

**Patientenveranstaltung des DCCV-Landesverbands Niedersachsen / Bremen
in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Senioren am 22.11.2014 in der
Medizinischen Hochschule Hannover zum Thema**

„Meine CED wird älter – ich auch“

Zusammenfassungen aus ausgewählten Referaten:



Prof. Dr. Michael Manns

Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie der Medizinischen Hochschule Hannover konnte 120 überwiegend ältere DCCV-Mitglieder und Angehörige bei der Veranstaltung willkommen heißen.



Gudrun Möller

Sprecherin des DCCV-Arbeitskreises Senioren

Zu unserer heutigen Veranstaltung des Arbeitskreises Senioren in Zusammenarbeit mit dem Landesverband Niedersachsen/Bremen für unsere älteren Mitglieder begrüße ich Sie ganz herzlich.

In jeder Sekunde vollenden zwei Menschen weltweit ihr 60. Lebensjahr. 2050 wird es in erstmals in der Geschichte mehr Menschen über 60 Jahre als Kinder unter 15 Jahren geben.

Die Lebenserwartung steigt und auch Menschen mit chronischen Erkrankungen und /oder Behinderungen erreichen dank der medizinischen Versorgung ein deutlich höheres Alter.

In der DCCV gibt es ca. 5.400 Mitglieder, die schon eine Weile mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung leben und älter als 55 Jahre sind, deshalb haben wir den Arbeitskreis für Senioren gegründet. Der Arbeitskreis Senioren hat es sich zur Aufgabe gemacht die besonderen Problemstellungen beim Älter werden mit einer CED zu vertreten und öffentlich zu machen. Ziel des AK Senioren ist es, in der DCCV Ansprechpartner für die Probleme und Bedürfnisse von älteren CED-Betroffenen zu sein und entsprechende Angebote zu machen. Mehr Menschen in höherem Alter können daher von der erlebten Kompetenz der Selbsthilfe profitieren.

Mit dieser Veranstaltung wollen wir Sie nicht nur informieren, sondern auch den Arbeitskreis Senioren bekannter machen und Sie zur Mitarbeit motivieren.“

CED – Psyche und Schmerzen

- Auswirkungen auf die Erkrankung
- Beeinflussung der Lebensqualität
- Psychosoziale Einflüsse



OA Dr. Michael Stephan

Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Laut der Schmerzdefinition der International Association for the Study of Pain (IASP) ist Schmerz eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die mit einer aktuellen oder potentiellen Gewebeschädigung verbunden ist oder wie eine solche beschrieben wird. Diese Definition war revolutionär, da sie auch die emotionale Erfahrung und die Subjektivität der Empfindung hervorhob.

Bei der Entwicklung chronischer Schmerzen sind gleichermaßen somatische, psychologische und soziale Faktoren beteiligt, und das Empfinden von Schmerzen ist auch von früheren Erfahrungen abhängig. Eine Schmerztherapie ist daher immer eine multimodale Therapie, die verschiedene Säulen hat.

Neben einer medikamentösen Einstellung ist daher eine Therapie aus physiotherapeutischer Betätigung, Aktivität, und Entspannungstraining notwendig. Darüber hinaus liegt ein besonderes Augenmerk auf psychoedukativen¹⁾ Maßnahmen. Die Einstellung zur Erkrankung, auch unter besonderer Berücksichtigung der möglicherweise die Krankheit aufrechterhaltenden oder verstärkenden Faktoren, wird in psychotherapeutischen Sitzungen beleuchtet und ggf. modifiziert. Dabei sollen auch konkrete Verhaltensweisen eingeübt werden, um eine Alternative zur Krankenrolle zu entwickeln.

Ein weiteres wichtiges Augenmerk liegt auf der Vermeidung und Minderung des sozialen Rückzugs sowie dem Wiederentdecken oder Neuaufbau von Ressourcen. Dies kann ein liebgewonnenes Hobby oder die (Wieder-)Aufnahme von Freundschaften sein.

Schlussendlich muss bei extrem hoher Komorbidität²⁾ von Schmerzen und Depression auch eine solche Komorbidität ausgeschlossen bzw. behandelt werden, ebenso weitere Symptome z.B. einer Angststörung. Auch die verbesserte Stressbewältigung sowie der verbesserte Umgang mit konkurrierenden Belastungen sind Ziele der psychotherapeutischen Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit Schmerzen.

¹⁾Damit Patienten und Angehörige die Krankheit besser verstehen und die Behandlung unterstützen können, sind sogenannte **psychoedukative Verfahren** entwickelt worden. Ziel ist, dass Betroffene ihre Krankheit besser verstehen und mit ihr umgehen können. (Quelle: Wikipedia)

²⁾Als **Komorbidität** oder **Begleiterkrankung** (englisch comorbidity) werden in der Medizin ein oder mehrere zusätzlich zu einer Grunderkrankung (Indexerkrankung) vorliegende, diagnostisch abgrenzbare Krankheits- oder Störungsbilder bezeichnet (Doppel- oder Mehrfachdiagnose). (Quelle: Wikipedia)

Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen



PD Dr. Oliver Bachmann

Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie
der Medizinischen Hochschule Hannover

Da die CED häufig schubweise verlaufen, wurden Therapiekonzepte für die Remissionsinduktion und für die Remissionserhaltung beider Erkrankungen ausgearbeitet. In der Regel folgt die Therapie aktuell dem Krankheitsverlauf, so dass eine Therapiepyramide mit wenig toxischen Therapeutika für milde Verläufe mit einer Eskalationsmöglichkeit hin zu potentiell nebenwirkungsträchtigeren Präparaten für schwerere Verläufe resultiert. Leitlinien zur CED-Therapie werden sowohl von deutscher (DGVS) als auch von europäischer Seite (ECCO) regelmäßig aktualisiert. Generelle Empfehlungen bestehen gegen eine längerfristige Dauertherapie mit Steroiden sowie – insbesondere bei M. Crohn – gegen das Rauchen.

Mittel der Wahl zur Behandlung der mild- bis mäßiggradig aktiven Colitis ulcerosa sind 5-ASA-Präparate, die je nach Ausbreitung lokal und/oder systemisch verabreicht werden. Bei unzureichendem Ansprechen bzw. schwerem Schub ist die Gabe von systemischen Glucocorticoiden sowie bei schweren, stationär behandelten Schüben die von intravenösem Steroid und ggf. sequentiell Calcineurininhibitoren (Ciclosporin, Tacrolimus) oder Infliximab angezeigt. In der Erhaltungstherapie werden – auch aufgrund ihres chemoprophylaktischen Effektes – 5-ASA-Präparate eingesetzt, die je nach weiterem Verlauf um Azathioprin mit oder ohne nachfolgende Hinzunahme von anti-TNF erweitert werden können. Bei refraktärer Erkrankung, Nachweis von Karzinom(vorstufen) oder Eintreten einer Notfallsituation kann eine operative Therapie notwendig werden, die regelhaft als Proktokolektomie mit ileopouchanaler Anastomose durchgeführt wird.

Beim Morbus Crohn muss zwischen den Befallsmustern unterschieden werden: Für den Ileozökalbefall mit leichter bis mäßiggradiger Aktivität ist Budesonid Mittel der Wahl, bei der Colitis Crohn dieser Ausprägung kann Sulfasalazin eingesetzt werden. Für schwerere Schübe werden – wie bei der Colitis ulcerosa – systemische Steroide angewendet. In der Remissionserhaltung spielen 5-ASA-Präparate keine Rolle, hier sind Azathioprin, Methotrexat und anti-TNF wirksam. Insbesondere bei limitiertem Befall sollte die Möglichkeit einer operativen Sanierung diskutiert werden, wobei hier postoperativ ein signifikantes Rezidivrisiko besteht.

Was die Biologikatherapie angeht, so konnten in jüngerer Vergangenheit Fortschritte erzielt werden. So zeigen z. B. Studien, dass bei mäßig- bis schwergradigen Verläufen die Kombination von Azathioprin und Infliximab wirksamer ist als die Monotherapie, was aber gegen die höheren Risiken abgewogen werden muss. Als zusätzliches Präparat wurde kürzlich der Integrin-Antagonist Vedolizumab zur Behandlung beider Erkrankungen zugelassen.

CED und der Bewegungsapparat

- Arthrose / Arthritis / Spondylitis
- Osteoporose / Frakturen



Prof. Dr. Max Reinshagen

Medizinische Klinik I
Klinikum Braunschweig

Bei CED-Patienten über 60 Jahre kann man im Einzelfall nicht mehr eindeutig Begleiterkrankungen des Bewegungsapparates von altersbedingten Problemen (Arthrose, postmenopausale Osteoporose) abgrenzen!

Formen der Gelenkbeteiligung bei CED

Arthralgie:

- keine Schwellung / Überwärmung / Rötung

Arthritis:

Typ 1

- wenige Gelenke,
- akute-selbstlimitierende Attacken
- häufig mit Schüben der CED vergesellschaftet

Typ 2

- viele Gelenke; Symptome fortbestehend über Monate / Jahre, unabhängig vom Verlauf der CED

Spondylarthritis:

- entzündliche rheumatische Erkrankung, die besonders die Wirbelsäule befällt.

Osteoporose:

- eine systemische Knochenerkrankung, charakterisiert durch niedrige Knochenmasse, gestörte Mikroarchitektur des Gewebes. Folge: erhöhte Frakturanfälligkeit. Der Knochenmineralgehalt kann gemessen werden und bildet daher die Basis der Osteoporosedefinition!

Zusammenfassung des Referats: Ältere Patienten mit CED haben neben den Symptomen ihrer chronischen Darmerkrankung zunehmend auch Probleme mit degenerativen Begleiterkrankungen (z.B. Gelenke / Arthrose), so dass sich beide Komponenten der Beschwerden nicht immer sauber trennen lassen.

Zu dieser Problematik gibt es sehr wenig wissenschaftliche Daten (z.B. wie entwickelt sich die Knochendichte bei postmenopausalen Patientinnen). Dies wäre sicher ein sinnvoller Ansatz für die Forschungsförderung der DCCV!