

Thema: Wer behandelt den Diabetiker in der Rehabilitation?

- Vorsitz: P. Hübner, Bad Neuenahr
R. Fischhold, Passau
- 13.00 – 13.30 Diabetes in der Psychosomatik
M. Rudolph, Bad Salzig
- 13.30 – 14.00 Cardio Diabetes
M. Keck, Bad Münster am Stein
- 14.00 – 14.30 Diabetische Nephropathie
U. Altes, Ingelheim
- 14.30 – 15.00 Diabetes in der Gastroenterologie
H. Fischer, Bad Driburg

Diabetes in der Psychosomatik

M. Rudolph, Bad Salzig

Auf der evidenzbasierten Leitlinie der Deutschen Diabetesgesellschaft geht hervor, dass für die Therapie und langfristige Prognose des Diabetes mellitus somatische und psychosoziale Faktoren gleichermaßen von großer Bedeutung sind. Nach vorsichtigen Schätzungen liegen bei ca. 30% der Diabetiker relevante psychische Erkrankungen vor, die den Krankheitsverlauf des Diabetes negativ beeinflussen können. Zu den wichtigsten psychosozialen (Einfluss-)Faktoren in der langfristigen Behandlung des Diabetes mellitus gehören:

- Erwerb von Wissen und Fertigkeiten zur Selbstbehandlung und deren Umsetzung im Alltag.
- Emotionale und kognitive Akzeptanz des Diabetes.
- Bewältigung des Diabetes und seine möglichen Konsequenzen in allen Lebensbereichen und Krankheitsstadien.
- Identifikation und Modifikation von Verhaltensweisen, die einer erfolgreichen Selbstbehandlung entgegenstehen.
- Erfolgreicher Umgang mit Krisen und/oder Problemen im Zusammenhang mit der Erkrankung (u. a. Depressionen, Ängste, Essstörungen etc.).

Die sowohl für die Lebensqualität als auch für die Entwicklung von Folgestörungen sicher relevanteste psychische Komorbidität bei Diabetes ist die Depression. Gesichert ist u. a. eine ungünstigere Stoffwechseleinstellung, ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Folgekomplikationen und eine geringere Lebenserwartung, eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität, eine erhebliche Sterblichkeit (Suizid !), erhöhte funktionelle Einschränkungen im Alltag und vieles andere mehr. In der psychosozialen Betreuung von Diabetikern, bei denen gleichzeitig eine Depression vorliegt, ist zu beobachten, dass diese in geringerem Umfang die therapeutisch-medizinischen Empfehlungen befolgen, insbesondere beim Ernährungsmanagement. Übergewichtige Typ 2-Diabetiker brechen Gewichtsreduktionsprogramme beim Auftreten einer Depression ab. Depressive Diabetiker rauchen vermehrt und im Rahmen der so genannten „Cortison-Stress-Hypothese“ muss die Depression neben dem Diabetes als eigenständiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Ereignisse eingeschätzt werden. So beeinflusst eine komorbid vorliegende Depression u. a. die

Überlebensrate nach akutem Myocardinfarkt. Die Kosten für medizinische Versorgung liegen im Vergleich zu Diabetikern ohne komorbide Depression deutlich höher. Das Risiko an Depressionen zu erkranken steigt für den Diabetiker mit der Entwicklung und der Anzahl von diabetischen Spätkomplikationen. Erwähnenswert sind auch die negativen Folgen im Rahmen einer depressiven Minderung des Antriebs mit Inaktivität und Bewegungsmangel. Aufgrund der teilweisen Überlappung von depressiven Symptomen und Symptomen einer schlechten Blutzuckereinstellung ist die Gefahr, bei einem Diabetiker eine depressive Störung zu übersehen besonders groß. So berichten Diabetiker häufig von folgenden Symptomen, ohne an eine Depression zu denken:

- Appetitminderung oder Appetitsteigerung
- Insomnie oder Hypersomnie
- Energieverlust und Müdigkeit
- geringes Selbstvertrauen
- schlechte Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit
- das Gefühl der Hoffnungslosigkeit
- fehlenden Antrieb zum Bewältigung des Diabetesmanagements

Beim Vorliegen einer Depression aus relevanter, behandlungsbedürftiger Komorbidität, müssen diese Patienten sowohl diabetologisch/internistisch als auch psychotherapeutisch behandelt werden. Wichtig sind hier besonders gute und enge Absprachen zwischen den Behandlern. Spezielle Rehabilitationsziele bei Patienten mit Diabetes mellitus sind u. a. folgende:

- Die Patienten sollen den Diabetes mellitus bestmöglich in das eigene Leben integrieren
- Informationsvermittlung zur Depression und bei Wechselwirkungen bezogen auf die Stoffwechseleinstellung
- akute oder langfristige Konsequenzen des Diabetes vermeiden
- Lebensqualität auf hohem Niveau erhalten
- Steigerung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeiten
- Folgeschäden und Risikofaktoren erfassen und behandeln
- Blutzuckereinstellung nachhaltig verbessern

Es gibt mittlerweile spezialisierte stationäre Rehabilitationseinrichtungen, in denen sowohl diabetologische als auch psychotherapeutische Kompetenzen vereint sind. Insbesondere bei Patienten die Probleme bei der optimalen Einstellung ihres Blutzuckers haben und deren Erwerbsfähigkeit dadurch gefährdet ist, besteht die Indikation zu einer stationären medizinischen Reha in einer spezialisierten Einheit. Durch eine gezielte psychosomatische Behandlung lassen sich die enormen Folgekosten deutlich reduzieren. Psychosoziale Faktoren beeinflussen maßgeblich den Krankheitsverlauf, insofern ist der Diabetes mellitus mehr als eine reine Stoffwechselerkrankung. Deshalb reichen ausschließlich körpermedizinisch orientierte Behandlungen oft nicht aus. Zumal Patienten mit Diabetes mellitus eine besondere Risikogruppe für die Entwicklung einer Depression darstellen. Wenn eine depressive Störung beim Diabetiker gesichert ist, muss diese auch behandelt werden, da ansonsten eine erfolgreiche Diabetesbehandlung kaum möglich ist. Eine große Herausforderung stellt die differentielle Indikationsstellung im Vorfeld der Rehamaßnahme dar, welcher Diabetiker von einem Aufenthalt in einer spezialisierten Einheit besonders profitiert.

Cardiodiabetes Rehaspezifische Angebote

M. Keck, Bad Münster am Stein-Ebernburg

Diabetes mellitus und metabolisches Syndrom sind eine weltweit zunehmende Problematik, die sich neben medikamentöser Interventionen vor allem durch eine Lebensstiländerung deutlich verbessern lässt. Der Anteil von Diabetespatienten bei chronischer Herzerkrankung liegt aktuell bei 31 %. 75 % aller Diabetes II-Patienten versterben an einem Herz-Kreislaufereignis. Das Risiko zu versterben ist bei Patienten mit KHK und Herzinfarkt gegenüber nicht-diabetischen KHK-Patienten doppelt so hoch. Während der Rehabilitation ergeben sich zahlreiche interventionelle Möglichkeiten. Neben diätetischer Führung kommt vor allem der Bewegungstherapie eine herausragende Bedeutung zu. Entscheidend ist, dass während eines Heilverfahrens bereits die Motivation gestärkt und konkrete Maßnahmen zur Umsetzung der Bewegungstherapie initiiert werden. Über ein konkretes evaluiertes Motivations- sowie Volitionsprogramm informiert der Vortrag. Die Intima-Media-Dicke gilt als guter prognostischer Marker für das Auftreten späterer Gefäßkomplikationen und sollte Standard bei Risikopatienten während stationärer oder ganztags ambulanter Rehabilitation sein. Weiter wird im Vortrag auf die spezielle Problematik von Schlafapnoepatienten eingegangen, für die ein besonders hohes Diabetesrisiko besteht und das sich häufig erst nach adäquater Therapie (z. B. nCPAP) bezüglich ihrer Glykämie stabilisieren lässt.

Wer behandelt den Diabetiker in der Reha?

U. Altes, Ingelheim

Die weltweite Zunahme der Diabetesprävalenz hat zusammen mit einer verbesserten Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten dazu geführt, dass viele Patienten mit Diabetes mellitus die Folgeerkrankung der diabetischen Nephropathie entwickeln. Damit verbunden ist eine Zunahme der Inzidenz von Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz auf dem Boden der diabetischen Nephropathie, was die nationalen Dialyseregister in den USA und auch in Deutschland deutlich zeigen. Da durch die Nierenersatztherapie die Gesundheitssysteme durch immense Kosten belastet werden, kommt der Primär- und Sekundärprävention der diabetischen Nephropathie eine grosse Bedeutung zu. Obwohl die Verbesserung der Diabetesbehandlung in den vergangenen Jahrzehnten zu einer niedrigeren Inzidenz der diabetischen Nephropathie führte (und sogar in Deutschland eine leichte Abflachung der Inzidenz des Diabetes als Ursache des terminalen Nierenversagens zu beobachten ist), ist der Anteil an dialysepflichtigen Diabetikern nach wie vor hoch. Aufgrund des ausgeprägt hohen kardiovaskulären Risikos dieses Patientenkollektivs, selbst bei geringgradiger Nierenfunktionseinschränkung, sind intensive therapeutische Interventionen zur Reduktion von Morbidität und Mortalität gerechtfertigt.

Gekennzeichnet ist die diabetische Nephropathie durch das Auftreten einer Albuminurie und einer glomerulären Hyperfiltration im Initialstadium. Bei unbehandelter Erkrankung kommt es schliesslich nach Jahren zum Übergang der Mikroalbuminurie in eine sog. Makroalbuminurie und zunehmender Einschränkung der Nierenfunktion. Histopathologisch ist neben einer diffusen Glomerulosklerose insbesondere bei Typ 1-Diabetes eine noduläre Glomerulosklerose typisch.

Genetische Ursachen für die Entwicklung der diabetischen Nephropathie können sowohl für Typ 1 - als auch für Typ 2-Diabetes vermutet werden. Die Bedeutung dieser genetischen Faktoren für die klinische Praxis ist noch nicht hinreichend geklärt.

Die pathophysiologischen Vorgänge bei der Entstehung der diabetischen Nephropathie sind komplex. Neben hämodynamischen Veränderungen sind hyperglykämie-assoziierte Vorgänge

entscheidend, bei denen u.a. Angiotensin II, Cytokine, AGEs und, auf der Ebene der Podozyten, Nephrin eine Rolle spielen.

Aus pathogenetischer Sicht wäre eine Verhinderung des Diabetes mellitus Typ 2 und somit eine Vermeidung der diabetischen Nephropathie wünschenswert. Realistischerweise kommt jedoch der Sekundärprävention i.S. einer Verhinderung des Übergangs von Mikroalbuminurie in eine Makroalbuminurie bzw. einer Progressionshemmung der diabetischen Nephropathie in der Praxis die grösste Bedeutung zu. Prinzipiell besteht die Therapie der diabetischen Nephropathie in einer Reduktion bekannter Risikofaktoren. Hier ist neben einer nahe-normoglykämischen Blutzuckerkontrolle eine strenge Blutdruckkontrolle anzustreben, insbesondere bei Vorliegen einer Proteinurie. Die Hemmung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems durch ACE-Hemmer oder AT-1-Antagonisten sollte dabei wegen der pathophysiologischen Bedeutung von Angiotensin II in der Entstehung der Nephropathie Bestandteil der Medikation sein. Zur adäquaten Blutdruckkontrolle ist häufig die Kombination mit weiteren Antihypertensiva notwendig. Bei den Calciumantagonisten wurden anti-proteinurische und nephroprotektive Effekte für Verapamil und bei β -Blockern für Carvedilol gezeigt. Für die Kombination aus ACE-H und AT-1-A. liegen teilweise Daten vor, welche für eine Doppelblockade sprechen. Neuere Analysen grösserer Studien zeigen allerdings keine Vorteile einer Kombinationstherapie. Eine weitere interessante Therapieoption besteht im Einsatz von Spironolacton; hierbei ist jedoch besonders bei eingeschränkter Nierenfunktion das Hyperkaliämierisiko zu berücksichtigen. Auch für Glitazone konnten nephroprotektive Effekte nachgewiesen werden. Günstige Effekte scheinen auch durch eine Therapie der Dyslipidämie mit Statinen zu erzielen sein. Bei der antidiabetischen Behandlung sind die pharmakokinetischen Besonderheiten sowie die Kontraindikationen oraler Antidiabetika zu berücksichtigen. Bei höhergradiger Nierenfunktionseinschränkung sollte der Insulintherapie grundsätzlich der Vorzug gegeben werden. Im Rahmen der Ernährungsschulung bei Diabetes sollte eine Eiweissreduktion betont werden.

Die Behandlung der Patienten mit Frühstadien der diabetischen Nephropathie sowie bei fortgeschrittener diabetischer Nephropathie mit Nierenfunktionseinschränkung erfolgt ambulant. Hierbei kommt der Zusammenarbeit von Hausärzten, Diabetologen und Nephrologen zur Umsetzung des komplexen Therapiekonzeptes die entscheidende Bedeutung zu. Zur Vermeidung niereninsuffizienzbedingter Folgeerkrankungen muss rechtzeitig eine nephrologische Mitbetreuung erfolgen. Besondere Beachtung findet dabei die Therapie der niereninsuffizienzbedingten Veränderungen im Calcium-Phosphat-Stoffwechsel, des Säure-Base-Haushaltes sowie der renalen Anämie. Darüberhinaus bestehen Besonderheiten beim Auftreten eines nephrotischen Syndroms und bei Elektrolytveränderungen.

Im Terminalstadium der Niereninsuffizienz bei diabetischer Nephropathie sind die Nierenersatzverfahren Hämodialyse, Peritonealdialyse und Nierentransplantation möglich, wobei die Transplantation die beste Rehabilitationsform für die betroffenen Patienten darstellt. Sämtliche extrakorporalen Therapieverfahren werden i.d.R. unter ambulanten Bedingungen durchgeführt.

Rehabilitationsmassnahmen kommen bei der Überwindung Diabetes-assoziierter oder Dialyse-assoziierter Folgeerkrankungen in Betracht, sofern unter ambulanten Bedingungen eine adäquate Therapie nicht möglich ist.

Diabetes in der Gastroenterologie

H. Fischer, Bad Driburg

Auch wenn die Überlebensprognose bei Diabetes mellitus in erster Linie von kardiovaskulären Komplikationen bestimmt ist, bestehen sehr enge Beziehungen zwischen Gastroenterologie und Diabetologie, die für eine korrekte Diagnose und Behandlung des Diabetes von großer Bedeutung sind.

So haben Patienten mit Diabetes mellitus gehäuft gastrointestinale Symptome, die einer sorgfältigen Diagnostik bedürfen. Neben der eher seltenen diab. Gastroparese kommen andere Ursachen wie reversible Funktionsstörungen des Gastrointestinaltraktes durch Blutzuckererhöhung, aber auch Nebenwirkungen von oralen Antidiabetika oder Zuckeraustauschstoffen in Betracht. Die Behandlung der diab. Gastroparese erfolgt einerseits mit Prokinetika, andererseits ist eine subtile Blutzuckerbehandlung nötig.

Auch die Wechselwirkungen zwischen Diabetes und Lebererkrankungen sind komplex. Die nicht alkoholische Steatohepatitis (NASH) als Folge des metabolischen Syndroms kann zur Leberzirrhose führen. Umgekehrt sind Diabetes oder gestörte Glukosetoleranz bei Leberzirrhose häufig. Viele orale Antidiabetika sind bei Leberzirrhose kontraindiziert. Eine Hämochromatose als gleichzeitige Ursache von Lebererkrankung und Diabetes sollte nicht übersehen werden.

Auch beim pankreopriven Diabetes sind Gastroenterologe und Diabetologe gefordert. Sowohl die exokrine als auch die endokrine Insuffizienz bedürfen einer fachgerechten Therapie.

Weitere Überschneidungspunkte zwischen Diabetologie und Gastroenterologie betreffen die Themen Zöliakie, Inkontinenz, bakterielle Fehlbesiedlung des Dünndarms sowie diabetische Diarrhoe und Obstipation. GLP1-basierte Therapieoptionen nutzen eine Wechselbeziehung zwischen GE-Trakt und Diabetes und stellen eine neue interessante Therapieoption bei Typ 2-Diabetes dar.

Insgesamt stellt die „Gastro-Diabetologie“ ein wichtiges und vielseitiges Tätigkeitsgebiet dar.

Mittwoch, 11. Juni 2008

Migranten in der Ernährungsberatung

Vorsitz: F. Huth, Bad Neuenahr
K. Barwich, Bad Driburg

15.30 – 15.55 Beratung von Migranten „nur“ ein Sprachproblem ?
F. Huth, Bad Neuenahr

16:30 – 16.55 Diabetikerschulung für Patienten mit türkischer Abstammung an der Eleonoren-Klinik
D. Yildirim, Lindenfels Winterkasten

17:00 – 17.25 Ernährungsberatung für Menschen mit russischer Abstammung
L. Nissanova, Köln

Beratung von Migranten – „nur“ ein Sprachproblem?

F. Huth, Bad Neuenahr

Deutschland gilt als Einwanderungsland. Im Jahr 2007 lebten fast 6.750.000 Ausländer in Deutschland. Nicht jeder Ausländer ist ein Migrant im engeren Sinne, jeder fünfte Mensch in Deutschland kommt aus einer Familie mit Migrationshintergrund oder Migrationserfahrung. Wird ein „Migrant“ zur Ernährungsberatung eingeladen, bringt er meist zusätzliches und uns fremdes „Gepäck“ mit. Das Essen nimmt bei den meisten Menschen einen wichtigen Stellenwert ein und kann in der Migrationsgeschichte des Einzelnen eine besondere Rolle spielen. Mit den Essgewohnheiten aus dem Herkunftsland werden Erinnerungen, Traditionen und Synergien mitgebracht, die bei der Bewahrung der Identität und Heimatverbundenheit wichtig sein können. Kommt zu einer Erkrankung die Notwendigkeit hinzu, diese Gewohnheiten dem Gesundheitszustand anzupassen, kann die Lebensqualität mehr beeinträchtigt sein als bei Einheimischen. Erschwerend sind Kommunikationsprobleme durch Sprachbarrieren. Hinzugezogene „Hilfsdolmetscher“ stammen meist aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis des Patienten, sind „partiell“ und nehmen (unabsichtlich) starken Einfluss auf den Gesprächsverlauf. Es darf nicht erwartet werden, dass solche Beratungsgespräche zu einer gesundheitsförderlichen Verhaltensänderung führen. Bikulturelle Berater und Therapeuten werden im Gesundheitssystem unserer multikulturellen Gesellschaft immer wichtiger.

Ernährungsberatung für Menschen mit russischer Abstammung

L. Nissanova, Köln

Das statistische Bundesamt benennt im Mikrozensus 2005 insgesamt 15,3 Millionen Ausländer und deutsche Bürger mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bezüglich der Russisch sprechenden Migranten sind kaum genaue statistische Angaben veröffentlicht. Zitat: "Ein Zuwanderer aus der Russischen Föderation im Jahr 2004 kann beispielsweise als Spätaussiedler, Asylbewerber, Student oder auch im Rahmen des Familiennachzugs eingereist sein, ohne dass dies aus den Zuzugsstatistiken des Statistischen Bundesamts ersichtlich wird". Zählt man dazu jüdische Kontingentflüchtlinge, russischsprachige "Heiratsmigranten" und politische Flüchtlinge aus den 15 Nachfolgestaaten der früheren Sowjetunion als Gruppe der „Russischsprachigen“ zusammen, bildet diese mit geschätzten 3,5 bis 4,3 Millionen Personen die größte Migrantengruppe in Deutschland.

Eine nennenswerte Gemeinsamkeit dieser Menschen besteht darin, dass sie aus einem sozialistischen System, in dem Planwirtschaft herrschte, in ein demokratisch geprägtes Umfeld mit Marktwirtschaft und ohne den für sie gewohnten Mangel an Produkten auswanderten. Dies führt zu einer negativen Entwicklung im Konsumverhalten, da sie unaufgeklärt über den Umgang mit der reichhaltigen Auswahl konfrontiert sind.

Die Heterogenität der russischsprachigen Migranten ist von großer Bedeutung, denn es handelt sich nicht um *eine* „Nationalität“, sondern um mehrere, die aber dieselbe Sprache sprechen und von einer einheitlichen Staatsstruktur geprägt sind.

Aus welcher Republik der ehemaligen UdSSR der zu Beratende stammt, ist für das Ernährungsverhalten ein wichtiger Aspekt, da es sich hierbei um sehr unterschiedliche Vorlieben, eine landesspezifische Lebensmittelauswahl und -zubereitung handelt.

Eine Ernährungsberatung stellt in den Heimatländern dieser Migranten einen Hauptbestandteil der Behandlung bei jedem Facharzt/Hausarzt dar und vom Patienten wird dort verlangt, ernsthaft mitzuwirken. Als Ernährungsberater sollte man sich fragen, zu welchem Modell (Zwiebelmodell...) der zu beratende Migrant gehört. Sprache & Kommunikationsebene, Glauben

und Kultur, Bildung, Sozialstatus, Psychologischer Status, persönliche Motivation spielen eine wichtige Rolle.

Nach der Statusfestlegung spielt die **Verbraucherberatung** die bedeutendste Rolle bei der Ernährungsberatung von Migranten. Unterschiede zwischen Werbung und rechtlich geschützten Angaben über Nährwertgehalt und der Zutatenliste auf dem Etikett bzw. Verpackungen, zwischen MHD und Verfallsdatum müssen geklärt werden. Das mentalitätsbedingte Verhalten gegenüber dem Vertrauen einflößenden „Made in Germany“ soll der Regel „Kritisch bleiben und sich informieren“ weichen.

Auch die mentalitätsbedingte Leichtgläubigkeit bezüglich der „ständig staatlich kontrollierten“ Lebensmittelherstellung, mit Verlass auf die Aufsichtsbehörde, den Staat, usw. muss besprochen werden. Der Patient muss zur Übernahme der Verantwortung beim Einkaufen und zur Eigeninitiative bei der Informationssuche aufgerufen werden.

Pauschale Empfehlungen wie z. B. „fettarm essen“ oder „Zucker weglassen“ usw. werden nicht akzeptiert, da diese als „allgemeingültig“ und deshalb „nicht überzeugend“ eingestuft werden. Visuelle Darstellungen sind besonders hilfreich beim Thema „versteckter Fett- und Zuckergehalt“ und der Größe von Portionen. Attrappen, Waagen, Plakate, die 3- Dimensionale Pyramide der DGE sowie eine *Einkaufsführung* als Ersatz einer Sitzung sind ebenso hilfreich.

Eine bewusste, gesunde Ernährung ist für Migranten ebenso wichtig wie für Deutsche, jedoch zeigt die Praxis, dass die Ernährungsberatung für Migranten komplexer und aufwändiger ist. Ernährungsberatungen sind eine Präventivmaßnahme zu aufwändigen und kostspieligen Behandlungen von Folgekrankheiten und müssen allen Menschen, Migranten sowie Deutschen, zugänglich gemacht werden. Die Ernährungsberater/innen müssen durch Organisationen und Netzwerke in ihrer Arbeit unterstützt werden.

Vorsitz: R. Doßmann, Bad Mergentheim

09.45 – 10.30 **Themenübergreifender Vortrag**
Krebs und Psyche
A. Werner, Mainz

Update Lebererkrankungen

Vorsitz: P. Galle, Mainz
C. Reichel, Bad Brückenau

11.00 – 11.20 Update Virushepatitis
M. Schuchmann, Mainz

11.25 – 11.45 Update Lebertransplantation
H. Lang, Mainz

11.45 – 12.05 Rehabilitation nach Lebertransplantation
G. Oehler, Mölln

12.05 – 12.25 Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Lebererkrankungen
M. Rohwetter, Berlin

Krebs und Psyche

A. Werner, Mainz

Ärztinnen und Ärzte kennen viele Menschen, die an Krebs erkrankten. Schicksale von Alten und von Jungen, von Vätern oder Müttern, Ehepartnern oder Eltern sind präsent. Das Erschrecken und das Entsetzen dieser Menschen und ihrer Angehörigen bei der Diagnosemitteilung, die Wut und die Verzweiflung, den Schmerz und die Ohnmacht wird nicht selten miterlebt und miterlitten. Immer wieder stellen diese Betroffenen aber auch deren Angehörige die Frage nach dem Warum, die Schuldfrage?

Es beginnt ein schmerzlicher Prozess der Suche nach den krankheitsauslösenden Gründen. Jeder Patient hat eine Vorstellung über das Entstehen von Krankheiten, auch das Entstehen von Krebs. Dieser Versuch einer Erklärung für das Unfassbare ist ein wesentlicher Teil der Krankheitsverarbeitung. Diese „Subjektive Krankheitstheorie“ zu erkennen und ernst zu nehmen ist ein wichtiger Faktor bei der Zusammenarbeit des Patienten mit seinen Behandlern.

In den letzten Jahrzehnten haben sich zahlreiche Forschungen mit dem Thema psychischer Faktoren bei der Entstehung von Krebs beschäftigt. Es wurden Persönlichkeitsprofile beschrieben, bei deren Vorliegen sich eine Krebserkrankung entwickeln kann. Eindeutige Ergebnisse ließen und lassen sich daraus nicht ableiten.

Dafür gibt es keinen Zweifel mehr über den Nutzen und die Notwendigkeit einer psychoonkologischen Versorgung mit dem Beginn der Erkrankung. Die neueren Forschungsergebnisse konnten nachweisen, dass durch psychoonkologische Unterstützung Verzweiflung, Depression und Angst reduziert, dass Lebensmut, Lebensqualität und Bewältigungsstrategien verbessert bzw. aufgebaut werden. Zusätzlich lassen diese Ergebnisse die Vermutung zu, dass durch gezielte psychoonkologische Interventionen das körperliche Befinden und die Immunkompetenz verbessert werden.

Dadurch ist der Ruf nach psychoonkologischer Betreuung von Tumorpatienten in den letzten Jahren mehr und mehr in das Blickfeld gerückt worden: durch die Wünsche der Betroffenen

selbst, ihrer Angehörigen und der Selbsthilfegruppen, aber auch verstärkt durch das Interesse der Behandler.

Die psychoonkologische Versorgung setzt in der konkreten Belastungssituation des Patienten ein. Das sind die Phasen der Diagnostik und Therapie, der Rehabilitation und der ambulanten wohnortnahen Behandlung.

Die Aufgaben der psychoonkologischen Versorgung bestehen im Erkennen und Behandeln von Notlagen bei Betroffenen und deren Umfeld. Ein wichtiges Ziel der psychoonkologischen Betreuung besteht darin, dass der betroffene Patient wieder selbstständig und handlungsfähig wird, um die Auswirkungen der Erkrankung selbstverantwortlich und in Kooperation mit seinen Behandlern zu meistern.

Für eine effiziente psychoonkologische Versorgung bedarf es einer gut vernetzten Struktur. Glücklicherweise ist es den Rehabilitationskliniken gelungen, ein von den Patienten hoch geschätztes Angebot psychoonkologischer Unterstützung zu etablieren. Dies gilt in einigen Bundesländern, wie in Rheinland-Pfalz, auch für die ambulanten Beratungsstellen. Zunehmend werden auch psychosoziale Versorgungsmöglichkeiten an Akutkliniken geschaffen, da sie als Zertifizierungsvoraussetzungen für Organkrebszentren gefordert sind, um den Betroffenen rechtzeitig und unkompliziert den Zugang zur psychosozialen Unterstützung zu ermöglichen. Um dieses differenzierte Angebot auf allen Behandlungsebenen zu gewährleisten, ist eine angemessene Fort- und Weiterbildung aller Behandler kontinuierlich anzubieten bzw. auszubauen. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Gesprächsführung, Vertrautheit mit den Phasen der Krankheitsverarbeitung, Erfahrung mit Symptomen der Angst und Depressivität, Überblick über die Möglichkeiten psychotherapeutischer Intervention gilt es aufzufrischen und zu vertiefen.

Der Mensch in der Krise braucht Hilfe. Ein wichtiger Faktor ist ein Netzwerk multiprofessioneller Unterstützung. Psychoonkologische Arbeit kann nur ein Teil des Netzwerkes sein, eine Erweiterung, je nach den Bedürfnissen und Problemstellungen des einzelnen Patienten.

Rehabilitation nach Lebertransplantation

G. Oehler, Mölln

In Deutschland werden jährlich über 500 Lebertransplantationen durchgeführt. Die wichtigsten Indikationen sind die Folgen der chronischen B- bzw. C-Hepatitis, die cholestatischen Erkrankungen (primär biliäre Zirrhose bzw. primär sklerosierende Cholangitis), sowie Gefäßkomplikationen (Budd-Chiari-Syndrom). Zunehmend wird auch beim Patienten mit toxischer Leberzirrhose die Indikation zur Transplantation gestellt.

Insbesondere durch technische Entwicklungen und durch Fortschritte in der immunsuppressiven Behandlung haben sich die Überlebenszeiten transplantierte Patienten erheblich verbessert. Zunehmend werden daher auch nichtspezialisierte Ärzte bzw. medizinische Einrichtungen in die Langzeitbetreuung dieser Patienten eingeschaltet.

Der Erfolg der Lebertransplantation wird durch zahlreiche Komplikationen gefährdet. 70 % der akuten Organabstoßungen und 50 % der schweren Infektionen ereignen sich in den ersten drei postoperativen Wochen. In der Rehabilitationsphase, d.h. etwa ab der 5. postoperativen Woche werden die Folgen der HBV- bzw. HCV-Reinfektionen, oder die unerwünschten Wirkungen der Immunsuppressiva (Nephrotoxizität, Hypertonie, Diabetes mellitus) erst überschaubar. Mittels Sonographie unter Einschluss der farbkodierten Duplex-Methode lassen sich Serome, Hämatome und Gefäßkomplikationen beurteilen. Die häufig notwendigen Interventionen (z.B. Entlastung eines Seroms) sind heute mit Hilfe der bildgebenden Verfahren auch unabhängig vom Transplantationszentrum durchführbar.

Spezielle therapeutische Interventionen (wie z.B. die Beseitigung der Gallenwegstrikturen) erfordern meistens die Überweisung in das Transplantationszentrum.

Blutspiegelbestimmungen des Cyclosporins bzw. Tacrolimus müssen sichergestellt sein. Die Behandler müssen mit der Erkennung der Rejektion, der Reinfektion und auch der Infektion mit opportunistischen Erregern vertraut sein. Im Falle einer Abstoßungsreaktion müssen Basismaßnahmen (Leberpunktionen, hochdosierte Kortikoidanwendung) auch außerhalb des Transplantationszentrums möglich sein.

Neben der sozialen Reintegration steht während der Rehabilitationsphase die physische Konditionierung durch ein individuell abgestimmte Trainingsprogramm im Vordergrund.

Dem großen Informationsbedürfnis der Patienten muss Rechnung getragen werden, z.B. durch Informationsbroschüren, Vorträge und Einzelgespräche. Die notwendigen Änderungen in der Lebensführung nach Transplantation werden wesentlich besser akzeptiert, wenn sie verständlich begründet werden. Ernährung, Körperhygiene, Umgang mit Haustieren, Auslandsreisen, Impfungen, Sexualität, Kinderwunsch, Immunsuppression, und die Angst vor Abstoßung stehen im Mittelpunkt des Informationsangebotes.

Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Lebererkrankungen

M. Rohwetter, Berlin

Chronische Lebererkrankungen sind weit verbreitet, sie weisen lange Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie hohe Krankheitskosten auf und lassen eine Erwerbsminderungsrente relativ häufig unumgänglich werden. Darüber hinaus gehen Leberkrankheiten regelhaft mit uncharakteristischen und schwer zu beurteilenden Beschwerden und Symptomen einher. Zur verbesserten Transparenz und Nachvollziehbarkeit der sozialmedizinischen Begutachtung hat die Deutsche Rentenversicherung Leitlinien erstellt. Zur Begutachtung bei chronischen Leberkrankheiten liegen Leitlinien zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben und zum Rehabilitationszugang vor.

Im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung werden qualitative Einschränkungen der Leistungsfähigkeit auf der Basis subjektiver Angaben und objektivierbarer Befunde erfasst, um anschließend einen Vergleich von Fähigkeiten des Versicherten und Anforderungen der beruflichen Tätigkeit vornehmen zu können. Danach wird die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben auf unter drei, auf drei bis unter sechs oder sechs bzw. mehr als sechs Stunden/Tag festgelegt. Für die Beurteilung des Rehabilitationszugangs ist neben der Rehabilitationsbedürftigkeit die Rehabilitationsfähigkeit zu beurteilen und die Prognose der Rehabilitation einzuschätzen.

Zukünftig werden die Leitlinien zur sozialmedizinischen Begutachtung der Deutschen Rentenversicherung einem erweiterten Abstimmungsprozess unterworfen, um einen höheren Grad der Evidenzbasierung zu erreichen.

Die sozialmedizinische Bedeutung von chronischen nicht-malignen Leberkrankheiten wird durch die Darstellung der Häufigkeit von Erwerbsminderungsrenten sowie von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Zeit von 2000 bis 2006 untermauert. Angaben zum sozialmedizinischen 2-Jahres-Verlauf bei chronischen Leberkrankheiten weisen auf die ungünstige Prognose dieser Krankheitsgruppe hin.

- Vorsitz: A. Werner, Mainz
R. Buschmann-Steinhage, Berlin
- 11.00 – 11.20 Psychoonkologische Interventionsformen
A. Hornetz, Ludwigshafen
- 11.25 – 11.45 Umgang mit dem Rezidiv
K. Zander, Mainz
- 11.45 – 12.05 Angehörigen - Betreuung
G. Schönefuß, Mainz
- 12.05 – 12.25 Medikamentöse Therapie der reaktiven Depression
C. Derra, Bad Mergentheim

Psychoonkologische Interventionsformen

A. Hornetz, Ludwigshafen

Psychoonkologische Interventionen zielen auf eine Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und der psychischen Befindlichkeit. Durch die Orientierung an individuellen Belastungen des Patienten bei gleichzeitiger Förderung der personalen und sozialen Ressourcen, soll die subjektive Lebensqualität des Patienten erhalten und nach Möglichkeit verbessert werden. Spezifische Ziele einer Intervention ergeben sich aus der Situation und den Bedürfnissen des Patienten und reichen von der Erarbeitung von Lebenszielen bis zur Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. Hierzu können edukative und symptomorientierte Maßnahmen sowie psychotherapeutische Verfahren zum Einsatz kommen. Neben Einzelgesprächen haben auch Gruppenangebote durch ihre spezifischen Wirkfaktoren einen hohen Stellenwert in der Psychoonkologie.

Angehörigen-Betreuung

G. Schönefuß, Universitätsfrauenklinik Mainz

Eine onkologische Erkrankung trifft nicht nur die Patienten selbst, sondern erschüttert ebenso die sozialen Systeme, in die die Patienten eingebunden sind. Die Rollen im System können von den Patienten – zumindest vorübergehend – nicht mehr bzw. nicht mehr wie sonst erfüllt werden. Eine Umverteilung der Aufgaben im System, manchmal sogar eine Neudefinition ist kurzfristig erforderlich. Für eine erfolgreiche Änderung ist eine gute Kommunikation zwischen allen Beteiligten sehr wichtig, um negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und Überlastungen zu minimieren.

Oft sind Angehörige durch Angstgefühle, Schlaflosigkeit, innere Unruhe oder Reizbarkeit stärker belastet als Betroffene. Sorgen um die Angehörigen sind wiederum eine starke Belastungsquelle für Betroffene! Die Kommunikation in vielen sozialen Systemen ist suboptimal, Ressourcen für eine Neu- oder Umverteilung von Aufgaben sind womöglich limitiert.

Deshalb ist es sehr wichtig, schon sehr früh auch den Angehörigen Krebskranker Unterstützung anzubieten, aktiv nach deren Belastungen zu fragen, ihnen konkrete Hilfsangebote zu machen, ihre kommunikative Kompetenz zu stärken, ihren Umgang mit Gefühlen zu fördern und ihr Verständnis im Umgang mit der Erkrankung zu wecken.

So können Angehörige dabei unterstützt werden, sich im Krankheitsverlauf vom Mitbetroffenen zum Partner im therapeutischen Setting zu entwickeln. Nicht zu vernachlässigen sind aber auch Trainingsangebote für Ärzte, um deren kommunikative Kompetenz im Umgang mit Betroffenen und Angehörigen zu erhöhen, um bereits im ärztlichen Gespräch noch besser entlasten zu können.

Medikamentöse Therapie der reaktiven Depression

C. Derra, Bad Mergentheim

Depressive Störungen sind regelmäßige Begleiterscheinungen maligner Erkrankungen. Die Prävalenz einer schweren depressiven Störung liegt bei onkologischen Patienten zwischen 14 und 16% und ist damit 2 bis 3 mal höher als in der allgemeinen Bevölkerung. Die Gesamthäufigkeit behandlungsbedürftiger Depressivität bei stationären onkologischen Patienten liegt bei ca. 30% (Häuser 2008).

Neuere Metaanalysen zur Wirksamkeit von Antidepressiva sowie Nebenwirkungsstudien haben besonders in den letzten Monaten zu einer Verunsicherung von Ärzten und Therapeuten geführt. Dazu kommt, dass sich in deutschen onkologischen Leitlinien keine Aussagen zu einer psychopharmakologischen Therapie von psychischen Störungen bzw. psychosomatischer Symptome finden (AWMF 2008). Eine amerikanische Leitlinie zur Behandlung depressiver Störungen bei Krebspatienten kommt zu der Einschätzung, dass die Evidenz der Wirksamkeit medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlungen schwach ist (Williams et al 2006). Es gibt keine Evidenz für die Überlegenheit einer Antidepressivaklasse, bei der Therapie sind vor allem potenzielle Nebenwirkungen und unterschiedlichste Arzneimittelinteraktionen zu berücksichtigen.

Bei der Indikation wird man sich vor allem an der klinischen Zielsymptomatik orientieren (antriebssteigernd vs. sedierend, Stimmungsschwankungen, Morgentief, Ängste etc.) und dabei insbesondere auch die Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen (z.B. Kontrollbedürfnis) berücksichtigen (Derra u. Egle 2003). Die Suizidrate von onkologischen Patienten ist bei adäquater Betreuung nicht nennenswert erhöht (Meerwein et al 1998), so dass die Problematik antriebssteigernder Medikamente nicht zu sehr ins Gewicht fällt.

Die medikamentöse Behandlung reaktiver Depressionen wird bei guter Einbettung in eine stabile Arzt-Patient-Beziehung dem Betroffenen eine wertvolle Hilfe sein. Dabei geht es um eine Verbesserung von Lebensqualität und Compliance in der Zusammenarbeit. Zu beachten ist jedoch, dass eine undifferenzierte zu breit angelegte Indikationsstellung die Gefahr birgt, dass notwendige Trauerprozesse übersehen werden und vorschnell mit Antidepressiva zugedeckt werden.

Therapie des kolorektalen Karzinoms

- Vorsitz: A. Brechensbauer, Speyer
U. Gärtner, Bad Gandersheim
- 14.00 – 14.20 Adjuvante Therapie des kolorektalen Karzinoms
R.D. Hofheinz, Mainz
- 14.20 – 14.40 Palliative Therapien des kolorektalen Karzinoms
J. Siebler, Mainz
- 14.40 – 15.00 Supportive Therapien des kolorektalen Karzinoms
H. Link, Kaiserslautern
- 15.00 – 15.20 Kosten der Antitumor - Therapie in der Rehabilitation
D. Berger, Bochum

Adjuvante Therapie des kolorektalen Karzinoms

D. Hofheinz, Mannheim

Voraussetzung für eine adjuvante Therapie ist die R0-Resektion des Primärtumors. Zur Festlegung eines pN0-Status sollen 12 oder mehr regionäre Lymphknoten untersucht werden. Für Patienten mit einem kurativ resezierten Kolonkarzinom im Stadium I ist eine adjuvante Chemotherapie nicht angezeigt.

Allgemeine Kontraindikationen gegen die Durchführung einer adjuvanten Therapie sind: Allgemeinzustand schlechter als WHO 2, unkontrollierte Infektion, Leberzirrhose Child B und C, schwere koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz NYHA III und IV, (prä)terminale Niereninsuffizienz, eingeschränkte Knochenmarksfunktion, andere, die Lebenserwartung bestimmende Komorbiditäten, Unvermögen, an regelmäßigen Kontrolluntersuchungen teilzunehmen.

(i) UICC-Stadium III

Bei Patienten in diesem Stadium ist eine adjuvante Chemotherapie indiziert.

Die Chemotherapie sollte Oxaliplatin-basiert sein. Empfohlene Schemata: FOLFOX oder FLOX. Die MOSAIC-Studie (2.246 Patienten) verglich eine adjuvante Chemotherapie bestehend aus 5-FU/Folinsäure (LV5FU2) mit dem FOLFOX-4 Schema (LV5FU2 + Oxaliplatin 85 mg/qm² alle 2 Wochen über 12 Zyklen) im Stadium II und III. Die FOLFOX-4 Chemotherapie führte zu einer signifikanten Verbesserung des krankheitsfreien Überlebens gegenüber der LV5FU2-Chemotherapie (73,3 vs 67,4%, p=0,003). Betrachtet man das Stadium III, ergibt sich für die FOLFOX-4 Chemotherapie ein Unterschied im krankheitsfreien Überleben um 7,5% Prozentpunkte. Auch das Gesamtüberleben wird im Stadium III durch die FOLFOX4 Chemotherapie um 4,4% Prozent signifikant verbessert (p=0,029). In einer zweiten Studie (NSABP-Studie C-07) wurden 2407 Patienten im Stadium II (28,6%) oder im III eingeschlossen und erhielten entweder das Roswell-Park-Schema mit wöchentlicher 5-FU/Folinsäure Bolusgabe (3 Zyklen a jeweils 8 Wochen) oder das gleiche 5-FU/ Folinsäure-Schema mit Oxaliplatin 85mg/m² in Woche 1, 3 und 5 im achtwöchentlichen Rhythmus (FLOX-Schema). Auch in dieser

Studie konnte das krankheitsfreie Überleben nach 4 Jahren verbessert werden (73,2% für die FLOX-Gruppe und 67,0 % für Patientengruppe, die lediglich mit 5-FU/Folinsäure behandelt wurde).

Bei *Kontraindikationen gegen Oxaliplatin-haltige Regime* soll eine Monotherapie mit Fluoropyrimidinen durchgeführt werden. Dabei werden orale Fluoropyrimidine wie Capecitabin den infusionalen Schemata vorgezogen.

Bolusregime sollen wegen der höheren Toxizität *nicht mehr verwendet werden*.

(ii) UICC-Stadium II

Bei Patienten mit einem kurativ resezierten Kolonkarzinom im Stadium II *kann* eine adjuvante Chemotherapie durchgeführt werden. Der absolute Nutzen einer adjuvanten Therapie im Stadium II ohne Risikofaktoren liegt absolut zwischen 2 und 5%. Die Analyse von 7 randomisierten Studien, die eine adjuvante Chemotherapie mit einer alleinigen Operation verglichen, zeigte eine signifikante Verbesserung für das 5-Jahres krankheitsfreie Überleben (DFS) (72 versus 76%; $p=0,049$), aber nicht für das 5-Jahres Gesamtüberleben (80 versus 81%; n.s).

Die britische *QUASAR-Studie* ist die für diese Fragestellung größte Einzelstudie. Hier war das Relative Risiko für einen Tod jedweder Ursache in der Therapiegruppe signifikant geringer als in der Beobachtungsgruppe. Der absolute Überlebensvorteil entsprach in etwa 2%. Die Studie wird jedoch wegen des Einschlusses von Kolon- und Rektumkarzinomen sowie wegen der Behandlung von 9% Patienten, die nicht ins Stadium II fielen, kritisiert. Hinsichtlich der Bedeutung dieser Studie für die so definierte "Hochrisikosituation" (z.B. T4-Tumoren, Notfalloperation etc.) kann keine Empfehlung abgeleitet werden, da lediglich für ca. 20% der Patienten Daten für die T-Kategorie und/oder eine vaskuläre Invasion vorliegen.

Sollte bei Patienten mit Stadium II-Tumoren eine adjuvante Chemotherapie durchgeführt werden, können *Fluoropyrimidine als Monotherapie* eingesetzt werden.

Für den Einsatz von *Oxaliplatin im Stadium II* liegen *keine überzeugenden Daten* vor. In der oben bereits erwähnten Mosaic-Studie wurde für die Untergruppe der Dukes B Patienten weder eine signifikante Verbesserung des krankheitsfreien Überlebens noch ein Überlebensvorteil für die zusätzlich mit Oxaliplatin behandelten Patienten belegt.

Zusammenfassend lässt sich damit ein *obligater Einsatz der adjuvanten Chemotherapie im Stadium II nicht ableiten*. Aufgrund der positiven Ergebnisse der QUASAR Studie kann jedoch – unter Berücksichtigung der methodischen Mängel der Studie – der Nutzen einer adjuvanten Therapie im Stadium Dukes B ohne Risikofaktoren nicht ausgeschlossen werden. Deshalb sollte eine Therapie in diesem Stadium zumindest in Betracht gezogen werden bzw. das Für und Wider einer solchen Therapie mit dem Patienten erörtert werden.

Palliative Therapien des kolorektalen Karzinoms

J. Siebler, Mainz

Die Therapieoptionen in der palliativen Situation des metastasierten kolorektalen Karzinoms haben sich in den letzten zehn Jahren durch neue Chemotherapeutika wie Irinotecan und Oxaliplatin als auch durch zielgerichtete Substanzen wie Bevacizumab und Cetuximab erhöht. Dies führte zu einer Verbesserung des progressionsfreien Überlebens und des Gesamtüberlebens.

Aufgrund der gestiegenen Optionen stellt sich die Frage nach der sinnvollen Aggressivität der Erstlinientherapie. Diese Frage muss vor dem Hintergrund verschiedener Faktoren beantwortet werden: Option einer sekundären Resektabilität, Allgemeinzustand des Patienten, Biologie des Tumors. Liegen potentiell resektable Lebermetastasen bei ausreichendem Allgemeinzustand vor, sollte primär eine Kombinationstherapie erfolgen. Koopman und Mitarbeiter verglichen eine Kombinationstherapie aus Capecitabin und Irinotecan (Arm B) gegen eine Monotherapie mit Capecitabine (Arm A) als Erstlinientherapie (1). Bei Therapieversagen wurde Capecitabin durch Irinotecan, in der Kombinationstherapie wurde Irinotecan durch Oxaliplatin ersetzt. Sowohl hinsichtlich des progressionsfreien Überlebens als auch im Bezug auf das Gesamtüberleben zeigte sich kein Unterschied zwischen den beiden Therapiearmen bei verringerter Toxizität der Monotherapie in der Erstlinie. Anzumerken ist, dass ca. 90% der Patienten einen guten bis sehr guten Allgemeinzustand aufwiesen (PS 0-1). Eine von Goldberg et al. im Rahmen der ASCO 2007 vorgestellte retrospektive Analyse mehrerer Phase III-Studien legte dar, dass Patienten in reduziertem Allgemeinzustand (ECOG 2) von einer primären Kombinationstherapie profitieren (2). Vergleichbare Daten zur CAIRO- Studie hinsichtlich des medianen Überlebens lieferte der FOCUS-TRAIL, bei dem ebenfalls eine Sequenz aus Monotherapie und bei Progress Kombinationstherapie mit einer Kombinationstherapie bereits in der Erstlinie verglichen wurde (3). Aus diesen Studien kann abgeleitet werden, dass nicht in jedem Fall eine Kombinationstherapie in der Erstlinie angewendet werden muss, insbesondere wenn keine Aussicht auf sekundäre Resektabilität besteht.

Aufgrund der steigenden Therapieoptionen kommt es zu einer Zunahme der verabreichten Therapiezyklen und der damit verbundenen Nebenwirkungen. Aus diesem Grund rückt zunehmend die Frage nach einer Deeskalation oder einer Therapiepause in den Vordergrund. Die 2006 publizierte OPTIMOX-1 Studie konnte zeigen, dass eine geplante Deeskalation eines FOFLOX4-Schemas auf ein 5-FU/LV Schema mit anschließender erneuter Therapieintensivierung einer kontinuierlichen FOLFOX4-Therapie nicht unterlegen ist (4). In der Folgestudie OPTIMOX-2 wurde nach einer dreimonatigen FOLFOX-7-Induktionstherapie eine Therapiepause bis zum Progress mit anschließender Reinduktionstherapie durchgeführt und mit dem OPTIMOX-1 Schema verglichen (5). Patienten, bei denen die geplante Therapiepause durchgeführt wurde, wiesen im Median ein um sieben Monate geringeres Überleben als die Patienten auf, bei denen eine Erhaltungstherapie durchgeführt worden war (OPTIMOX-1 Arm). Die Frage einer Therapiedeeskalation untersuchte ebenfalls der auf der ASCO 2008 vorgestellte CONcept-TRIAL (6). Hier wurde analysiert, ob Patienten mit einem intermittierenden Oxaliplatin-haltigen Schema (FOLFOX-Bevacizumab, Arm A) länger therapiert werden können als mit einer Oxaliplatin-haltigen Therapie (Arm B) bis zum Progress. Unerwünschte Nebenwirkungen waren die häufigste Ursache für ein Therapieversagen, signifikant häufiger im Arm B. Zudem war die Zeit bis zum Therapieversagen im Arm A um 7 Wochen statistisch signifikant länger als im Arm B.

Die Ergebnisse dieser Studien legen nahe, dass eine Deeskalation einer Oxaliplatin-haltigen Therapie möglich ist, eine Therapiepause wie sie im OPTIMOX-2 Schema durchgeführt wurde, derzeit aber nicht empfohlen werden kann.

Der Einsatz sogenannter zielgerichteter Substanzen kann zu einer Verbesserung der Therapie des metastasierten kolorektalen Karzinoms führen, ist jedoch mit Nebenwirkungen verbunden und führt zu einer deutlichen Kostensteigerung. Vor diesem Hintergrund gewinnen prädiktive Marker, die ein Therapieansprechen vorhersagen können, zunehmend an Bedeutung. Aus mehreren kleineren Studien war bereits bekannt, dass der Mutationstatus des *K-ras*-Gens für den Erfolg einer gegen den EGF-Rezeptor gerichteten Therapie von Bedeutung ist. Die Analyse der OPUS-Studie (Phase II, FOLFOX+/-Cetuximab) und der CRYSTAL-Studie (Phase III, FOLFIRI+/-Cetuximab) belegen ein signifikant besseres progressionsfreies Überleben für Patienten, bei denen keine *K-ras* Mutation vorliegt (8, 9). Cetuximab erhielt deshalb von der EMEA im Juni 2008 die Zulassung für die Erstlinientherapie des kolorektalen Karzinoms bei Patienten, bei denen ein *K-ras* Wildtyp-Status vorliegt. Die Analyse des Mutationsstatus ist also wie bereits für die Therapie mit dem humanisierten Anti-EGFR-Antikörper Panitumumab Voraussetzung vor möglichem Therapiebeginn.

Supportivtherapie bei onkologischer Therapie

H. Link, Kaiserslautern

Antiemetische Prophylaxe

Übelkeit und Erbrechen zu vermeiden, die durch Chemotherapie oder Strahlentherapie hervorgerufen werden, ist eine essentielle supportive Maßnahme in der Onkologie. Die American Society of Clinical Oncology (ASCO) und die Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC), haben Leitlinien zur Prävention und Kontrolle von Übelkeit und Erbrechen entwickelt.

Zuerst muss das emetogene Potential der Chemotherapie bestimmt werden. Das Zytostatikum mit dem höchsten emetogenen Potential zählt, es gibt keinen additiven Effekt durch weitere Zytostatika.

Febrile Neutropenie, Infektionen bei Neutropenie

Wichtigster Hinweis auf eine Infektion bei neutropenischen Patienten ist das Auftreten von Fieber (febrile Neutropenie: FN). Eine febrile Neutropenie ist folgendermaßen definiert: Durch eine erhöhte orale Temperatur ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) bei gleichzeitig erniedrigter Granulozyten-Konzentration ($< 500/\mu\text{l}$ bzw. $< 1000/\mu\text{l}$, wenn ein Absinken auf Werte unter $500/\mu\text{l}$ in den folgenden 48 Stunden absehbar ist). Fieber im Rahmen einer chemotherapie-assoziierten Neutropenie ist in über 95% der Fälle auf eine Infektion zurückzuführen. Dennoch lässt sich bei 50–70% der Patienten kein Erreger nachweisen. Der sofortige Einsatz von Breitspektrum-Antibiotika ist daher erforderlich, um der Weiterentwicklung zu einer potenziell lebensbedrohlichen Infektion vorzubeugen bzw. sofort und effektiv zu behandeln.

Zu den wichtigsten Determinanten des FN-Risikos gehören der Chemotherapie-Typ sowie die Dosisintensität. Kombinations-Chemotherapien erhöhen das Risiko im Vergleich zu Monotherapien, ebenso die Therapie mit stark myelotoxischen oder schleimhauttoxischen Zytostatika. Als signifikante Prädiktoren für schwere bzw. febrile Neutropenien wurden hochdosiertes Cyclophosphamid sowie hoch dosierte Anthrazykline (beim frühen Mammakarzinom) beschrieben.

Die aktuellen NCCN-, ASCO- bzw. EORTC-Leitlinien empfehlen, G-CSF bereits bei einem **Risiko der febrilen Neutropenie $\geq 20\%$** einzusetzen, basierend auf randomisierten Studien. Diese Studien zeigen hinsichtlich der Rate febriler Neutropenien, dass Patienten mit einem FN-Risiko zwischen 20% und 40% von G-CSF signifikant profitieren.

Wird eine Chemotherapie geplant, die ein moderates FN-Risiko (10–20%) induziert, empfehlen NCCN, ASCO und EORTC, vor jedem Chemotherapie-Zyklus das individuelle FN-Gesamtrisiko zu beurteilen und dabei patienten- bzw. tumorbezogene Risikofaktoren zu berücksichtigen.

Anämie

Patienten mit bösartiger Erkrankung leiden häufig an Blutarmut, die klinische Symptome hervorrufen kann[3]. Ursachen können sowohl in der Tumorkrankheit als auch in der Tumortherapie liegen. Die Anämiewahrscheinlichkeit beträgt je nach Tumortyp und -stadium bereits bei Diagnose solider Tumoren ca. 50%[3]. Anämien treten bei 70,8% der Patientinnen mit Mammakarzinom im Laufe der Chemotherapie auf [4].

Die häufigste Anämieform, nach der Eisenmangelanämie, ist die durch Aktivierung des Immunsystems ausgelöste Anämie bei chronischen Erkrankungen (ACD, anemia of chronic disease)[5]. Als Ursachen der ACD kommen neben akuten oder chronischen Infektionen, Autoimmunopathien, Entzündungen im Rahmen chronischer Nierenerkrankungen, insbesondere Tumorerkrankungen (sowohl hämatologische Neoplasien als auch solide Tumoren) in Betracht. Chemo- bzw. Strahlentherapien induzieren Anämien infolge ihres myelosuppressiven Effekts, platinhaltige Chemotherapien möglicherweise zusätzlich über eine Nierenschädigung. Dosisintensivierte bzw. dosisdichte Therapien sind mit einem höheren Anämierisiko assoziiert als konventionelle Therapien.

Therapie: Erythrozytenkonzentrate bei Anämiesymptomatik, gegebenfalls Erythropoese-stimulierende Faktoren (Darbepoetin oder Erythropoetin).

Für die aufgeführten Supportivmaßnahmen gibt es ausführliche Leitlinien internationaler und nationaler Fachgesellschaften, wie z.B. von der Deutschen Krebsgesellschaft mit der Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Sozialmedizin und Rehabilitation – ASORS (www.asors.de). Die Supportivtherapie ist ein essentieller und unverzichtbarer Bestandteil der Onkologie, der auch in den Budgets von Kliniken und Praxen berücksichtigt werden muss.

Donnerstag, 12. Juni 2008

Der adipöse Mensch im Arbeitsleben

Vorsitz: B. Kluthe, Freudenstadt
T. Tuschhoff, Bad Mergentheim

14.00 – 14.20 Der adipöse Mensch auf dem Arbeitsmarkt
R. Tillmann, Mainz

14.20 – 14.40 Adipositas - Therapie während der Berufsförderung
T. Wronski, Vallendar

14.40 – 15.00 Adipositas - Therapie im jugendlichen Alter
J. Oepen, Bad Kreuznach

15.00 – 15.20 Sozialmedizinische Aspekte der Adipositas
I. Ueberschär, Leipzig

Der adipöse Mensch auf dem Arbeitsmarkt

R. Tillmann, Mainz

Adipositas ist ein international interessierendes Krankheitsbild mit Auswirkungen auf berufliche Perspektiven und Karrierechancen.

Welche Einflüsse wirken auf das Übergewicht und seine Auswirkungen auf den Beruf?

- 2 Beispiele

- In den 90er Jahren wurden Stoffwechselstörungen und Adipositas nicht gesondert ausgewertet.

2003 waren 1,6% der bundesweiten Erstdiagnosen Stoffwechselstörungen und Adipositas

2007 1,5% der Erstdiagnosen Adipositas und Stoffwechselstörungen

Vom Gefühl her sind in den letzten 3 Jahren wesentlich mehr extrem adipöse Kunden hinsichtlich der generellen Frage Erwerbsfähigkeit zu begutachten.

Früher alle Waagen bis 150kg, jetzt neu beschaffte Waagen in der Regel bis 180/ 200 kg

Leider sind die Einflußmöglichkeiten eher gering, im wesentlichen Anbahnung von Kontakten zu Beratungsstellen u.ä.

Adipositas-Therapie während der Berufsförderung

T. Wronski, Vallendar

Berufsförderungswerke sind gem. § 35 SGB IX neben den Berufsbildungswerken die spezifischen Anbieter im Rahmen der beruflichen Rehabilitation für Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen ihrer bisherigen Tätigkeit nicht mehr nachgehen können, oder bei denen dies zu erwarten ist (Teilhabe am Arbeitsleben). Sie bieten umfassende Dienstleistungen an, die neben der Rehabilitation zunehmend auch die Prävention und die nachgelagerte Integration in den Arbeitsmarkt einschließen. Im Rahmen der Rehaplanung findet üblicherweise ein Assessment statt, das die beruflichen Möglichkeiten des Einzelnen, seine Chancen und eventuell vorhandene Defizite bzw. potentielle Vermittlungshemmnisse abklärt. Dabei werden auch konkrete Empfehlungen zur gezielten Förderung der Klienten erarbeitet. Die Adipositas hat gegenwärtig als Diagnose bei der Klientel des CJD Berufsförderungswerkes Koblenz einen Anteil von 24 % (BMI > 30). Werden sonstige Übergewichtige mit einbezogen, so steigt der Anteil auf 60 % (BMI > 25).

Das Vorliegen einer Adipositas muss als potentielles Integrationshemmnis gesehen werden und beeinträchtigt daher unmittelbar das Ziel der beruflichen Rehamaßnahme. An die kaum zu verbergende Wahrnehmung der Adipositas sind bei der Suche nach einer konkreten Arbeitsstelle seitens der Arbeitgeber Vermutungen über geminderte Leistungsfähigkeit und ein zu erwartendes erhöhtes Krankheitsrisiko geknüpft. Diese Annahmen werden durch objektive Untersuchungen gestützt. Das Problem massenhaften Übergewichts und der Adipositas wird wegen seiner weitreichenden volkswirtschaftlichen Konsequenzen permanent öffentlich diskutiert, wodurch die Betroffenen immer stärker unter Druck geraten. Die Bundesregierung hat wegen der großen Bedeutung des Übergewichts und gar der Adipositas bereits einen „Nationalen Aktionsplan“ in Arbeit. 37 Millionen Erwachsene und 2 Millionen Kinder und Jugendliche sind betroffen. Damit belegt Deutschland innerhalb der EU den traurigen Spitzenplatz.

Im Zweifel wird sich ein Arbeitgeber bei entsprechendem Arbeitskräfteangebot unter sonst gleichen Bedingungen für einen Bewerber entscheiden, der augenscheinlich das Problem Adipositas nicht hat. Im CJD Berufsförderungswerk Koblenz wollten wir der Problematik mit einem interdisziplinären Förderprogramm begegnen. Seit Februar 2008 läuft das Pilotprojekt „Multimodale Adipositas therapie“ (M-ATP). Die Adipositasproblematik wird idealerweise bereits im Assessment, einem komplexen Verfahren zur beruflichen Eignungsfeststellung, frühzeitig als Vermittlungshemmnis mit den Betroffenen thematisiert und es erfolgt im Vorfeld der eigentlichen Rehamaßnahme die konkrete Zuweisung zum M-ATP in Form einer Zielvereinbarung. Soweit freie Plätze vorhanden sind, können fakultativ auch Personen ab BMI 25 teilnehmen.

In das Programm werden nur Personen aufgenommen, die eine zweijährige Ausbildung durchlaufen, so dass eine wirkliche Langzeitbegleitung möglich ist. Hierin sehen wir die besondere Chance: Eine veränderte Lebensweise kann sukzessive und mit realistischen Teilzielen angestrebt werden. Nicht die massive Gewichtsreduktion, sondern der Aufbau „guter Gewohnheiten“ steht im Vordergrund (etwa regelmäßige Bewegung im Alltag, explizites Bewegungstraining, Stimuluskontrolle, Aufbau belohnender und tröstender Alternativen, „Verschriftlichung“, Reflektion vor Aktion usw.).

Das Programm umfasst eine 10-wöchige Intensivphase und eine sich über die Gesamtdauer der Qualifizierung hinstreckende Langzeitphase. Die Betreuung erfolgt durch Fachleute aus den Bereichen Ernährungsberatung, Küche, Physiotherapie, Sozialdienst, Psychologie, Medizin.

Nachdem die erste Gruppe ihre Intensivphase durchlaufen hat, liegen ermutigende Ergebnisse vor, soweit die Gewichtsreduktion hier als Kriterium herangezogen wird. Acht von elf Teilnehmern war es möglich abzunehmen. Die bisherigen Erkenntnisse deuten darauf hin, dass im Modul Bewegungstraining ein stärkerer Grad der Verbindlichkeit erreicht werden muss, damit die Angebote im notwendigen Umfang genutzt werden. In der Pilotgruppe sind zudem Teilnehmer, mit denen nur zu einem geringen Teil bereits über das Assessment eine Zielvereinbarung abgeschlossen werden konnte und die bereits im Ausbildungsprozess waren, als sie angesprochen und für das Programm empfohlen wurden. Dies hat sich unseren Eindrücken nach auf die Motivation zur Mitarbeit eher negativ ausgewirkt. Allerdings liegen dazu noch keine Vergleichswerte vor. Viele Teilnehmer fühlen sich unter Druck gesetzt und es ist daher zur Vermeidung starken Widerstandes wichtig, deutlich vor allem die Vorteile einer Gewichtsreduktion herauszuarbeiten, nicht die Nachteile der Adipositas.

Adipositas therapie mit Jugendlichen

J. Oepen, Bad Kreuznach

Adipositas bei Jugendlichen ist neben organischen Komorbiditäten (Asthma bronchiale, Typ 2 Diabetes mellitus, orthopädische Überlastungsfolgen, obstruktive Schlafapnoe u. a.) gekennzeichnet durch die hohe psychosoziale Belastung. Im Bedingungsgefüge spielt eine zunehmende Inaktivität mit Rückzugsverhalten und Immobilität als Startfaktoren aber vor allem als aufrechterhaltende Aspekte im Krankheitsgeschehen eine herausragende Rolle. Angebote zur Minderung der Adipositas und ihrer Folgerisiken müssen berücksichtigen, für welche Änderungen die Jugendlichen eher zu gewinnen sind (oder sogar Begabungen und Ressourcen mitbringen).

Partizipation in Form von Mitsprache, Mitwirkung, Mitbestimmung /Vertretung erfolgt bei Kindern und Jugendlichen oft bzw. überwiegend über Mittler (Erziehungsberechtigte).

Teilhabe und Aktivitäten bei Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind in besonderem Maße immer auch gekennzeichnet durch den Entwicklungsaspekt und sozialen Kontext, also Stadt/Dorf, Migrationsfamilie, soziale Schicht, Bildung(sangebote) u. a.. Dabei sind auch die teilweise gegensätzlichen Bedürfnisse der Kinder bzw. Jugendlichen/jungen Erwachsenen einzubeziehen – mit der Unterscheidung, dass „Bedürfnis“ nicht gleichzusetzen ist mit aktuellem Einfall/ Impuls des Moments oder „objektivem“ Bedarf. Wir orientieren uns hier gemäß der folgenden Aufzählung:

1. Physiologische Bedürfnisse (Nahrung, Schlaf usw.) – Aufschieben lernen
2. Bindung und Stabilität der sozialen Umwelt erfahren und verinnerlichen,
3. Orientierung erhalten – und aufnehmen lernen

4. Autarkie und Integration erlernen, (sind z.T. in sich widersprüchliche Ziele)
5. Lernen als Lebenswelt
6. Unterstützung im familiären Umfeld, Peers, übergeordnete Gruppen
7. Beeinträchtigung durch Beschwerden mindern

In der stationären Rehabilitation nach § 31 SGB VI oder § 40 SGB V werden in einer Verhaltensbeobachtung in einem alltagsähnlichen Setting (vor mit allem Gruppenaktivitäten) diese Aspekte individuell herausgearbeitet und eine Planung erarbeitet, die eigene Aktivitäten, Therapien und andere Hilfen für die nächsten Monate in einer Hypothese zur weiteren Entwicklungsförderung zusammenfasst. Ein gemeinsames Rahmenkonzept von GKV und DRV wurde 2008 von der BAR als Herausgeber in einer aktualisierten Fassung als Grundlage der Rehabilitationsplanung und Durchführung publiziert. Die Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Rehabilitation und Prävention hat indikationsbezogene Leitlinien publiziert, die die konkrete ärztlich geleitete Rehabilitationsarbeit darstellen.

Im Viktoriastift Bad Kreuznach haben wir 2008 begonnen, mit einem Zusatzmodul, das die bevorstehende oder begonnene Berufsfindungsphase zum Inhalt hat, da die beruflichen Einschränkungen und Grenzen sich bei den Betroffenen eher stärker auswirken als bei anderen nicht mit Entwicklungsbehinderungen betroffenen Jugendlichen, dieser Aspekt aber in den klassischen Adipositasbildungsprogrammen (z. B. n. Warschburger et al.) nicht so deutlich fokussiert wird.

„Spiel das Leben!“ ist die deutsche Übersetzung des kanadischen Spiels „The Real Game“. Schülerinnen und Schüler probieren darin spielerisch aus, was in der Arbeitswelt und im Erwachsenenleben auf sie zukommen kann und wie sie an wichtige Entscheidungen am besten herangehen. „The Real Game“ wird seit 1990 in zehn Staaten erprobt. Gemeinsam mit der Bundesagentur für Arbeit hat die Agentur P:S-W Partner:Schule-Wirtschaft „The Real Game“ übersetzt und für Deutschland optimiert. „Spiel das Leben!“ wird seit 2005 an Schulen in Berlin erprobt und soll bundesweit eingesetzt werden. Das Viktoriastift hat eine erste Adaptation an das Reha-Setting begonnen.

Bisher sind 6 Durchgänge erfolgt (aktuell läuft der 7.) mit 89 Teilnehmenden (in Gruppen von ca. 15 Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen). Es ergab sich eine **sehr gute bis gute Resonanz**: 88% in den zwei Kategorien „empfehlenswert“ und „teilweise empfehlenswert“. Als besonders hilfreich werden besonders 2 Themen bewertet: Der „**Realitätscheck**“: Ein Abgleich zwischen eigenen Wunschvorstellungen und tatsächlichen realen finanziellen Mitteln / Möglichkeiten (gemessen an der jeweils zugelosten Berufsrolle) und die „**Bewerbungsgespräche**“, bei denen jeder Teilnehmende direkte Rückmeldung zu Auftreten, Verhalten etc. im Anschluss an ein Rollenspiel erhält.

Genau diese zwei Themen erfordern aber auch ein erhöhtes Ausmaß an Hilfestellung, weshalb sich bei uns in diesen Einheiten eine Doppelbesetzung der Schulenden bewährt hat, um in den Kleingruppen praktische Unterstützung geben zu können.

Eine weitere Vertiefung der praktischen Übung ist von uns angedacht: (Bewerbung und Verfassung eines Lebenslaufes), außerdem **Referenten** aus Wirtschaftsbranchen einzuladen (evtl. aus dem Stiftungsrat der Klini), um die Thematik möglichst realitätsnah zu gestalten. („Fragen an den Firmenchef“/ „Fragen an den Personalchef“).

Schlussfolgerungen zur Gruppenzusammensetzung: Das ursprüngliche Vorhaben einer „inhomogenen Gruppe“ wurde wegen zu großer Diskrepanzen der kognitiven Leistungsfähigkeit zugunsten einer einheitlicheren „Leistungsgruppe“ aufgegeben.

Damit bleiben aktuell Förderschüler noch unberücksichtigt: Auch hier werden im Austausch mit unseren Leitungsträgern geprüft inwiefern es angebracht ist in diesen Bereichen noch weitere Leistungen zur Förderung der Teilhabe adipöser Kinder, Jugendlicher und junger

Erwachsener zu entwickeln. Insgesamt stellt sie die Perspektive bei den (subjektiv besonders wichtigen) psychosozialen Aspekten aber positiver dar als bei der Gewichtsprognose selbst.

Sozialmedizinische Aspekte der Adipositas

I. Ueberschär, Leipzig

Übergewicht und Adipositas sind heute in vielen Industrieländern, so auch in der Bundesrepublik Deutschland, pandemisch. Sie sind Ursache bzw. Risikofaktor für eine Vielzahl chronischer Erkrankungen und Organstörungen, so z.B. für das metabolische Syndrom, für Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems bis hin zu psychosozialen Störungen.

Die Adipositas ist schon heute eines der häufigsten Gesundheitsprobleme in Deutschland, mehr als 50 % der Erwachsenen sind übergewichtig, jeder fünfte ist adipös. Die damit verbundenen direkten und indirekten Krankheitskosten und Krankheitsfolgekosten sind immens und belasten neben den Sozialversicherungskassen den Wirtschaftsstandort Deutschland.

Bei der Verteilung der Adipositas in der Gesellschaft gilt: Je niedriger der soziale Status, desto höher das Körpergewicht.

Dies gilt sowohl für Erwachsene, als auch für Kinder und Jugendliche. Bei Frauen ist interessanterweise der Zusammenhang zwischen niedriger Schulbildung und höherem Körpergewicht noch ausgeprägter als bei Männern.

Da die Adipositas gerade auch bei jungen Menschen in den letzten Jahren dramatisch zugenommen hat, mit weiter steigender Tendenz, wird die Adipositas in Zukunft eine große Herausforderung für das Gesundheitswesen, die Wirtschaft und insbesondere für die Sozialversicherungssysteme in Deutschland darstellen. Die jetzige junge Generation könnte erstmalig seit Jahrzehnten eine schlechtere Lebenserwartung als ihre Elterngeneration aufweisen. Um so mehr überrascht es, dass Übergewicht und Adipositas unter den 20 häufigsten Hauptanliegen, die Anlass für einen Patienten sind, eine Arztpraxis aufzusuchen, nicht erscheinen. Oft werden die Krankheitsfolgen behandelt, ohne die eigentliche Krankheitsursache mit dem Patienten offen anzusprechen und zu minimieren.

Neben einer Kennzeichnung von ungesunden Lebensmitteln, wie sie derzeit in der Politik diskutiert wird, geht es insbesondere darum, den Menschen die Freude und die Notwendigkeit an körperlicher Bewegung zu vermitteln. Dies muss in der Schule beginnen. Hier darf nicht durch Negativerlebnisse (schlechte Zensuren im Fach Sport) die Freude an der körperlichen Bewegung für das ganze weitere Leben kaputt gemacht werden. Gerade im Zeitalter der mentalen Arbeit ist körperliche Aktivität als Kompensation dringend notwendig. Hier müssen primäre, sekundäre und tertiäre Prävention noch intensiviert werden.

Therapiefolgen beim kolorektalen Karzinom

- Vorsitz: R. Diehl, Frankfurt
C. Kuhn, Bad Kreuznach
- 16.00 – 16.20 Therapie der arzneimittelinduzierten Polyneuropathie
T. Vogt, Mainz
- 16.20 – 16.40 Resektion von Lebermetastasen beim kolorektalen Karzinom
C. Wullsteinstein, Frankfurt
- 16.40 – 17.00 Diagnostik der Inkontinenz nach tiefer anteriorer Rektum- Resektion
H. Allgayer, Bad Mergentheim
- 17.00 – 17.20 Sozialmedizinische Bedeutung der rektalen Inkontinenz
H. Pollmann, Bad Neuenahr

Behandlung chemotherapie-induzierter Polyneuropathien

T. Vogt, Mainz

Aufgrund einer meist geringen Permeabilität der Blut Hirn Schranke betrifft die Neurotoxizität von Chemotherapeutika in erster Linie das periphere Nervensystem bzw. die Spinalganglien. Das Risiko eine Polyneuropathie (PNP) zu entwickeln hängt von der Substanz, von der Behandlungsdauer und von der kumulativen Gesamtdosis ab. Klinisch finden sich zumeist sensible Neuropathien, teilweise, insbesondere nach Vincristin treten auch motorische Symptome auf. Pathogenetisch dominieren axonale Störungen, nach Einnahme von Taxanen finden sich Neuronopathien, Oxaliplatin kann zu einer Hyperexcitabilität peripherer Nerven führen. Die Inzidenz solcher Neuropathien beträgt bis zu 70% der behandelten Patienten.

Behandlungsstrategien zielen zum einen darauf, das Auftreten von Neuropathien zu verhindern, bzw. die Dosis-Risiko Kurve nach rechts zu verschieben. Bei manifesten Neuropathien geht das Bestreben dahin, Reizerscheinungen zu lindern. Zur Prävention wurden mehrere Studien durchgeführt, in denen Gaben von Vitamin E bei Taxanen, Amifostine, Glutathion, und N-Acetylcystein bei Oxaliplatin das Risiko des Auftretens einer medikamenteninduzierten PNP verringern konnten. Die Studien wurden allerdings nur zum Teil doppelblind und dann mit relativ geringen Fallzahlen durchgeführt, dass eine endgültige Bewertung noch nicht möglich ist und sich diese Ansätze auch noch nicht in Breite durchgesetzt haben. Keinen Effekt zeigten z.B. Carbamazepin oder der rekombinante human leukemia inhibitory factor. Eine symptomatische Therapie ist zum einen bei schmerzhaften Neuropathien und bei solchen mit Zeichen einer Hyperexcitabilität indiziert. Hier scheint das Antikonvulsivum Prägabalin Mittel der Wahl zu sein.

Neben den medikamentösen Ansätzen sind physikalische Behandlungen (Ergotherapie und Krankengymnastik), sinnvoll, die vor allem auf Bahnungskonzepten durch spezifische Reizmuster basieren. Auch wenn diese Methoden nicht mit wissenschaftlichen Kriterien validiert sind, ist ihre Effektivität empirisch belegt.

Resektionen von Lebermetastasen beim kolorektalen Karziom

C.Wullstein, C.Gog, W.Bechstein, Frankfurt

Die Inzidenz des kolorektalen Karzinoms liegt bei mehr als 70000 Erkrankungen/Jahr in Deutschland. Etwa die Hälfte der Patienten entwickelt im Krankheitsverlauf Lebermetastasen. Nach den interdisziplinären Leitlinien zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms ist die Leberresektion das Verfahren der Wahl für primär resektable Lebermetastasen des kolorektalen Karzinoms. Von allen Lebermetastasen sind etwa 15% primär resektabel. Nach Leberresektion primär resektabler kolorektaler Lebermetastasen sind heute 5-Jahres-Überlebensraten von 30-50% erreichbar. Aus chirurgischer Sicht ist die Leberresektion ein sicheres Verfahren mit einer Letalität von <4% und einer geringen operativen Morbidität. Zur Verbesserung der onkologischen Langzeitergebnisse werden bei resektablen Lebermetastasen neoadjuvant oder adjuvant Chemotherapien, welche überwiegend Oxaliplatin-basiert sind, angeboten. Die Wertigkeit einer perioperativen Chemotherapie ist jedoch für primär resektable Lebermetastasen noch nicht sicher belegt. Kernthema aus heutiger Sicht ist die multimodale Therapie initial nicht resektabler Lebermetastasen. In diesen Situationen kann durch die neuen, hochpotenten Chemotherapien eine palliative Situation sekundär potentiell kurativ werden. In Patienten mit alleiniger Lebermetastasierung kann eine initial nicht-resektable Situation in 10-30% der Patienten in eine sekundär-resektable Situation überführt werden. Die 5-Jahres-Überlebensrate beträgt für diese Patienten etwa 30% und ist damit nur geringfügig schlechter als die von primär resektablen Lebermetastasen. Weitere Maßnahmen zum Erreichen einer sekundär-resektablen Situation im multimodalen Setting sind die Pfortaderembolisation und die mehrzeitige Leberresektion. Allerdings hängt der Erfolg multimodaler Therapien ganz wesentlich von der Erfahrung des behandelnden Zentrums ab, da die Benefit-/Risikoabwägung der verschiedenen Therapieteile individuell schwierig sein kann, aber von entscheidender Bedeutung für ein optimales onkologisches Ergebnis ist. Aus diesem Grunde erscheint es heute notwendig, dass auch initial, aufgrund einer fehlenden Resektabilität von Lebermetastasen, als palliativ eingestufte Patienten für eine Zweitmeinung in einem Leberzentrum vorgestellt werden. Besonders bei Ansprechen der Chemotherapie sollten diese Patienten auch wiederholt in einem Leberzentrum zur Überprüfung des Erreichens einer sekundären Resektabilität vorgestellt werden.

Diagnostik der Inkontinenz nach tiefer anteriorer Rektumresektion

H. Allgayer, Bad Mergentheim

Nach tiefer Rektumresektion wegen Karzinom besteht bei ca. 30% aller Patienten postoperativ eine leichte bis mäßiggradige (inkomplette), bei ca. 10% sogar eine schwere (komplette) Stuhlinkontinenz. Zur Therapieoptimierung ist eine am individuellen Schweregrad und an pathophysiologischen Mechanismen orientierte Diagnostik im Rahmen der Anschlussrehabilitation notwendig. Ausgehend von entsprechenden Studien und eigenen Untersuchungen an Patienten mit unterschiedlichen Schweregraden der Inkontinenz wird ein Algorithmus der Diagnostikschritte vorgeschlagen bestehend aus Anamnese, körperlicher Untersuchung einschließlich digital rektaler Untersuchung, Rektummanometrie, Bestimmung von Wahrnehmungs-, Stuhl- und Schmerzschwelle sowie Endoskopie und anorektaler Endosonographie (EUS). Einer strukturierten Anamneseerhebung mittels validierter Fragebögen und der EUS kommt dabei besondere Bedeutung zu, insbesondere auch

hinsichtlich der Kurz- und Langzeitprognose des zu erwartenden individuellen Therapieerfolges.

Sozialmedizinische Bedeutung der rektalen Inkontinenz

H. Pollmann, Bad Neuenahr

Thema des Beitrags sind die psychosozialen Auswirkungen und sozialmedizinischen Folgen der Stuhlinkontinenz. Hierzu wird ein Überblick über die Symptomatik, die therapeutischen Optionen und die Hilfsmittelversorgung unter dem Blickwinkel der Auswirkungen auf Lebensqualität und Teilhabe gegeben.

Unter Stuhlinkontinenz wird jeder ungewollte Verlust von Stuhl verstanden. Nach der klinischen Symptomatik wird der Verlust von kleinen Mengen (Stuhlschmierer, Stadium 1), größeren Mengen (Stadium 2, Grobverschmutzung) und der vollständige Kontrollverlust (Stadium 3) unterschieden. Die Störung tangiert Scham- und Tabubereiche, Folgen sind eine hohe Dunkelziffer, eine lange Latenz zwischen Beginn der Symptomatik und Diagnosestellung sowie erhebliche psychosoziale Auswirkungen.

Zu berücksichtigen sind die zugrundeliegenden pathophysiologischen Mechanismen: Ein Kontraktionskraftverlust des Sphinkter ani externus bei Descending perineum Syndrom oder eine Verminderung der Reservoirkapazität des Rektums nach resezierenden Verfahren führt zu einer verkürzten Warnungsperiode und/oder imperativem Stuhldrang. Ein Sensibilitätsverlust des Rektums verursacht unbemerkten Stuhlverlust, ein solcher des Anoderms kann zu einer Beeinträchtigung der Diskrimination von Rektuminhalten („falscher Freund“) führen. Eine unvollständige Entleerung des Rektums bei Rektozele, Intussuszeption oder funktioneller outlet-obstruction (sog. Anismus) kann ebenso zu Stuhlschmierer führen wie das geläufigere Hämorrhoidalleiden. Entsprechend der Varianz der Symptomatik sind die psychosozialen und sozialmedizinischen Auswirkungen vielfältig. Vom geringfügig eingeschränkten Aktionsradius (Toilettennähe) bis hin zu völligem Abbruch von Sozialkontakten und Pflegebedürftigkeit reicht das Spektrum.

Die psychosozialen und sozialmedizinischen Folgen der Stuhlinkontinenz sind zumindest teilweise vermeidbar. Anamnese (nach der Inkontinenz fragen!) und subtile Diagnostik (Cave: paradoxe Inkontinenz bei Obstipation) ermöglichen erst therapeutische Optionen. Eine stadiengerechte und pathophysiologisch begründete Therapie und Hilfsmittelversorgung ist hilfreich: Eine bedarfsweise Loperamid-Therapie kann die Lebensqualität der Betroffenen über eine Erweiterung des physischen und sozialen Radius erheblich steigern. Eine anale Irrigation kann den Tagesverlauf wieder planbar machen. Bauliche und organisatorische Maßnahmen (z.B. Toilettenverfügbarkeit) können die Berufsfähigkeit wiederherstellen. Ein Wohnmobil mit Chemikalientoilette kann wieder Reisen ermöglichen. Auch die Anlage eines Colostomas kann in besonderen Situationen Lebensqualität verbessern und die Erwerbsfähigkeit erhalten.

Sofern nicht schwerwiegende neurologische Ursachen (z.B. Demenz, Traumen) vorliegen, ist eine stadiengerechte Therapie möglich und notwendig, um psychosozial und sozialmedizinisch gravierende Auswirkungen zu vermeiden und Teilhabe zu erhalten.

Endoskopie / Hygiene

- Vorsitz: D. Rosemeyer, Bad Driburg
T. Meybier, Bad Soden-Salmünster
- 09.30 – 09.50 Aktuelle Trends in der Endoskopie
R. Kießlich, Mainz
- 09.50 – 10.10 Hygienevorschriften in der Endoskopie
M. Pietsch, Mainz
- 10.10 – 10.30 Problemkeime – eine Gefahr für Patienten und Kliniken?
H. Hof, Mannheim

Hygienevorschriften in der Endoskopie

M. Pietsch, Mainz

Es ist unstrittig, dass die mangelhafte Aufbereitung von Endoskopen ein hohes Risiko für die Übertragung pathogener Mikroorganismen bedeutet. Hierzu liegen umfangreiche Daten und Fallberichte vor. In gleicher Weise sind sich die Experten darüber einig, dass die maschinelle der manuellen Aufbereitung wegen ihrer besseren Standardisierbarkeit prinzipiell vorzuziehen ist. Es kann zwar bei gutem Qualitätsmanagement auch die manuelle Aufbereitung ausreichend effektiv sein. Allerdings ist die Überprüfung der Aufbereitungswirksamkeit hierbei grundsätzlich problematisch. Denn während die manuelle Aufbereitung in jedem Einzelfall ein individueller Vorgang ist, der auch individuell überprüft werden müsste, ermöglicht die standardisierte maschinelle Aufbereitung bei Einhaltung der vorgegebenen Maschinenspezifikationen die Durchführung von Stichprobenüberprüfungen.

Aktuelle Prüfverfahren:

Eingeführt haben sich für die maschinelle Aufbereitung Methoden zur Überprüfung der Prozessqualität und der Ergebnisqualität. Die Kontrolle der Prozessqualität orientiert sich in der Regel an den von der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene 1995 empfohlenen Testungen mit kontaminierten Dummies. Da diese nur von ausgewählten Laboratorien durchgeführt werden, haben sich alternativ verschiedene Verfahren zur Überprüfung der Ergebnisqualität etabliert, da diese technisch weniger aufwendig sind. In der 2002 von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut veröffentlichten diesbezüglichen Richtlinie wird für die Überprüfungen der Durchspülung von Endoskopkanälen der Vorzug gegeben. Dummy-Testungen sollen lediglich zur Gerätevalidierung – beispielsweise bei der Typprüfung – und bei Veränderungen im Prozessablauf erfolgen. Zur Überprüfung der hygienischen Sicherheit bei den Coloskopie-Vorsorgeuntersuchungen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Durchspülmethode vorgeschrieben. Dabei handelt es sich um einen erheblichen Fortschritt für die Hygiene in der Endoskopie.

Aussagekraft der Überprüfungsverfahren:

Im Rahmen einer klinischen Studie wurden Ergebnisse von Dummy-Testungen und Kanaldurchspülungen verglichen. Dabei waren auch Vergleiche zwischen der Desinfektion mit Glutaraldehyd bzw. Peressigsäure sowie zwischen den Ergebnissen bei Gastroskopen bzw. Coloskopen möglich. Es stellte sich heraus, dass die Überprüfung der Prozessqualität

jeweils ausreichende Keimreduktionen der Automaten belegte, während die Ergebnisqualität bei einzelnen Endoskopen unzulänglich war. Etwa 5% der Instrumente waren nach vollständiger Aufbereitung weiterhin mit Humankeimen kontaminiert, unabhängig vom Desinfektionsmittel, allerdings häufiger bei Gastroskopen als bei Coloskopen. Interessanterweise wurde ein Drittel der Kontaminationen bei den Aufbereitungen am selben Tag nachgewiesen.

Die Studienergebnisse belegen, dass die jeweiligen Prüfmethode lediglich Aussagen zu Teilaspekten der Aufbereitungswirksamkeit zulassen. Die Dummy-Testung kann zwar die Automateneffektivität belegen, lässt aber keine Aussage über die Bedeutung instrumentenseitiger Einflüsse zu. Dazu gehört beispielsweise die Verletzung der Kanaloberflächen eines permanent eingesetzten Endoskops beim Durchschieben von Zusatzinstrumenten. Kanaldurchspülungen können nur den aktuellen Kontaminationsgrad reflektieren. Bei niedriger Belastung eines Endoskops kann auch ein technisch unzureichend arbeitender Automat scheinbar wirksam sein. Erst bei hoher Ausgangskontamination eines Endoskops würde dessen Fehlleistung erfaßt werden können. Zudem scheint auch die Vorbereitung der Instrumente einen wichtigen Einfluß auf das Ergebnis zu haben.

Daraus ist insgesamt zu schließen, dass die bisherigen Prüfmethode jeweils wichtige Informationen geben, die allerdings nur in der Gesamtschau Hinweise auf die tatsächliche Leistungsfähigkeit eines Automaten geben. Insofern ist eine Überprüfung der Empfehlungen der RKI-Kommission für die Automatenprüfungen sinnvoll.

Problemkeime - eine Gefahr für Patienten und Kliniken

H. Hof, Mannheim

In der Euphorie der 60er und 70er Jahre über die Erfolge der Antibiotikatherapie hat man spekuliert und gehofft, dass alle infektiologischen Probleme praktisch gelöst wären. Heute gibt es in allen Krankenhäusern –mehr oder weniger- große Probleme mit MRSA (multiresistente Staphylococcus aureus), VRE (Vancomycin resistente Enterokokken), ESBL (Extended Spectrum Betalactamasen produzierende E. coli und Klebsiellen), Makrolid resistenten Pneumokokken, Chinolon resistenten E. coli und CDAD (Clostridium difficile associated diarrhoea). Gelegentlich treten diese Erreger schon in richtigen Endemien auf und führen zu einer Budgetbelastung, da die Verweildauer der Patienten dadurch erheblich verlängert wird. Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass es in naher Zukunft noch größere Probleme mit multiresistenten Pseudomonaden, Acinetobacter, Enterobacter, Citrobacter und Stenotrophomonas geben wird. Eine regelrechte Katastrophe dürften Carbapenem resistente Enterobacteriaceen auslösen, wenn sie von außen (Griechenland, Spanien, Kuwait, Bangkok) eingetragen werden, weil dann das therapeutische Repertoire zusammenschmilzt. Dazu kommen noch virale Epidemien, z.B. bedingt durch Norovirus, wodurch Patienten wie Personal betroffen sind.

Es gibt zwar einige technische Möglichkeiten der Krankenhaushygiene, die Übertragung und Ausbreitung solcher Problemkeime zu erschweren, z.B. Isolierung, Händedesinfektion und Flächendesinfektion, aber der wichtigste Grund für die starke Ausbreitung dieser Probleme ist die Unkenntnis und die Nachlässigkeit vom medizinischen Personal – auch von Ärzten.

Freie Vorträge

Vorsitz: T. Tuschhoff, Bad Mergentheim
H. Pollmann, Bad Neuenahr

09.30 – 10.30 Freie Vorträge

Diabetes und Kolonkarzinom- eine heiße Mischung!

H Allgayer, JM Berster, S Bücke, R Stark, A Crispin, B Göke, K Parhofer,

Einleitung: Diabetiker mit Typ-2 Diabetes (DM-2) haben ein 30-40% erhöhtes Risiko für Kolorektale Karzinome. Einige Studien zeigen zudem eine Assoziation zwischen DM-2/Hyperinsulinismus und dem Risiko für fortgeschrittene Polypen bzw. sogar Karzinome. *Ziel:* Wir untersuchten daher, ob Patienten mit DM-2 bei Diagnosestellung eines kolorektalen Karzinoms fortgeschrittenere Stadien aufweisen als Nichtdiabetiker. *Methodik:* N=917 Patienten, die 2004-2007 in die Rehaklinik Ob der Tauber wegen kolorektalem Karzinom zur AR kamen, wurden eingeschlossen. Die UICC Stadien (dichotomisiert: nicht metastasierte Stadien UICC1 und 2, metastasierte Stadien UICC 3 und 4) wurden in Bezug auf DM-2 vorhanden/nicht vorhanden analysiert und multivariat untersucht (SAS 9.1). *Ergebnisse:* 104 von 561 Pat mit Kolonkarzinom hatten einen DM-2 (18.5%), 49.7% waren männlich. DM-2 Patienten waren älter (70.9+/-8.8 vs. 67.9+/-11.6 Jahre), adipöser (BMI 8.7+/-5.07 vs. 26.2+/-4.54 kg/m²) und häufiger Männer (58.0% vs. 48.5%). 22.1% wurden mit Insulin behandelt. DM-2 wiesen ein geringeres Risiko für UICC 3 und 4 bei Diagnosestellung auf als Nichtdiabetiker (p=0.029). Nach Korrektur für Alter, Geschlecht und BMI mittels logistischer Regression blieb dieser Unterschied bestehen. (OR 1.65; p=0.046). Im gleichen Modell hatten ältere Pat. (OR 0.983/Lebensjahr, p=0.037) und Frauen (OR 0.640, p=0.014) ein geringeres Risiko für UICC 3 und 4. Die UICC Stadien waren unabhängig von BMI und Raucherstatus. Im Gegensatz zu Patienten mit Kolonkarzinom waren bei Patienten mit Rektumkarzinom keine signifikanten Unterschiede feststellbar. *Schlussfolgerung.* Pat. mit DM-2 weisen ein geringeres Risiko für metastasierte Tumorstadien (UICC 3 und 4) auf als Nichtdiabetiker auch nach Korrektur entsprechender Parameter. Rektumkarzinome scheinen eine separate Entität darzustellen, da für diese Ergebnisse nicht zutreffen. Unsere Ergebnisse sind unerwartet und könnten möglicherweise auf Vorsorgeeffekte und eine regelmäßige ärztliche Betreuung von Diabetikern zurückzuführen sein. Dazu sind jedoch weitere, vor allem prospektive Studien mit größeren Kollektiven nötig.

Training mit chronischer Herzinsuffizienz

H. Lowis, Bad Münster am Stein-Ebb.

Die Leitsymptome bei symptomatischen chronisch herzinsuffizienten Patienten sind muskuläre Ermüdung und Kurzatmigkeit bei Belastung. Die Erklärung dafür wird heute weniger im Bereich der Myokardfunktion sondern vielmehr in der Skelettmuskulatur gesucht: Ausgehend von einer kardialen Dysfunktion mit erhöhten Füllungsdrücken und vermindertem Herzzeitvolumen kann es durch periphere Minderdurchblutung, verstärkte Aktivierung neuroendokriner Systeme und Immobilisation seitens des Betroffenen zu einem Umbau der Skelettmuskulatur kommen. Dieses Myopathie-Syndrom zeichnet sich u.a. durch eine verringerte aerobe Kapazität, erhöhte Nachlast und Muskelatrophie aus. Durch gezieltes körperliches Training kann man diese ungünstigen Prozesse aufhalten und teilweise wieder

rückgängig machen, wie viele Studien an herzinsuffizienten Patienten belegen. Die gerade jetzt erschienene Deutsche Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (Clin Res Cardiol Suppl 2:III/1-III/54, 2007) empfiehlt daher bei stabiler chronischer Herzinsuffizienz ein angepasstes körperliches Training (Empfehlungsstärke I, Evidenzgrad A). Es sollte aus einem aeroben Ausdauertraining bestehen, ergänzt durch ein niedrig dosiertes Krafttraining. Im Vortrag soll schwerpunktmäßig die Durchführung der beiden Trainingsarten dargestellt werden, wobei der Focus auf die Belastungssteuerungsmöglichkeiten und deren Fallstricke in der Praxis gelegt werden soll.

Klinische und elektrophysiologische Charakterisierung Chemotherapie-induzierter Neuropathien

C. Geber, T.Vogt, C. Egenolf, B.Burbach, F. Birklein, J. Körber , Mainz

Hintergrund: Die chemotherapie-induzierte Polyneuropathie (CINP) ist eine häufige Nebenwirkung der antineoplastischen Therapie verschiedener Malignomkrankungen, die die Patienten im Alltag häufig beeinträchtigt. Da bislang keine kausalen Therapieansätze existieren, stehen symptomorientierte rehabilitative Maßnahmen bei diesen Patienten im Vordergrund. Im Rahmen eines stationären Reha-Aufenthaltes wurden Patienten mit CINP umfassend klinisch-neurologisch und elektrophysiologisch vor und nach einer multimodalen physikalischen Therapie charakterisiert.

Methoden: 165 Patienten (w: 110, m: 55) zwischen 26-70 (Mittel: 56) Jahren mit malignen soliden und nicht-soliden Tumoren unterschiedlicher Ätiologie und klinischen Zeichen einer Polyneuropathie wurden zu Beginn und nach (+14d) einer stationären Rehabilitation untersucht. Zusätzlich zur klinisch-neurologischen Untersuchung wurde eine motorische und sensible Elektroneurographie, sowie eine quantitative sensorische Testung (QST) durchgeführt, bei der thermische und mechanische Detektions- und Schmerzschwellen bestimmt und sensible Minus- als auch Pluszeichen (z. B. thermische und mechanische Hyperalgesie) erfasst werden.

Ergebnisse: Die Diagnose CINP konnte bei 84% der Patienten elektroneurographisch objektiviert werden und war im Verlauf leicht rückläufig (81%). In der QST-Untersuchung waren bei diesen Patienten Beeinträchtigungen der thermischen und mechanischen Wahrnehmung nachweisbar. Die Subgruppe der Patienten mit schmerzhafter Neuropathie war in der QST, nicht aber in der Elektroneurographie stärker beeinträchtigt. Durch den multimodalen Therapieansatz verbesserte sich der neurologische Status der Patienten signifikant. Die sensiblen Ausfälle waren an oberer und unterer Extremität rückläufig.

Schlußfolgerung: Die Chemotherapie-induzierte Neuropathie beeinträchtigt alle sensorischen Qualitäten. In Anbetracht fehlender kausaler Therapieansätze kommt einem multimodalen physikalischen Therapieansatz eine besondere Bedeutung zu. Im Rahmen der Studie konnte eine Verbesserung des neurologischen Status bei den Patienten erzielt werden. Die umfassende klinische und elektrophysiologische Charakterisierung der Patienten soll zukünftig dazu beitragen, vorhandene Behandlungskonzepte weiter zu entwickeln und spezifisch einzusetzen.

Unterstützt durch die "Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung NRW" und das BMBF (DFN-Förderkennzeichen 01EM0506).

Psychische Belastung bei Frauen und Männern mit Darmkrebs im Vergleich zu einer gesunden Vergleichsgruppe

-Geschlechtsunterschiedliche Bewältigungsformen bei Darmkrebs-

S. Gross, J. Körber, S. Murken, Bad Kreuznach

Hintergrund:

Die Belastungen und Anforderungen an Darmkrebspatienten sind je nach Tumorlokalisation, Tumorstadium und Zeitpunkt im Auseinandersetzungsprozess unterschiedlich. Die Krebserkrankung ist ein nicht gewolltes, meist unvorhergesehenes kritisches Lebensereignis mit geringer persönlicher Kontrolle über den Entwicklungsverlauf. Es ergeben sich Belastungen durch Rezidiv, Metastasierung und Todesangst, aversive Symptome wie Übelkeit, Schmerzen und Durchfall, Konfrontation mit invasiven medizinischen Untersuchungen und Behandlungen, Krankenhausaufenthalt, Konfrontation mit belastenden Informationen, Autonomieverlust, Schuldgefühle gegenüber Angehörigen wegen zusätzlicher Belastung durch die Erkrankung, Stigmatisierung (zum Beispiel durch eine Stomaanlage), Gefährdung der persönlichen Lebensplanung und existentielle Sinnkrisen (vgl. Faller, 2004; Folkman & Greer, 2000; Murken, 1999 und Taubert, 2003). Darmkrebs geht einher mit psychischen Beeinträchtigungen wie Angst und, Depressivität (Tschuschke, 2006), deshalb ist psychoonkologische Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung unabdinglich. Ziel der vorliegenden Studie ist die differenzierte Erfassung geschlechtsunterschiedlicher Anpassung an die Erkrankung und die Klärung eines möglichen Zusammenhangs zwischen dem diagnostizierten Tumorstadium und der erlebten Beeinträchtigung.

Methodik und Studiendesign:

341 Darmkrebspatientinnen (n=149) und -patienten (n=192) wurden im Rahmen ihres Aufenthaltes in der Nahetalklinik, einer onkologischen Rehabilitationsklinik in Bad Kreuznach zwischen Oktober 2006 und August 2007 befragt und mit einer unbelasteten Kontrollgruppe (n=320) verglichen. Das mittlere Alter der Untersuchungsgruppe betrug 63,98 Jahre (SD= 10,53, Range: 26-88), das mittlere Alter der Kontrollgruppe betrug 65,66 Jahre (SD= 5,78, Range: 45-86). Die Katamnese erfolgte nach 6 Monaten mit einer Gesamtrücklaufquote von 91,07%. Neben medizinischen Informationen wurde Angst und Depressivität erhoben (HADS). Die Messung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens erfolgte mit den krebspezifischen Instrumenten FACT-C und EORTC.

Für die Auswertung wurden T-Tests bei unabhängigen, bzw. gepaarten Stichproben und Mann-Whitney U-Tests gerechnet.

Ergebnisse:

Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigen die Erkrankten zum ersten Messzeitpunkt deutlich erhöhte Werte für Angst und Depression und deutlich niedrigere Werte bei dem allgemeinen Gesundheitszustand und der Lebensqualität.

Zwischen den UICC-Stadien gibt es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich erlebter Angst, Depressivität, Lebensqualität und Gesundheitszustand.

Nach 6 Monaten haben die erkrankten Menschen ähnliche Angstwerte wie die Gesunden. Sie erleben sich jedoch nach wie vor belasteter hinsichtlich ihrer Depressivität, Lebensqualität und ihres Gesundheitszustandes.

Zu beiden Messzeitpunkten zeigen sich erkrankte Frauen signifikant ängstlicher und depressiver als Männer. Männer schätzen sowohl ihr krankheitsspezifisches Wohlbefinden als auch ihre allgemeine Lebensqualität und ihren Gesundheitszustand zu beiden Zeitpunkten signifikant besser ein als Frauen.

Im Vergleich zu gesunden Frauen erleben sich erkrankte Frauen in allen vier erfassten Anpassungsmaßen belasteter.

Die Männer beider Stichproben unterscheiden sich nicht bezüglich ihrer Angst- und, Depressivitätswerte. Allerdings erleben sich die Männer der Kontrollgruppe gesünder und berichten eine höhere Lebensqualität als die Männer der Untersuchungsgruppe

Schlussfolgerungen:

Die Untersuchung zeigt, dass die Diagnose Darmkrebs zu einem Anstieg von Depressivität und Angst und zu einer Einbuße an erlebter Lebensqualität und Gesundheit führt. Durch geeignete Interventionen kann sich das Angstniveau der Betroffenen in 6 Monaten dem der Gesunden angleichen. Da Männer und Frauen sich unterschiedlich belastet erleben, sollten die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen in der psychoonkologischen Versorgung in der Rehabilitation von Darmkrebspatienten berücksichtigt werden.

Wirksamkeit der onkologischen Rehabilitation bei psychisch besonders belasteten Krebspatienten unter besonderer Berücksichtigung von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren

U. Gärtner, A. Mehnert, C. Lehmann, C.D. Kegel, M. Biskup, U. Koch

Psychische Belastungen, Ängste und depressive Verstimmungen sind häufige Syndrome, die im Krankheits- und Behandlungsverlauf bei Krebspatienten auftreten und die Lebensqualität der Betroffenen erheblich einschränken. Dabei kann es sich um kurzfristige psychische Belastungsreaktionen handeln, die sich bei einem Teil der Patienten allerdings bis hin zu längerfristigen psychischen Störungen und psychosozialen Krisen entwickeln können. In der ambulanten onkologischen Versorgung wird gegenwärtig nur ein Teil dieser Belastungen erkannt und behandelt. Die onkologische Rehabilitation nimmt deshalb einen wichtigen Stellenwert in der Identifikation und Behandlung psychischer Komorbidität bei Krebspatienten ein. Zielsetzung der hier berichteten Studie (gefördert durch die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen und die Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH) ist die Evaluation der onkologischen Rehabilitation und spezifischer psychoonkologischer Rehabilitationsangebote für psychisch stark belastete Krebspatienten hinsichtlich medizinischer, psychosozialer und sozialmedizinischer Erfolgsparameter.

Die prospektive Verlaufsstudie umfasst drei Messzeitpunkte: Beginn, Ende sowie ein Jahr nach Rehabilitation und schließt vier onkologische Rehabilitationskliniken ein. Zwei Kliniken halten spezifische psychoonkologische Behandlungsangebote vor, die inhaltlich unterschiedliche Ansätze verfolgen. Zwei Kliniken dienen als Vergleichskliniken. Einbezogen wurden Krebspatienten, die zwischen 18 bis einschließlich 60 Jahre alt und potenziell erwerbsfähig waren. Insgesamt wurde eine Stichprobe von 1193 Patienten unterschiedlicher Tumordiagnosegruppen erreicht (72% Teilnahmequote). Die häufigste Diagnosegruppe war Brustkrebs, n = 54 Patienten waren an Tumoren des Gastrointestinalbereichs erkrankt. Die eingesetzten Instrumente setzten sich aus validierten Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebogen zusammen.

Die Patienten weisen zu Beginn der Rehabilitation ein breites Spektrum an körperlichen Beschwerden und Funktionseinschränkungen auf. Die häufigsten Funktionseinschränkungen bei Patienten mit Darm-/Rektumkrebs sind Diarrhoe (20%), erektile Dysfunktion (17%), Stuhlinkontinenz (7%), Urge-Inkontinenz (6%) und Stress-Inkontinenz (4%). 13% der Patienten haben ein Stoma. Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass die Mehrzahl der Patienten psychisch auffällig belastet ist. Bei etwas mehr als einem Viertel liegt in der Fremdbeurteilung eine psychische Störung entsprechend der ICD-10 vor. In der Selbstbeurteilung schätzen sich 87% als psychisch belastet ein. Bezüglich des Erfolgs der Rehabilitation in Bezug auf Schmerzen,

körperliche Beschwerden und Funktionseinschränkungen zeigen sich in der überwiegenden Anzahl der erfassten Parameter am Ende der Rehabilitation signifikante und substanzielle Verbesserungen. Dies gilt auch für die Verbesserung in psychosozialen Parametern wie psychische Belastung und Lebensqualität. Ein Jahr nach der Rehabilitation haben 67% der Patienten ihre Berufstätigkeit wieder aufgenommen.

Die Vergleiche in Bezug auf die psychologischen Interventionen beruhen im Wesentlichen auf der Gegenüberstellung von Patientengruppen mit hoher psychischer Gesamtbelastung aus den beiden Interventionskliniken mit den beiden externen Vergleichskliniken. Ergänzt werden die Analysen durch den Vergleich mit klinikinternen gebildeten Vergleichsgruppen. In Korrespondenz zu den Ergebnissen der Gesamtgruppe zeigt sich bei fast allen Parametern und unter allen Rahmenbedingungen auch bei diesen Analysen der Veränderung der Kennwerte von Patienten mit moderater bzw. hoher psychischer Belastung, dass sich die Messwerte im Verlauf der Behandlung signifikant und substanziell verbessern. Die Annahme, dass sich Patienten der Interventionsgruppen stärker verbessern als vergleichbare Patienten der Vergleichskliniken ließ sich durch die Analysen nicht bestätigen. Dies gilt auch bei Berücksichtigung der Art der Rehabilitation (Erst- und Wiederholungsmaßnahme). Bezüglich der Bedeutung dieser Variablen für den Therapieeffekt ist festzustellen, dass die wenigen hier festgestellten Interaktionseffekte eher bei Patienten mit Erstmaßnahme und hier zum Katamnesezeitpunkt auftreten. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass eine erhebliche Erhöhung der psychoonkologischen Behandlungsintensität nicht zwangsläufig größere oder im zeitlichen Verlauf stabilere Veränderungen im Sinne eines linearen Zusammenhangs nach sich ziehen muss. Solche Effekte können offensichtlich in den Rehabilitationskliniken, bei denen eine hohe Qualität der onkologischen Rehabilitation unterstellt werden kann, bereits unter Standardbedingungen weitgehend erreicht werden.

Freitag, 13. Juni 2008

Stomaversorgung

Vorsitz: H. Versch, Bad Mergentheim

09.30 – 09.50 Stomakomplikationen, was tun?
J. Pages, Hannover

09.50 – 10.10 Stomaanlage bei Darmkrebs – mehr als ein Versorgungsproblem?
F. Schwartz, Goslar

10.10 – 10.30 Irrigation – Indikation - Technik
H. Unseld, Bad Kreuznach

Stomaanlage bei Darmkrebs – mehr als ein Versorgungsproblem

F. Schwartz, Goslar

Menschen mit der Diagnose Darmkrebs werden oft aus dem Gefühl der Gesundheit mit der Diagnose Darmkrebs konfrontiert. Die Diagnose Krebs ist für die betroffenen Menschen unausweichlich verbunden mit Begriffen wie Tod, Sterben, Siechtum, Leid und Schmerzen. Die Todesangst, die entsteht, lässt es nicht zu, dass die Betroffenen noch so ausführliche Informationen rational verarbeiten können. Nach Diagnostik und Bestimmung des Tumorstadiums wird dem Betroffenen ein kuratives oder palliatives Behandlungsverfahren empfohlen und eine schnelle Entscheidung zum Therapiebeginn abverlangt.

Aus der Sicht des Chirurgen und des Onkologen sind die Behandlungsverfahren tägliche Routine, deren Behandlungsergebnisse, Komplikationen und Folgen statistisch belegbar sind.

In einem Aufklärungsgespräch wird das geplante Vorgehen erläutert und mögliche Komplikationen und Folgen wie Wundheilungs- und Kontinenzstörungen aufgezählt. Diese Vielfalt der Informationen in kürzester Zeit wird von dem betroffenen Menschen, der noch am Anfang seiner Krankheitsbewältigung steckt, kaum aufgenommen. Eventuell folgende weitere Gesundheitsstörungen und deren Folgen werden kaum wahrgenommen und können auch nicht eingeschätzt werden.

Nach operativen Eingriffen am Darm sowie während und nach Radio- und/oder Chemotherapie treten massive, den Lebensalltag belastende Störungen fast immer auf. Das Ausmaß und die Dauer der Störung sind individuell unterschiedlich und hängen wesentlich von den Therapieverläufen ab. Die Erhaltung der Lebensqualität des Betroffenen wird im Therapieverlauf wenig beachtet und eher mit Worten wie „Mit der Zeit wird es schon besser werden“ oder „Sie werden sich daran gewöhnen“ Aufmerksamkeit geschenkt. Der Leidensdruck erhöht sich vielmehr, weil Lösungsmöglichkeiten scheinbar nicht vorhanden sind.

Mit der Diagnose Krebs und den Therapieverläufen konfrontiert sind zusätzliche Störfaktoren eine extreme Zusatzbelastung. Das veränderte Gesundheits- und Wohlbefinden wird nicht selten langfristig begleitet durch Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Schwäche, Fatigue, Schmerzen, Mobilitätseinschränkungen, Verlust der Lebensqualität, Schädigungen der Haut, problematische Veränderungen der Ausscheidung und Stoma- sowie Stomaversorgungskomplikationen. Das Auftreten eines Problems ist ein zusätzlicher Stressfaktor, der Minderwertigkeitsgefühle und Schamgefühle hervorrufen, zu Selbstwertverlusten führen kann und den Genesungsprozess negativ beeinflusst. Abschließend ist zu sagen, dass beruflich Pflegende es überall mit Menschen in existenziellen Nöten zu tun haben. Oft sind wir die einzigen Ansprechpartner. Professionelle Beratungsangebote in der Pflege wurden in den vergangenen Jahren eingerichtet, die im Praxisfeld schulende und beratende Anteile besitzen. Schwerpunkte sind neben der Wissensvermittlung an den Betroffenen die unterstützende Begleitung und Koordinierung im interdisziplinären Team. Professionelle Pflegeberatung auf der Grundlage der Biografie des Betroffenen und des Assessments kann durch Schulung, Anleitung und Beratung ein individuelles Beratungsangebot und Hilfestellung für die betroffenen Menschen geben und deren Leidensdruck minimieren. Ein Beratungsangebot in einem Tabubereich wie der Stomaanlage ermöglicht den Betroffenen, über ihr Gesundheitsdefizit, Ihre Angst und Ihr Problem zu reden und nicht weiter *ungesagt* leiden zu müssen. Individuelle Lösungs- und Versorgungskonzepte unterstützen die Krankheitsbewältigung, sichern die Alltagskompetenzen, beseitigen Selbstpflegedefizite, fördern Ressourcen und erhöhen dadurch die Lebensqualität.

Professionelle Beratungsangebote sind nicht nur für den Betroffenen und sein soziales Umfeld hilfreich und sinnvoll, sondern auch aus volkswirtschaftlicher Sicht notwendig. Die Minimierung oder Vermeidung unnötiger Kosten im Gesundheitswesen muss angesichts leerer Kassen zwingend umgesetzt werden.

Lebensqualität durch Pflege- und Beratungsqualität in Form von Patienteninformation, Beratung, Schulung, Anleitung und hoher Versorgungsqualität – besonders in Krisensituationen - bedeutet gemeinsam einen Weg zu gehen. Einen Weg gehen, bedeutet einzelne Schritte auszuführen bis zu einem gemeinsamen Ziel.

Irrigation – Indikation – Technik

H. Unseld, Bad Kreuznach

Nachdem der Betroffene mit der Diagnose „Krebs“ konfrontiert wurde, die ganzen Untersuchungen und Vorbereitungen zur Therapie überstanden hat, muss er sich auch mit der Tatsache, in Zukunft mit einem Stoma zu leben, auseinandersetzen.

Diese Vorstellung, den Rest des Lebens den Stuhl nicht kontrollieren zu können, wird von Erwachsenen als Katastrophe empfunden. Im frühen Kindesalter werden die Kontrolle der Ausscheidungen und ihre Rituale erlernt, und diese haben in der Gesellschaft einen hohen Stellenwert und sind z.T. stark tabuisiert. Ein Nichtbeachten dieser Regeln führt zur Ausgrenzung, welche die Betroffenen z.T. dann auch selbst aus Scham und Angst vor peinlichen Situationen wählen.

Betroffene mit einem Colostoma haben nach Abschluss der Wundheilung und Ausschluss von Kontraindikationen, welche vom behandelnden Arzt und der betreuenden Pflegefachkraft beurteilt werden müssen, die Möglichkeit, die Irrigation zu erlernen. Dies gibt dem Betroffenen die Möglichkeit, nach kurzer Anleitung mit einem Zeitaufwand von ca. 1 Stunde 24 – 48 Stunden stuhlfrei und ohne peinliche Darmgeräusche zu sein. Ebenfalls entfällt nach einer Zeit von 1 – 2 Monaten das Tragen von Stomabeuteln, welche vorerst zur eigenen Sicherheit noch verwendet werden, um zu erlernen, bei welchen Nahrungsmitteln oder Getränken die sonst übliche Ausscheidung trotz Irrigation früher beginnt. Danach brauchen nur noch kleine Versorgungen getragen werden, um die Darmschleimhaut zu schützen. Dies wird von den Betroffenen als diskrete Versorgung geschätzt im Alltag, beim Sport, Schwimmen, Sauna und vor allem auch bei sexuellen Kontakten. Häufig müssen zu Beginn noch Vorbehalte ausgeräumt werden, da die Irrigation mit abführenden Maßnahmen gleichgestellt wird mit Abhängigkeit vom Abführmittel. Dies kann von der Pflegekraft dann aber mit Erklären der Mechanismen des Darms bei der Irrigation ausgeräumt werden. Ein späteres Absetzen der Irrigation mit einer anschließend spontanen Ausscheidung über das Stoma ist jederzeit möglich.

Die Erfahrung aber zeigt, wer einmal angefangen hat, hört mit der Irrigation nicht mehr auf!!! Es wird als neues Lebensgefühl empfunden mit sozialer Rehabilitation ohne große Einschränkung.

In den letzten Jahren wurde die OP- und Nahttechnik so weiterentwickelt, dass tief vor dem Anus sitzende Tumore, die früher zwangsläufig zu einem Stoma geführt hätten, heute anuserhaltend operiert werden können.

Betroffene, die dann bis zum kompletten Abheilen der Darmnaht ein vorübergehendes Stoma haben, sehnen den Tag der Rückverlegung herbei, um danach wieder normal auf der Toilette abzuführen. Für viele beginnt aber danach die schlimme Zeit, wenn die anfänglich häufigen Stühle nicht weniger werden und sich bis 30 x täglich!! über einen langen Zeitraum einpendeln. Zu dieser Häufigkeit kommt auch ein massiver Stuhldrang oder Stuhlschmierer, wobei bei der Entleerung dann nur ganz wenig Stuhl oder Luft abgeht, was viele auch nicht unterscheiden können. Diese Häufigkeit führt zu Schlafdefizit, starkem Wundsein, Problemen bei der Arbeit und privat und sozialer Isolation, da ständig eine Toilette in der näheren Umgebung sein muss. Der Alltag und das Leben werden vom Darm bestimmt und alle Aktivitäten werden von dieser Situation beherrscht. Vom behandelnden Arzt wird meist „Geduld“ verordnet mit der Aussicht, in 1 – 2 Jahren könne sich das regulieren.

Lange Zeit haben sich die Betroffenen nach einem extremen Leidensdruck mit vielen Therapieversuchen und Misserfolgen zu einem endgültigen Stoma durchgerungen, da ein

Leeren des Beutels oder sogar die später durchgeführte Irrigation als das „kleinere Übel“ empfunden wurde, um die Lebensqualität wieder zu steigern.

Für diese Menschen ist die rectale Irrigation das Mittel der Wahl! Durch die auf der Toilette sitzend durchgeführte Irrigation durch den After entleeren die Betroffenen innerhalb von ca. 30 Minuten den kompletten Dickdarm und sind für 1 – 2 Tage stuhl- und stuhldrangfrei. Dies wird nach der langen Leidenszeit als große Befreiung und „neu geschenktes Leben“ empfunden. Die anfänglichen Bedenken wegen Abhängigkeit von „Abführmitteln“ kann in einem aufklärenden Gespräch ausgeräumt werden und es kann geraten werden, nach einiger Zeit die rectale Irrigation abzusetzen, um zu sehen, ob sich die Problematik gebessert hat. Wenn sich die Stuhlfrequenz auf ein für den einzelnen erträgliches Maß oder die Inkontinenz durch Beckenbodentraining zurückgebildet hat, kann mit der Spülung jederzeit wieder aufgehört werden.

Diese Methode wird in den letzten Jahren auch bei neurogen bedingten Darmlähmungen durch Querschnittlähmung, MS und Spina Bifida angewendet. Früher wurde dann mehrmals wöchentlich mit Abführmitteln abgeführt, wobei der Darm durch den chemischen Reiz über mehrere Stunden entleert wurde.

Diese aufwendige und zeitraubende Prozedur wird heute durch die rectale Irrigation ersetzt. Die Industrie hat sich dieser Problematik angenommen und Materialien entwickelt, die es den Betroffenen ermöglichen, ohne fremde Hilfe selbst abführen zu können. Sie bekommen somit ein großes Stück an Selbständigkeit beim Ausscheiden zurück, was wieder die Intimsphäre schützt, die bei jedem Erwachsenen absolut wichtig ist.

Die Irrigation bzw. rectale Irrigation ist die Möglichkeit für Darmoperierte und neurogen Geschädigte, mit angemessenem Aufwand ein Leben ohne gravierende Einschränkungen zu führen, sozial integriert zu sein und nicht mit ständiger Angst von „peinlichen“ Situationen leben zu müssen.

Update – chronisch entzündliche Darmerkrankung

- Vorsitz: G. Oehler, Mölln
H. Allgayer, Bad Mergentheim
- 11.00 – 11.20 Update – Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen
E. F. Stange, Stuttgart
- 11.20 – 11.40 Begleitphänomene chronisch entzündlicher Darmerkrankungen
A. Schwarting, Bad Kreuznach
- 11.40 – 12.00 Rehabilitation von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen
C. Reichel, Bad Brückenau
- 12.00 – 12.20 Sozialmedizinische Beurteilung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen
C. Korsukéwitz, Berlin

Colitis ulcerosa und M. Crohn

E.F. Stange, Stuttgart

Die neuen therapeutischen Perspektiven bei CED sind vielfältig, beruhen allerdings fast alle auf dem „alten“ Paradigma einer Dysregulation der mukosalen Immunantwort. Dies gilt beispielsweise für die sog. Biologika, d.h. mehr oder weniger humanisierte monoklonale Antikörper gegen verschiedene Zytokine oder Integrine. Der erste etablierte monoklonale Antikörper war Infliximab, das weniger als die Hälfte der Patienten in Remission bringt und innerhalb eines Jahres bei der Mehrzahl der Patienten langsam seine Wirkung verliert. Dies beruht u.a. auf einer Antikörperbildung, die sich allerdings auch durch komplette Humanisierung neuer Antikörper nicht gänzlich vermeiden lässt. Nachfolgeprodukte, wie Adalimumab scheinen eine ähnlich begrenzte Effektivität zu haben. Die Hochdosis-Immunsuppression, beispielsweise mit Cyclophosphamid, ist bisher nicht in kontrollierten Studien getestet worden. Das gleiche gilt auch für die autologe Stammzelltransplantation mit ihren bekannten Risiken.

Die massive Immunsuppression durch diese Antikörper ist erwartungsgemäß assoziiert mit z.T. tödlichen Nebenwirkungen, wie erhöhte Infektanfälligkeit und Sepsis. Andere schwere Infektionen nach TNF-Antikörpern sind Tuberkulose oder atypische Mycobakteriosen sowie verschiedene andere opportunistische Erreger. Natalizumab, ein Integrintantikörper, scheint zu einer progressiven multifokalen Leukoenzephalopathie zu führen, die durch das s.g. JC-Virus ausgelöst wird. Ein anderer neuer Ansatz ist die Cytapherese von Granulozyten oder Lymphozyten bzw. Makrophagen, die ebenfalls in unkontrollierten Studien sowohl bei Morbus Crohn als auch bei Colitis ulcerosa eine gewisse Wirkung zeigte, bei niedriger Nebenwirkungsrate.

Ein ganz anderer und möglicherweise weniger nebenwirkungsträchtiger Ansatz könnte in Zukunft auf dem „neuen“ Paradigma der Pathogenese entzündlicher Darmerkrankungen beruhen, nämlich einer primären Barrierestörung. Diese beruht bei M. Crohn am ehesten auf einer Störung in der antibakteriellen Defense im Sinne eines Defensindefektes bzw. auf einer mangelhaften Mukusprotektion bei Colitis ulcerosa. Letztere wird in neuen Ansätzen mit oberflächenwirksamen Phospholipiden therapiert, hier liegen bereits erste Studien vor. Der Defensindefekt bei Morbus Crohn wurde in unserer Arbeitsgruppe erstmalig beschrieben,

zwischenzeitlich in anderen Kollektiven in Schweden und Japan bestätigt und könnte ebenfalls einen therapeutischen Ansatz bieten. In diese Richtung gehen Versuche der Stimulation dieser angeborenen Immunabwehr mit Wurmeiern von *Trichuris suis*, Probiotika oder auch die direkte Gabe von Defensinen in verkapselter Form.

Zukünftige kontrollierte Studien müssen zeigen, welches der genannten Paradigmen auch dauerhaft therapeutisch zum Erfolg führt. Diese Therapiestudien müssen ergänzt werden durch große, durch Patientenregister gestützte Beobachtungsstudien in der Postmarketingphase, da nur diese das ganze Nebenwirkungspotential aufzeigen. Für Patienten und uns Ärzte hätte die Möglichkeit einer kausalen Therapie natürlich eine hohe Attraktivität.

Begleitphänomene chronisch entzündlicher Darmerkrankungen

A. Schwarting, Bad Kreuznach

Extraintestinale Komplikationen chronisch entzündlicher Darmerkrankungen können nahezu jedes Organsystem betreffen und Morbidität und Mortalität entscheidend beeinflussen. Am häufigsten finden sich Beteiligungen von Skelettsystem, Haut, Gallenwegen und Augen. Die Manifestationen am Skelettsystem reichen hierbei von Arthralgien über periphere Arthritiden zu Spondylarthropathien. Insbesondere der Befall des Achsenskeletts (Sacroiliitis, Spondylitis) deutet auf eine interessante gemeinsame immunologische Pathogenese hin. Aber auch nicht-immunologische Ursachen müssen differentialdiagnostisch abgegrenzt werden.

Trotz des Einsatzes der neuen „Biologicals“, die aufgrund ähnlicher pathophysiologischer Zytokinsequenzen sowohl bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen als auch bei chronisch entzündlichen Gelenkserkrankungen wirksam sind, stellt die Therapie der Begleitphänomene bei M. Crohn und Colitis ulcerosa oftmals eine Gratwanderung zwischen Wirkung und Nebenwirkung auf die verschiedenen Organsysteme dar.

Rehabilitation von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

C. Reichel, Bad Brückenau

In § 26 des Sozialgesetzbuches IX sind die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gesetzlich festgelegt. „Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die folgenden Leistungen erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.“

Bezogen auf den Morbus Crohn bedeutet dies, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für eine relativ seltene Erkrankung deutschlandweit angeboten werden. Die Prävalenz des Morbus Crohn beträgt 20 – 40 Fälle pro 100.000 Einwohner.

Aus sozialmedizinischer Sicht ist die gastroenterologische Rehabilitation bei Patienten mit Morbus Crohn von großer Bedeutung, da die Erstmanifestation der Erkrankung einen frühen Häufigkeitsgipfel um das 20. Lebensjahr aufweist. Aufgrund dessen befinden sich eine große Anzahl der erkrankten Patienten im erwerbsfähigen Alter. Zudem verläuft der überwiegende Teil der Erkrankung chronisch, so dass die Erkrankung für die Betroffenen eine erhebliche soziale Belastung darstellt. 17 % der Patienten mit Morbus Crohn und 11 % der Partner dieser Patienten geben in Untersuchungen an, dass sie glauben, dass ihre berufliche

Karriere durch den Morbus Crohn negativ beeinflusst worden wäre. Zudem wurde gezeigt, dass Erwachsene mit Morbus Crohn signifikant häufiger krankgeschrieben werden als gesunde Kontrollen. Ungefähr 50 % der berufstätigen Patienten mit Morbus Crohn geben an, dass sie innerhalb eines Jahres wegen der Erkrankung mindestens einmal krankgeschrieben wurden. Diese Belastung führt dazu, dass jährlich bei ungefähr 9% aller deutschen Beschäftigten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eine medizinische Rehabilitation genehmigt wird. Derzeit werden aufgrund der niedrigen Prävalenz der Erkrankungen kaum spezialisierte ambulante Rehabilitationsangebote für Patienten mit Morbus Crohn vorgehalten. Der weit überwiegende Teil der Rehabilitationen bei Morbus Crohn wird in stationären Rehabilitationseinrichtungen in spezialisierten Kliniken durchgeführt. Die stationäre Rehabilitation ist, wenn sie in spezialisierten Kliniken durchgeführt wird, die einzige Behandlungsmöglichkeit, die der Komplexität dieser Erkrankung in ihren verschiedenen Facetten gerecht wird. Zu diesen Facetten gehört die leitliniengerechte medikamentöse Therapie. Hier gilt es im gemeinsamen Gespräch, aber auch im Gespräch der Rehabilitanden untereinander, viele Missverständnisse und Ängste gegenüber den Therapien abzubauen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die fachgerechte ernährungsmedizinische Beratung. So konnten eigene Untersuchungen zeigen, dass ungefähr ein Drittel der Patienten mit Morbus Crohn in unserer Klinik untergewichtig und ein weiteres Drittel der Patienten deutlich übergewichtig waren. Hier kann ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt mit entsprechend diätetischen Beratungen zu einer Gewichtsabnahme bzw. Zunahme führen. Zudem kommt entsprechend dem oben aufgeführten gesetzlichen Auftrag der sozialmedizinischen Beratung der Patienten eine erhebliche Bedeutung zu.

Das Angebot der Sozialarbeiter und Reha-Berater ist speziell auf die Anforderungen der Rehabilitanden mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und hier insbesondere des Morbus Crohn abgestimmt. Im Rahmen des Vortrages wird die derzeitige Datenlage zum Stand der Evaluation von Rehabilitation bei Patienten mit Morbus Crohn beleuchtet. Zudem werden die Ergebnisse aus eigenen Studien zur medikamentösen Therapie, Lebensqualität und Erkrankungsaktivität bei Rehabilitanden mit Morbus Crohn vorgestellt. Auf dem Boden des vorgestellten Standes der Rehabilitationswissenschaft zum Morbus Crohn werden Perspektiven für die Weiterentwicklung der Rehabilitation bei Patienten mit Morbus Crohn entwickelt.

Sozialmedizinische Beurteilung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

C. Korsukéwitz, Berlin

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CEDE) weisen eine hohe sozialmedizinische Bedeutung auf. Vor dem Hintergrund ausgeprägter bio-psycho-sozialer Auswirkungen von Crohn-Krankheit oder Colitis ulcerosa besteht ein erheblicher Bedarf an rehabilitativer Intervention. CEDE sind durch ein frühes Manifestationsalter und einen therapeutisch nicht immer befriedigend zu beeinflussenden Verlauf gekennzeichnet. Angaben über die durchgeführten Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung zu Erwerbsminderungsrenten und zur Rehabilitation und Teilhabe im Verlauf der Jahre 2000 bis 2006 bieten Hinweise auf deren Inanspruchnahme. Daten zur sozialmedizinischen Prognose im 2-Jahres-Verlauf dokumentieren den Erfolg von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei CEDE, auch wenn nicht in jedem Fall ein Erwerbsminderungs-Rentenbezug verhindert werden kann.

Die Bedeutung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen in der Sozialmedizin wird durch oft schwierige Begutachtungsfragen untermauert. Häufig nicht zu objektivierende Beeinträchtigungen und die Beurteilung mit Hilfe indirekter Kriterien stellen für die Begutachtung wichtige Herausforderungen dar. Für Rehabilitationszugang und sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben hat die Deutsche Rentenversicherung Leitlinien für die sozialmedizinischen Dienste der Rentenversicherungsträger und alle sozialmedizinisch Interessierten zur Verfügung gestellt (www.deutsche-rentenversicherung.de / Spezielle Zielgruppe „Sozialmedizin und Forschung“ / Sozialmedizin / Begutachtung / Leitlinien zur Begutachtung). Höhere Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Begutachtung tragen zur Qualitätssicherung und Akzeptanz bei den betroffenen Menschen bei.

Zentraler Bestandteil des Vortrags sind die Aspekte, die bei der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit herangezogen werden. Ergänzt um tätigkeitsbezogene Belastungsfaktoren kann das qualitative Leistungsvermögen (individuelle Belastbarkeit, positives und negatives Leistungsbild) und durch den Abgleich mit den Anforderungen beruflicher Tätigkeit das quantitative Leistungsvermögen abgeleitet werden.

Welcher Diabetiker braucht wie viel Rehabilitation ?

Vorsitz: P. Neumann, Bad Mergentheim
H.-P. Filz, Lindenfels

- 11.00 – 11.20 Welche Patienten einer Schwerpunktpraxis Diabetologie benötigen eine Rehamaßnahme?
S. Maxeiner, Bad Kreuznach
- 11.20 – 11.40 Integrierte ambulante Versorgung – Möglichkeiten und Grenzen
P. Schröder, Hannover
- 11.40 – 12.00 Migranten in der Rehabilitation – welche Programme haben wir?
P. Hübner, Bad Neuenahr
- 12.00– 12.20 Welche Schulungen brauchen wir heute für Diabetiker in Rehabilitationskliniken?
D. Teßmann, Passau

Welche Patienten einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis benötigen eine Rehamaßnahme?

S. Maxeiner, Bosenheim

Der Erfolg der Diabetologischen Schwerpunktpraxen lässt sich u.a. am Niedergang der stationären Diabetologie ablesen. War vor 15 Jahren eine Insulinneueinstellung noch eine klare Indikation für eine stationäre Behandlung werden auch komplexe Behandlungsschemata mittlerweile ambulant eingeleitet. An die jährliche Kur vieler Patienten zur Diabeteseinstellung können sich nur noch die älteren Kolleginnen/Kollegen erinnern. Die Indikationen für eine Rehamaßnahme bei Menschen mit Diabetes mellitus haben sich erheblich verändert. Aus diabetologischer Sicht bilde ich vier Gruppen:

1. Diabetesspezifische Komplikationen wie starke BZ-Schwankungen oder Hypoglycämiewahrnehmungsstörungen bei Typ-1 Diabetikern.
2. Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall oder Diabetisches Fußsyndrom
3. Vom Diabetes unabhängige Erkrankungen, die die Diabetesbehandlung aus der Person der Patienten begründet erschweren wie z.B. fehlende Krankheitsakzeptanz insbesondere bei Kindern und Jugendlichen oder psychische Störungen. Angststörungen und Essstörungen limitieren die diabetologischen Behandlungsmöglichkeiten erheblich.
4. Erkrankungen bei denen der Diabetes nur als Begleiterkrankung von Bedeutung ist wie z.B. Neoplasien oder chronisch entzündliche Erkrankungen.

Die Abgrenzung von Krankenhausbehandlung zu Rehabilitationsmaßnahme ist oft nicht ganz einfach. Als Diabetologische Schwerpunktpraxen wünschen wir uns eine hohe Behandlungsqualität. Dass die Multimobidität und zunehmende Schwere der Krankheitsbilder die Rehaeinrichtungen vor wachsende Probleme, z.B. bezüglich Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter stellt, ist uns bewußt.

Neben der medizinischen gewinnt die berufliche Rehabilitation bei jüngeren Menschen mit z.B. diabetischem Fußsyndrom oder Erblindung an Bedeutung. Hier gibt es noch erhebliche Defizite.

Integrierte ambulante Versorgung - Möglichkeiten und Grenzen

P. Schröder, Hannover

Vor dem Hintergrund einer weltweiten Pandemie bzgl. Übergewicht/Adipositas, metabolisches Syndrom und Diabetes mellitus Typ 2 mit absehbaren gigantischen gesundheitsökonomischen Konsequenzen, werden zunehmend, aber nicht energisch genug, Konzepte eingefordert, die nachweisbar eine gesundheitspolitische Katastrophe verhindern oder doch zumindest abmildern können.

Die in der Gesundheitspolitik viel diskutierten Modelle zur integrierten Versorgung Diabetes (IV), sollen helfen, die Prozesse und Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Das eigentliche Ziel der IV - eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Pflegediensten, Podologen (Wundmanagement) und Pflegediensten in der Versorgung teurer Krankheitsbilder zu erreichen - ist bisher aufgrund der gesetzlichen Kostendegression der einzelnen Leistungserbringer kaum gelungen. Dabei stehen durch IV für die Kostenträger kurzfristige Einsparpotentiale durch Reduktion von Risikofaktoren unter intensiver Betreuung, Vermeidung doppelter oder unnötiger Untersuchungen, Reduktion des Medikamentenverbrauchs und Vermeidung stationärer Behandlung (Fußambulanz) neben langfristigen Einsparungen durch intensive Prävention mit multimodalem Ansatz, durch Vermeidung von Folgekomplikationen wie Amputation, Dialyse, KHK, Schlaganfall und Erblindung.

Was kann und soll ein IV-Konzept erreichen?

Für die Leistungsanbieter steht im Focus Qualität und Wirtschaftlichkeit sowohl in der curativen als auch in der präventiven Medizin, für die Leistungsfinanzierer geringere Kosten und für die Leistungsempfänger Betreuungskonzepte für eine optimierte Versorgung. Eine Evaluation mit einem Kontrollkollektiv aus einer vergleichbaren Region durch die Charité Berlin wird voraussichtlich in 2-3 Jahren erste Ergebnisse zur Effizienz dieses IV-Konzeptes liefern.

Wundmanagement

Vorsitz: O. Mecks, Bad Kreuznach

11.00 – 11.20 Fistel und Wundmanagement – die besondere Herausforderung
J. Pages, Hannover

11.20 – 11.40 Patientenedukation – mehr als ein Verbandswechsel
M. Brömmling, Gladbeck

11.40 – 12.00 Pflege von Menschen mit chronischen Wunden – der neue Expertenstandard
F. Schwartz, Goslar

Patientenedukation – mehr als ein Verbandswechsel

M. Brömmling, Gladbeck

Unter Patientenedukation versteht man die klientenorientierte Information, Anleitung/Schulung und Beratung von Menschen in ihrem jeweiligen Lebensumfeld mit dem Ziel von Prävention, Gesundheitsförderung und Stärkung im Selbstmanagement. Auf Wunsch der Zielperson werden Angehörige oder andere Bezugspersonen, sowie andere Beteiligte am Rehabilitationsprozess einbezogen.

Zur Patientenedukation gehört die individuelle und auf die jeweiligen Bedürfnisse des Betroffenen ausgerichtete Beratung, die zielorientierte, strukturierte und geplante Vermittlung von Wissen, die Bereitstellung und die Vermittlung des Umgangs mit verschiedenen Medien. Im Gegensatz z.B. zu den USA, wo dies institutionalisiert und unter pflegerischer Leitung schon seit Jahren erfolgreich umgesetzt wird, ist die Entwicklung in Deutschland noch im Anfangsstadium. Gute Ergebnisse zeigt z.B. das mit pflegewissenschaftlicher Begleitung der Universität Witten/Herdecke entstandene Patienteninformationszentrum in Lippstadt. Die Stomatherapie wird nicht zuletzt seit Einführung der DRG's immer stärker gefordert, Konzepte zur Information und Anleitung von Patienten zu erstellen, damit eine sichere Versorgung und Beratung von Betroffenen mit Stoma, Inkontinenz und/oder Wunde über den klinischen Bereich hinaus sicher gestellt werden kann.

Pflege von Menschen mit chronischen Wunden – der neue Expertenstandard

F. Schwartz, Goslar

Nach dem ersten Nationalen Expertenstandard **Decubitusprohylaxe** ist nun der 6. Expertenstandard erschienen. Er wurde in der Fachöffentlichkeit mit großer Spannung erwartet. Der aktuelle Standard beinhaltet die professionelle Pflege von Menschen mit einem Decubitus, einem Ulcus cruris venosum, arteriosum, mixtum oder einem Diabetischen Fußsyndrom. Der Standard berücksichtigt in seiner Auswahl der Krankheitsbilder die große Zahl von schätzungsweise 3 – 4 Millionen Menschen, die an diesen Erkrankungen leiden. Pflegende begegnen in ihrem Berufsalltag diesem Personenkreis in allen Bereichen des Gesundheitswesens, z. B. im Krankenhaus, in der ambulanten Pflege, in Pflegeheimen, in Wundzentren und im häuslichen Bereich.

Im Versorgungsprozess beklagen alle Beteiligten eine mangelnde Kommunikation und Kooperation, fehlende Strukturen, unzureichende Fachkenntnisse und fehlende finanzielle

sowie personelle Ressourcen. Versorgungsbrüche beim Wechsel der Institutionen führen nicht selten zur Verschlechterung der Erkrankung und der Wundsituation. Der Verlust wichtiger Informationen und Therapiepfade führen u.a. zu Defiziten, die sich negativ auf den Heilungsverlauf auswirken.

Der Expertenstandard setzt sich aus einer Präambel, dem Standardtext unterteilt in Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene zusammen. Daran schließen sich eine ausführliche Kommentierung, die Literaturstudie, ein Glossar, Auditverlauf und Auditinstrumente sowie ein Anhang an.

Ziel des Expertenstandards ist es, durch Fachexpertise und Versorgungsqualität die Lebensqualität der betroffenen Menschen zu fördern, die Wundheilung zu unterstützen, Rezidivbildungen und Neuentstehung von Wunden zu vermeiden.

Der Expertenstandard ist nicht ausschließlich fokussiert auf die Krankheit und die Wunde. Der Expertenstandard stellt das Krankheit, das Erleben der Erkrankung und die Sicherung der Alltagskompetenzen der Betroffenen ebenso in seinen Mittelpunkt.

Die pflegerische Unterstützung für die Menschen und ihre Angehörigen in der Edukation – Information, Schulung, Anleitung und Beratung in alltagsrelevanten Maßnahmen und im Umgang mit der Wunde stehen ebenso im Fokus des Expertenstandards wie die sach- und fachgerechte Beurteilung und Versorgung der Wunde.

Der 6. Expertenstandard des DNQP ist der erste Expertenstandard in Deutschland, der belegt, dass Fachexpertise, lebenslanges Lernen und berufliche Erfahrung im professionellen Wundmanagement erforderlich sind. Mit anderen Worten: Wundmanagement ist ein spezielles Fachgebiet, das nur mit Expertenwissen professionell umgesetzt werden kann.