischen Entzündungen und Karzinomentstehung weitgehend gleiche molekulare Signalkaskaden benutzt werden. Patientenseits ist eine optimale Compliance notwendig, die jedoch oft nicht gegeben ist, wie eigene Untersuchungen zeigen. Eine wichtige Aufgabe, insbesondere der Rehamedizin ist es daher, die Compliance zu überprüfen und ggf. durch Information, Schulung und Empowerment zu verbessern. Zusätzlich werden CED-Patienten allgemeine Präventionsstrategien (Lifestyleveränderungen) angeboten wie körperliches Training und anderes risikoverminderndes Verhalten einschließlich Ernährung. In einer kürzlich publizierten Studie konnte unsere Arbeitsgruppe zeigen, dass durch körperliche Aktivität mit mäßiger Intensität während eines Rehaaufenthaltes schon nach 2-3 Wochen eine Verbesserung (Stimulierung) der physischen

Immunantwort (Cancer Detection Prev 2004;28:208) nachweisbar war sowie eine messbare Verminderung der renalen Ausscheidung von Tumorbiomarkern (DNA Schädigungsprodukte)

Schlussbemerkungen: Aufgrund der bisher vorliegenden Evidenz kann mit großer Sicherheit davon ausgegangen werden, dass solche Präventionsstrategien zu einer signifikanten Risikoverminderung bei CED-Patienten führen. Eine Prävention ist aber nur dann optimal wirksam, wenn sie konsequent durch ein integriertes Versorgungssystem sichergestellt wird, eine Voraussetzung, die bisher nicht überall erfüllt wird.

**Psychosoziale Belastungen der Patienten mit Morbus Crohn und Colitis
Ulcerosa**

Dr. Rüdiger Doßmann, Bad Mergentheim

Betreuung von Patienten mit Problemstomata
Katharina Ott-Hartusch, Weikersheim

Anale Irrigation

Alexandra Fleischmann, Erlangen

**Ambulante Stomaversorgung durch den Handel -
Veränderungen in der Erstattungssituation durch die Krankenkassen**
Timo Fleischmann, Erkrath

Workshop I

Kommunikation mit schwierigen Patienten

Dr. Rüdiger Doßmann, Bad Mergentheim

Workshop II

Anus praeter-Versorgung

Lothar Storz, Bad Mergentheim

Kontinuierliche Blutzuckermessung

**Kontinuierliche Glukosemessung und Möglichkeiten zur Therapieoptimierung
des Diabetes mellitus**

Mario Müller, Düsseldorf

Kontinuierliche Glukosemessung – ein diagnostisches Hilfsmittel zur Beurteilung von „Berufsunfähigkeit“?

Dr. Karsten Knöbel, Wörth an der Donau

Kontinuierliche Glukosemessung – ein diagnostisches Hilfsmittel zur Beurteilung von Berufsunfähigkeit ?

Die kontinuierliche Glukosemessung (CGMS) ist ein inzwischen etabliertes diagnostisches Verfahren in der modernen Diabetologie, wie etwa in der Erst- und Folgeeinstellung von Insulinpumpen, zur Optimierung einer bereits bestehenden oder neu begonnenen Insulintherapie oder zur Beurteilung funktionaler Einflüsse wie Nahrungsaufnahme, körperliche Aktivität oder Begleitmedikation auf die Güte der Blutzuckereinstellung.

Eine weitere Anwendung für die CGMS-Messung kann im Rahmen medizinischer Gutachten bestehen, wie zum Beispiel in der Beurteilung zur Berufsunfähigkeit von Diabetikern. Anhand von Beispielen wird die diagnostische Aussagekraft der kontinuierlichen Glukosemessung hierfür demonstriert.

Workshop III

Insulin-Pumpenpatienten in der Reha

Dr. Rudolf Herrmann, Bad Kissingen

Die tägliche Herausforderung bei der Insulinbehandlung von Menschen mit Typ 1 Diabetes besteht im folgenden

„Am Ort der Insulinwirkung, also an den Körperzellen, sollte zum richtigen Zeitpunkt diejenige Insulinmenge vorhanden sein, die für eine Stabilisierung des Blutzuckers im normnahen Bereich benötigt wird.“

Formelmäßig lässt sich dies ausdrücken als:

Insulinangebot = Insulinbedarf

Stimmen Insulinangebot und Insulinbedarf in etwa überein, kann davon ausgegangen werden, dass die Blutzuckerwerte sich nicht nennenswert ändern.

Ist der aktuelle Insulinbedarf höher als das vorhandene Insulinangebot kommt es zu einer Blutzuckererhöhung und im Extremfall zu einer Blutzuckerentgleisung.

Andererseits, wenn der Insulinbedarf geringer ist als das zur Verfügung stehende Insulinangebot, kommt es zu einer Blutzuckersenkung, im Extremfall zu einer unerwünschten Unterzuckerung.

Einflussgrößen, die den individuellen **Insulinbedarf** mehr oder weniger deutlich bestimmen können:

- Nahrungsmittelunabhängige, individuelle Situation (Basalrate): circadiane Rhythmik, meist doppelgipfliger Verlauf
- Nahrungszufuhr (Bolusmenge): Kohlenhydrat-, Eiweiß- und Fettanteil, BE-Menge, glykämischer Index, Getränke, Alkoholgehalt
- körperliche Aktivität, Sport
- psychische Situation
- Insulinempfindlichkeit an den Insulinrezeptoren der Körperzellen
- fieberhafte Infekte, Entzündungen
- hormonelle Gegebenheiten: Cortison, Adrenalin, Wachstumshormon, Schilddrüsenhormon
- Menstruationszyklus der Frau
- medikamentöse Einflüsse (z.B. Cortisonbehandlung)
- Körpergewicht
- mittleres Blutzuckerniveau, Schwankungsbreite der Blutzuckerwerte
- Magenentleerung, Verdauungsprozess
- Höhe der freien Fettsäuren im Blut, Leberstoffwechsel, Muskelauffülleffekt nach körperlicher Aktivität

Faktoren, die das **Insulinangebot** im Blut mehr oder weniger stark beeinflussen können:

- Insulinsorte, Insulinwirkprofil
- Zeitpunkt der Insulinabgabe (z.B. Basalratenprofil)
- Insulinmenge
- Abstand der Bolusgabe zur Nahrungsaufnahme (Drück-Eß-Abstand)

GRVS - Jahrestagung 2006 Bad Mergentheim

- Injektionsstelle: Bauch, Oberschenkel, Gesäß; Lage der Katheternadel
- Injektionsmodus: subcutan, intramuskular, intravenös, intraperitoneal
- lokale Verhältnisse an der Injektionsstelle: Durchblutungssituation, Vernarbung, Lipodystrophie, Wärmeapplikation, Entzündungsreaktion
- Gegebenheiten an Insulinpumpe und Kathetersystem: z.B. Pumpendefekt, Katheterverschluss, Luftblasen, Diskonnektion, Katheterliegedauer
- Entscheidungen und Maßnahmen des Pumpenträgers: Bolusgröße, Zeitpunkt der Bolusgabe, Basalratenvariation, Wissenstand, Krankheitsverarbeitung, Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit, Lernfähigkeit

Etwas pointiert kann man sagen:

Der Insulinbedarf wird durch die individuellen biologischen Gegebenheiten des Patienten und seines Lebensstils bestimmt. Das Insulinangebot wird vom Pumpenträger, genauer mit Hilfe seines Gehirns (dem „Computer zwischen den Ohren“) festgelegt, indem er die Insulinabgabe durch die Pumpe bedarfsgerecht und erfolgsorientiert steuert.

Einfache Insulindosisanpassungsschemata, die mitunter rezeptartig oder auch seit kurzem durch „moderne“ Dosierungscomputer dem Patienten vorgegeben werden und die häufig nur die aktuelle Blutzuckerhöhe, die verordnete BE-Menge und ggf. eine geplante sportliche Aktivität berücksichtigen, werden der Vielfalt der biologischen Gegebenheiten keinesfalls gerecht. Hier ist ein Umdenken bei der Behandlung von Menschen mit absolutem Insulinmangel wünschenswert.

Das Prinzip **„Beobachten - Nachdenken - Handeln“** ist im Regelfall zweckmäßiger und erfolgsversprechender, da die biologischen Gegebenheiten mehr Berücksichtigung finden. Voraussetzung dabei ist, dass der Pumpenträger über ein umfangreiches Wissen verfügt und dass er gelernt hat, selbständig und eigenverantwortlich zu entscheiden. (= „diabetologisches“ Selbstbewußtsein).

Streng genommen ist die Insulinpumpentherapie nur eine andere Art der Insulinbereitstellung im Körper. Es kommt allerdings nur eine Insulinart, nämlich ein Kurzzeitinsulin (kurzwirksames Analoginsulin bzw. Normalinsulin) zur Anwendung. Ein wesentlicher Vorteil der Pumpenbehandlung ist die Bereitstellung der basalen Insulinversorgung durch die im allgemeinen stündlich variierbare Basalratenprogrammierung.

Eine Fülle der Schulungsthemen bei Spritzen-/Pen-Behandlung bzw. Insulinpumpentherapie sind gleich, nämlich Informationen über Ernährung, BE-Schätzung, Blutzucker-Selbstkontrolle und Dokumentation, Ermitteln des Insulinbedarfs, Unterzuckerungsproblematik, geänderter Insulinbedarf bei körperlicher Aktivität, Risiko und Vermeidung von Folgeerkrankungen, potentielle Fußprobleme, psychosoziale Aspekte usw.

Einige **spezielle bzw. zusätzliche Themen für Insulinpumpenpatienten** sind gesondert zu besprechen, nämlich

- Bedienung der Pumpe (Programmierung, Handling, Fehlermeldungen, spezielle Möglichkeiten).
- Bolusabgabe (Bolussplitting, verzögerter Bolus, dualer Bolus)
- Basalrate (Festlegung, Modifikationen, Basalratenabsenkung, Auslassen von Mahlzeiten, Umprogrammierung, logische Zusammenhänge)
- Katheterproblematik (verschiedene Katheterarten, Liegedauer, Gefahren)
- Ketoazidotische Entgleisung (Ursachen, Kennzeichen, Vorgehensweise)
- Pumpenpause (Gründe, Fallgruben, unterschiedliches Vorgehen je nach Pausenlänge, Sicherheitsempfehlungen)
- Körperliche Aktivität (Pumpe ablegen, Basalratenmodifikation, Risiken)

Inhalt des Workshops wird unter anderem sein, je nach Interesse der Teilnehmer auf einige dieser Punkte exemplarisch einzugehen und an Hand von Beispielen die Besonderheiten der Pumpentherapie zu diskutieren. Dabei wird insbesondere auf die speziellen Möglichkeiten während einer stationären Rehamaßnahme eingegangen.