

SENDUNG VOM 28.02.2023



- 1 SELTENE ERKRANKUNGEN:**
WO FINDEN BETROFFENE HILFE?
- 2 VORHOFFLIMMERN:**
SCHLAGANFALL DURCH MEDIKAMENTE ODER
EINGRIFF VERHINDERN
- 3 PRÄDIABETES:**
WIE GEFÄHRLICH SIND ERHÖHTE
BLUTZUCKERWERTE?
- 4 INKONTINENZ:**
HILFT BECKENBODENTRAINING BEI
BLASENSCHWÄCHE?
- 5 PSORIASIS-ARTHRITIS BEHANDELN:**
KÄLTE, KLEIEBAD UND ATEMTERAPIE

1 SELTENE ERKRANKUNGEN: WO FINDEN BETROFFENE HILFE?

Rund vier Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer Seltenen Krankheit. Der Weg zu einer Diagnose ist häufig sehr lang und es gibt nur wenige Therapien. Wo bekommen Betroffene Hilfe? Eine Erkrankung gilt in der Europäischen Union als selten, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen von ihr betroffen sind. Expertinnen und Experten schätzen, dass es etwa 8.000 Seltene Erkrankungen gibt. Etwa 80 Prozent der seltenen Erkrankungen sind genetisch bedingt oder mitbedingt, selten sind sie heilbar. Wer unter seltenen, aber auch wenig bekannten oder kaum erforschten Krankheiten leidet, hat als Patientin oder Patient einen enormen Leidensdruck. Für viele Betroffene folgt eine Ärzte-Odyssee. Da nur wenige Menschen von den Erkrankungen betroffen sind, gibt es auch nur wenige Expertinnen und Experten. Und auch die Durchführung von Studien wird dadurch erschwert. Um Betroffenen optimal helfen zu können,

gibt es in Deutschland immer mehr Kliniken, die sich mit den sogenannten Seltenen Erkrankungen befassen. Zentren für Seltene Erkrankungen in Norddeutschland Mittlerweile gibt es bundesweit über 30 spezialisierte Zentren. Im Norden Deutschlands sind es sechs Standorte in drei Bundesländern:

Zentrum für Seltene Erkrankungen (ZSE),
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
(0511) 5323719, Mail: zse@mh-hannover.de
www.mhh.de/interdisziplinaere-zentren/zentrum-fuer-seltene-erkrankungen

Zentrum für Seltene Erkrankungen Göttingen (ZSEG),
Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen
(0551) 3965118, Mail: zseg@med.uni-goettingen.de
<https://zseg.umg.eu/>

Martin Zeitz Centrum für Seltene Erkrankungen (MZCSE), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
Mail: mzcse-patienten@uke.de
www.uke.de/kliniken-institute/zentren/martin-zeit-centrum

Zentrum für Seltene Erkrankungen,
Universitätsmedizin Rostock
Ernst-Heydemann-Str. 8, 18057 Rostock
<https://selten.med.uni-rostock.de/>

Zentrum für Seltene Erkrankungen Lübeck,
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
(0451) 500-43452, Mail: zse@uksh.de
<https://www.uksh.de/zse-luebeck/>

Zentrum für Seltene Erkrankungen Kiel im Institut für Humangenetik, Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, Campus Kiel
Arnold-Heller-Straße 3, 24105 Kiel
0431 500-43449, Mail: zse@uksh.de
<https://www.uksh.de/zse-kiel/>

Die speziellen Zentren für Seltene Erkrankungen übernehmen keine Akut- oder Notfallversorgung.

Wie meldet man sich im Zentrum für Seltene Erkrankungen an?

Die Anforderungen für eine Anmeldung sind nicht einheitlich. Jedes Zentrum hat eigene Kriterien und informiert darüber auf seiner Internetseite. In der Regel wird aber unterschieden, ob bereits eine Diagnose vorliegt oder nicht:

- Liegt bereits eine gesicherte Diagnose vor, benötigen Betroffene eine Überweisung der behandelnden Ärztin oder des Arztes.
- Bei einer unklaren Diagnose wird ebenfalls eine ärztliche Überweisung benötigt. Eine Anmeldung kann bei einigen Zentren von der behandelnden Ärztin oder dem Arzt vorgenommen werden, bei anderen Zentren können sich die Patientinnen und Patienten selbst anmelden.

Welche Papiere sind erforderlich?

Jedes Zentrum hat eigene Vorgaben, welche Papiere eingereicht werden müssen. Informationen dazu sind auf den entsprechenden Internetseiten der Zentren zu finden. Die häufigsten sind:

- ärztliche Überweisung an das jeweilige Zentrum
- Anmeldebogen des Zentrums
- Fragebogen zur Krankheitsgeschichte
- Kopie vom Arztbrief
- Kopie von bildgebenden Untersuchungen
- Kopie von Ergebnissen von Laboruntersuchungen
- Schilderung der Krankengeschichte
- Kontaktdaten des behandelnden Arztes, der Ärztin
- Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Es ist sinnvoll, sich im Vorfeld eine private Patientenakte anzulegen, damit bei Anfrage schnell weitere Unterlagen eingereicht werden können.

Lotsinnen und Lotsen sichten die Akten von Patientinnen und Patienten

Sogenannte Lotsinnen und Lotsen sichten die eingereichten Unterlagen. Mit Unterstützung spezieller Computerprogramme werden die Betroffenen nach bestimmten Kriterien ausgewählt. Da die Zentren sehr viele Anfragen erreichen, kann die Wartezeit etliche Monate oder Jahre betragen. Nicht immer werden Betroffene in ein Zentrum für Seltene Erkrankungen eingeladen. Manchmal werden sie an andere Anlaufstellen verwiesen oder es gibt Empfehlungen für das weitere Vorgehen.

Der Vorteil der Zentren ist, dass sich Spezialistinnen und Spezialisten der verschiedensten Fachgebiete austauschen und zusammen mit einem Labor arbeiten, das auf die Suche nach seltenen Erkrankungen spezialisiert ist. Der Austausch mit weltweiten Spezialistinnen und Spezialisten unterstützt die Arbeit der Zentren ebenfalls.

Werden Patientinnen und Patienten in ein Zentrum für Seltene Erkrankungen eingeladen, werden sie nach den Verdachtsmomenten der Ärztinnen und Ärzte erneut untersucht und verschiedene Diagnosemethoden durchgeführt. Fachübergreifend werden die Ergebnisse schließlich diskutiert und gegebenenfalls Therapien vorgeschlagen. Ein Vorteil ist zudem, dass an den Zentren Studien durchgeführt werden, an denen Betroffene dann teilnehmen können.

Selbsthilfegruppen: Austausch zwischen Betroffenen hilfreich

Bei Seltene Erkrankungen sind Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen wichtig. Betroffene und Angehörige können sich gegenseitig unterstützen und Informationen austauschen. Hier werden häufig auch virtuelle Runden angeboten, weil die Teilnehmenden häufig weit auseinander wohnen oder nicht mobil sind.

EXPERTINNEN ZUM THEMA:

Dr. Vega Gödecke, Ärztliche Lotsin Medizinische Hochschule Hannover Zentrum für Seltene Erkrankungen (ZSE) Medizinische Hochschule Hannover Carl-Neuberg-Str. 1 30625 Hannover www.mhh.de/interdisziplinaere-zentren/zentrum-fuer-seltene-erkrankungen

Prof. Dr. med. Susanne Petri, stellv. Leiterin Zentrum für Seltene Erkrankungen (ZSE) Medizinische Hochschule Hannover Medizinische Hochschule Hannover Carl-Neuberg-Str. 1 30625 Hannover www.mhh.de/interdisziplinaere-zentren/zentrum-fuer-seltene-erkrankungen

WEITERE INFORMATIONEN:

Zentrales Informationsportal für Seltene Erkrankungen
www.portal-se.de

Portal für seltene Krankheiten und Orphan Drugs
www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php

Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen
c/o DRK Kliniken Berlin | Mitte Drontheimer Straße 39
13359 Berlin (030) 3300708-0 Mail: ed.enilno-eshca@ofin
<https://www.achse-online.de/de/>

Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltene Erkrankungen Geschäftsstelle des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit Seltene Erkrankungen (NAMSE)
c/o Mukoviszidose Institut gGmbH In den Dauen 6 53117 Bonn (0228) 98780-51 Mail: info@namse.de <https://www.namse.de/>
Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit
Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit seltenen Erkrankungen in Deutschland (PDF)

2

VORHOFFLIMMERN: SCHLAGANFALL DURCH MEDIKAMENTE ODER EINGRIFF VERHINDERN

Vorhofflimmern ist eine verbreitete Herzrhythmusstörung, die Schlaganfälle begünstigt. Eine rechtzeitige Behandlung mit Medikamenten, Katheterablation oder Herzohr-Verschluss steigert die Lebenserwartung. In Deutschland sind etwa 1,8 Millionen Menschen von Vorhofflimmern betroffen. Am Anfang tritt diese Herzrhythmusstörung meist anfallartig auf (paroxysmales Vorhofflimmern). Im Verlauf bekommen Betroffene

dann oft ein dauerhaftes (persistierendes) Vorhofflimmern. Zu den typischen Symptomen gehören Schwächegefühl, Herzrasen beziehungsweise ein Puls von 100 oder mehr, starkes Herzklopfen, unregelmäßiger Herzschlag, Herzschmerzen, Angstgefühl und vor allem Atemnot bei körperlicher Belastung und schnellem Herzschlag. Tückisch jedoch: Oft werden von Betroffenen, gerade bei älteren, überhaupt keine Symptome wahrgenommen.

Auf Dauer schwere Folgen der Rhythmusstörung

Hauptproblem ist das große Risiko, das mit dem Vorhofflimmern verbunden ist: Es gehört zu den häufigsten Ursachen eines Schlaganfalls. Um Vorhofflimmern frühzeitig zu erkennen und die Gefahr eines Schlaganfalls zu senken, fordern Experten ein Screening mit Pulsmessen und EKG für alle Menschen ab 65 Jahren. Das zweite Problem: Je länger das Vorhofflimmern andauert, desto eher wird das Herz durch die schnelle Herzschlagfolge geschädigt und es kann zu Herzschwäche kommen.

Risikogruppen für Vorhofflimmern

An Vorhofflimmern leiden vor allem Menschen im höheren Lebensalter. Zu den Ursachen gehören:

- Bluthochdruck
- koronare Herzkrankheit
- Herzklappenfehler
- Herzschwäche
- Schilddrüsenüberfunktion
- chronisch-entzündliche Erkrankungen wie Rheuma, Lungenleiden
- chronische Nierenfunktionsstörungen
- Diabetes mellitus

Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer. Nicht immer lassen sich eindeutige Ursachen finden. Lebensstilfaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum, aber auch Stress und psychische Belastungen wirken offenbar risikoe erhöhend. Ebenso sind Menschen mit Übergewicht und Bewegungsmangel häufiger von Vorhofflimmern betroffen. Während regelmäßige körperliche Aktivität herzschützend wirkt, gibt es wiederum Hinweise darauf, dass Extrembelastungen (wie Marathon, großer Triathlon) ein Vorhofflimmern auslösen können. Auch massive Störungen im Elektrolythaushalt (Kaliummangel und Magnesiummangel) können den Herzrhythmus aus dem Takt bringen.

Vorhofflimmern: Ursachen und Verlauf

Die Vorhöfe sind den Herzkammern vorgelagert und unterstützen deren Pumpfunktion, indem sie portionsweise Blut sammeln. Ziehen sich die Vorhöfe zusammen, strömt das Blut stoßweise in die Herzkammern, die sich sofort danach zusammenziehen und es weiter in Richtung Lunge beziehungsweise in den Körperkreislauf pumpen. Dieser koordinierte Prozess wird durch elektrische Impulse aus spezialisierten Herzzellen gesteuert.

Störimpulse durch unkontrollierte elektrische Aktivität anderer Herzzellen können diesen Ablauf aus dem Takt bringen. Die Vorhöfe flimmern dann, statt sich koordiniert zusammenzuziehen. Die Folge: Zum einen können sie die Herzkammern nicht mehr so gut befüllen – das Herz muss deshalb mehr arbeiten, um genügend Blut zu pumpen. Zum anderen entleeren sich flimmernde Vorhöfe schlechter, und das Blut kann sich dort im sogenannten Herzohr oder Vorhofohr – einer blinddarmartigen kleinen Ausbuchtung – stauen. Dadurch steigt das Risiko, dass sich im linken Vorhofohr ein Gerinnsel bildet, das irgendwann mit dem Blutstrom ins Gehirn gespült wird und dort einen schweren Schlaganfall auslöst.

Vorhofflimmern beenden mit Kardioversion

Findet das Herz nicht von allein zurück in den Takt, kann es mit medizinischer Hilfe wieder in den richtigen Rhythmus geführt werden – dies wird Kardioversion genannt. Die Synchronisation wird entweder mit Medikamenten (Antiarrhythmika) erreicht oder durch einen kleinen Eingriff mit Stromimpulsen (Elektroschocks). Dazu wird unter kurzer Betäubung und Ultraschallkontrolle ein Stromstoß durch das Herz geleitet.

Rechtzeitige Therapie steigert Lebenserwartung

Ob das Vorhofflimmern von allein aufhört oder durch einen Eingriff beendet wird: In beiden Fällen besteht die Gefahr, dass es erneut auftritt und sich mit der Zeit chronifiziert. Wichtig ist daher immer die Risikobewertung bezüglich eines Schlaganfalls. Neben der optimalen Behandlung einer etwaigen Grunderkrankung, beispielsweise des Bluthochdrucks, muss möglichst der Herzrhythmus stabilisiert (Rhythmuskontrolle) und die Herzfrequenz im Normalbereich gehalten werden (Frequenzkontrolle), um die Gefahr einer Herzschwäche und eines Schlaganfalls zu verringern. Ein weiteres Therapieziel ist die Gerinnselvermeidung,

um – im Falle einer erneuten Arrhythmie – einem Schlaganfall vorzubeugen.

Bewegung hilft gegen Vorhofflimmern

Betroffene mit Übergewicht senken ihr Risiko, wenn sie ihren Lebensstil ändern und mit gesunder Ernährung und viel Bewegung ihr Körpergewicht deutlich reduzieren. Die besonders schützende Rolle der Bewegung betonen dabei die Ergebnisse einer Studie: Demnach reduziert ein spezielles Sportprogramm aus Kraft- und Ausdauertraining, ähnlich wie bei Herzschwäche, das Wiederauftreten von Vorhofflimmern deutlich.

Antiarrhythmika („Pill in the pocket“)

Manchen Betroffenen helfen Antiarrhythmika: Medikamente zur Rhythmuskontrolle. Sie können bei anfallsweisem Vorhofflimmern das Herz bei Bedarf wieder in den richtigen Rhythmus bringen. Diese Therapie heißt „pill in the pocket“ (auf Deutsch: Pille für die Hosentasche), da man die Pille immer bei sich tragen sollte. Manchmal werden Antiarrhythmika auch nach einer erfolgreichen Kardioversion längerfristig zur Stabilisierung verordnet. Die Einnahme von Antiarrhythmika muss engmaschig kontrolliert werden, da verschiedene Nebenwirkungen bekannt sind und zudem mit der Zeit die Wirksamkeit der Tabletten nachlässt.

Herzzellen mit Katheterablation veröden

Wenn medikamentöse Therapie und Lebensstiländerungen nicht ausreichen und sich die Anfälle des Vorhofflimmerns häufen oder längere Zeit anhalten, kann eine Katheterablation helfen. Dabei werden die elektrischen Störquellen im Herzen verödet, um die Häufigkeit des Vorhofflimmerns deutlich zu reduzieren oder es komplett auszuschalten.

Die Erfolgchance dieses Verfahrens ist am größten, wenn das Vorhofflimmern noch von allein kommt und geht (paroxysmales Vorhofflimmern) und es höchstens eine Woche anhält. Dann liegt die Erfolgsquote bei über 80 Prozent. Ist das Vorhofflimmern dagegen rund um die Uhr vorhanden und schlägt das Herz überhaupt nicht mehr in einem normalen Rhythmus, ist die Erfolgchance deutlich geringer. Auch bei mehrmaliger Wiederholung der Ablation liegt die Erfolgsquote dann unter 50 Prozent.

So verläuft die Ablation

Bei der Ablation wird ein spezieller Katheter durch die Leistenvene bis in das Herz geführt. Mithilfe von Hitze (Hochfrequenzstrom-Ablation) oder durch Kälte (Kryoballon-Ablation) versucht der Kardiologe, Herzmuskelzellen im Übergangsbereich von Lungenvenen und linkem Vorhof zu veröden, denn dort befindet sich in aller Regel die Quelle der Störimpulse. So soll das Vorhofflimmern im besten Fall dauerhaft beendet werden.

Wann eine Ablation sinnvoll ist

In jedem dritten Fall kehrt das Vorhofflimmern nach einiger Zeit zurück und die Ablation muss möglicherweise auch mehrmals wiederholt werden, bis die Anfälle komplett aufhören. Ob eine Ablation sinnvoll ist, muss individuell entschieden werden. Die Erfolgchance dieses Verfahrens ist auch abhängig von der Erfahrung des behandelnden Arztes. Betroffene sollten sich deshalb möglichst an ein Herzzentrum wenden, in dem die Katheterablation zu den Routineverfahren gehört. Bei der Suche nach passenden Spezialisten hilft zum Beispiel die Deutsche Herzstiftung. Dauertherapie mit blutverdünnenden Medikamenten Auch nach erfolgreicher Behandlung eines Vorhofflimmerns mit Medikamenten, Kardioversion oder Ablation bleibt die Schlaganfallgefahr bestehen. Abhängig vom Risiko durch Alter und Vorerkrankungen müssen Betroffene meist lebenslang Tabletten zur Blutverdünnung einnehmen. Diese Gerinnungshemmer schützen effektiv vor Thrombusbildung und beugen einem Schlaganfall vor.

Jedoch muss die Dosierung gut eingestellt werden, auch um die Gefahr von möglichen inneren Blutungen durch die Medikamente zu minimieren. Außerdem gibt es Menschen, die Blutverdünner schlecht vertragen. Bei höherem Alter, Gewichtsabnahme oder geschädigten Nieren muss die Dosis reduziert oder eine andere Therapie gesucht werden.

Individuelles Risiko für Schlaganfall ermitteln

Das individuelle Schlaganfall-Risiko bei Vorhofflimmern lässt sich durch die Berechnung des sogenannten CHA₂DS₂-VASc-Scores abschätzen. Der Wert gibt Auskunft über die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres einen Schlaganfall zu erleiden. Er wird ermittelt, indem Punkte für unterschiedliche Risikofaktoren zusammengezählt werden:

- Alter zwischen 65 und 74 Jahre: 1 Punkt
- Alter ab 75 Jahre: 2 Punkte
- Schlaganfall in der Vergangenheit: 2 Punkte
- Diabetes mellitus: 1 Punkt
- Bluthochdruck: 1 Punkt
- ausgeprägte Herzschwäche: 1 Punkt
- weibliches Geschlecht: 1 Punkt
- Gefäßverengungen infolge einer Arteriosklerose (Koronare Herzkrankheit, periphere Verschlusskrankheit): 1 Punkt

Das Addieren der Punkte ergibt einen Wert zwischen 0 und 9, der dem individuellen Risiko entspricht. Dabei steht die „0“ für „keine weiteren Risikofaktoren“ und die „9“ für „maximale Risikofaktoren“.

Bei einem Gesamtwert von „5“ kommt es laut Statistik bei 84 von 1.000 Menschen mit diesem Risiko innerhalb von einem Jahr zu einem Schlaganfall. Wenn 1.000 Menschen mit diesem Risiko dagegen blutverdünnende Medikamente einnehmen, bekommen nur 29 von ihnen einen Schlaganfall.

Wenn neben Vorhofflimmern keine weiteren Risikofaktoren vorliegen, kommt es statistisch gesehen bei zwei von 1.000 Betroffenen innerhalb eines Jahres zu einem Schlaganfall. In diesem Fall muss der Arzt abwägen, ob die Einnahme eines Blutverdünners zur Vorbeugung eines Schlaganfalls sinnvoll ist. Durch die Therapie steigt jedoch das Risiko für Blutungen.

Schlaganfall-Prophylaxe durch Vorhofrohr-Verschluss

Mit einer neuen Methode kann ein Schlaganfall nach aktuellen Erkenntnissen genauso gut verhindert werden wie mit Blutverdünnern.

Damit kein gefährliches Blutgerinnsel im Vorhof entstehen kann, wird es verschlossen. Dafür wird ein spezieller Katheter in den rechten Vorhof geschoben. Dieser durchbohrt die Scheidewand zwischen den Herzvorhöfen und schafft so den Zugang zum Herzohr im linken Vorhof. Über einen Führungsdraht wird dann das Schirmchen in das Herzohr eingeführt und entfaltet. Durch kleine Widerhaken wird es fixiert und verschließt die Ausstülpung. Der Schutzschirm verbleibt dauerhaft im Herz. Mit der Zeit wächst dann Herzinnenhaut über das Schirmchen.

Diese neue Methode könnte dazu führen, dass viele Betroffene zukünftig auf Blutverdünner verzichten können. Allerdings handelt es sich auch um einen Ein-

griff mit entsprechenden Risiken. Betroffene sollten sich umfassend beraten lassen.

EXPERTEN ZUM THEMA:

Prof. Dr. Stephan Willems, Chefarzt Asklepios Klinik St. Georg Kardiologie und Internistische Intensivmedizin Zentrum für Herz- und Gefäßmedizin Lohmühlenstraße 5 20099 Hamburg (040) 181 885 23 08 www.asklepios.com
Dr. med. Behrus Subin, CardioMed an der Alster, Hamburg Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie Reesendamm 3 20095 Hamburg (040) 32 52 97 40 kontakt@cardiomed-alster.de www.cardiomed-hamburg.de

3 PRÄDIABETES: WIE GEFÄHRLICH SIND ERHÖHTE BLUTZUCKERWERTE?

Prädiabetes ist eine Vorstufe der Zuckerkrankheit: Betroffene haben auffällige Zuckerwerte und sonst meist keine Symptome. Je nach Untertyp drohen aber schon in diesem Stadium ernste gesundheitliche Folgen.

Rund 10 Prozent der Erwachsenen in Deutschland leiden an Diabetes Typ 2, weitere 20 Prozent haben nach Angaben des RKI eine Vorstufe davon: den sogenannten Prädiabetes. Erhöhte Blutzuckerwerte sind ein Massenphänomen. Doch die meisten Menschen ahnen nichts von ihrem Risiko, denn es gibt keine spürbaren Anzeichen – Prädiabetes macht sich im Alltag nicht bemerkbar. Er wird daher häufig erst bei einer Blutuntersuchung im Routine-Check entdeckt. Doch was bedeutet das, wenn es nach der Laborkontrolle heißt: „Ihr Zucker ist grenzwertig“?

Diagnose des Prädiabetes: Grenzwerte für Blutzucker
Zwischen den normalen Blutzuckerwerten und dem Wert, ab dem ein Diabetes diagnostiziert wird, liegt ein Graubereich. Messbar sind drei verschiedene Blutwerte aus dem Zuckerstoffwechsel – befindet sich auch nur ein einzelner dieser Zuckerwerte im erhöhten Bereich, liegt bereits Prädiabetes vor:

Nüchternblutzucker (nach Definition der American Diabetes Association – ADA)

- normal: unter 100 mg/dl (unter 5,6 mmol/l)
- Prädiabetes: 100-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l)
- Diabetes: ab 126 mg/dl (ab 7 mmol/l)

Glukosetoleranzwert nach Trinken einer standardisierten Zuckerlösung

- normal: unter 140 mg/dl (unter 7,8 mmol/l)
- Prädiabetes: 140-199 mg/dl (7,8-11,0 mmol/l)
- Diabetes: ab 200 mg/dl (ab 11,1 mmol/l)

Langzeitblutzucker (HbA1c)

- Prädiabetes: 5,7-6,4 % (39-47 mmol/mol)
- Diabetes: ab 6,5 % (48 mmol/mol)

Welches Risiko droht mit Prädiabetes?

Einerseits geht ein Prädiabetes nicht zwangsläufig über in eine Zuckerkrankheit mit all ihren schädlichen Folgen für Blutgefäße, Leber, Herz und Augen. Andererseits zeigen aktuelle Erkenntnisse aus der Forschung, dass die gesundheitlichen Auswirkungen der Diabetes-Vorstufe bislang deutlich unterschätzt wurden. Denn teilweise kann es schon in diesem Stadium zu schweren Komplikationen im Bereich von Herz-Kreislauf-System und Nieren kommen, die die Lebenserwartung deutlich verschlechtern. Wie eine Langzeit-Studie darlegt, ist die Prognose abhängig vom Prädiabetes-Subtypus.

Drei Hochrisiko-Typen bei Prädiabetes

Forschende haben anhand der begleitenden Faktoren – wie familiärer Vorbelastung, Gewicht, Bauchfett-Anteil, Leberfett, Blutfettwerte, Insulinproduktion und Insulinwirkung – sechs Unterformen des Prädiabetes definiert. Deren Risiko unterscheidet sich deutlich.

Drei Subtypen sind besonders gefährdet:

Prädiabetes-Typ 3:

Kennzeichen: hohe familiäre Vorbelastung, bauchbetontes Übergewicht, niedrige Insulinausschüttung (feststellbar durch C-Peptid-Test beim Hausarzt). Risiko: Menschen mit diesem Prädiabetes-Subtypus entwickeln oft binnen kurzer Zeit Diabetes und Herz-Kreislauf-Schäden. Auch ihr Risiko für Nierenschäden ist etwas erhöht.

Prädiabetes-Typ 5:

Kennzeichen: Adipositas, Fettleber (tastbar oder feststellbar durch Ultraschall), Insulinresistenz. Risiko: Menschen vom Typ 5 tragen ein hohes Risiko für Diabetes und Herz-Kreislauf-Schäden sowie zusätzlich für Nierenschäden. Ihre Lebenserwartung ist dadurch deutlich geringer.

Prädiabetes-Typ 6:

Kennzeichen: bauchbetontes Übergewicht und Fett-einlagerungen in den Nieren (feststellbar durch Ultraschall oder MRT). Risiko: Bei Menschen vom Subtypus 6 werden die Nieren schon im Stadium des Prädiabetes stark geschädigt. Das erhöht ihr Sterberisiko massiv, auch wenn ihr Risiko für Diabetes relativ moderat ist.

Gemeinsamkeit aller drei Hochrisiko-Typen ist Übergewicht mit Fettansammlungen im Bauchraum und/oder an den Organen. Die weniger gefährdeten Prädiabetes-Subtypen (1, 2 und 4) sind schlank oder haben zwar Übergewicht, aber mit anderer Fettverteilung.

Prädiabetes bei richtiger Behandlung reversibel

Die gute Nachricht für Prädiabetes-Betroffene: Oft reichen fünf bis zehn Prozent Gewichtsabnahme, um den Zuckerstoffwechsel deutlich zu verbessern und aus der Gefahrenzone herauszukommen. Erreichen lässt sich das durch konsequente Änderungen am Lebensstil, insbesondere eine passende Ernährung (mit weniger Kohlenhydraten und langen Essenspausen oder Intervallfasten) und gesteigerte Alltagsbewegung: zu Fuß gehen, Radfahren, Treppen steigen. Denn schon zu Beginn des Gewichtsverlusts baut der Körper bereits Fett in Leber und Muskeln ab, sodass das Insulin aus der Bauchspeicheldrüse wieder besser wirken und den Blutzuckerspiegel senken kann. Die ersten Ergebnisse der groß angelegten PLIS-Studie des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung weisen dabei darauf hin, dass gerade das Bewegungspensum deutlich gesteigert werden sollte und dass intensives Einzelcoaching über ein Jahr Betroffenen effektiv hilft, ihren Lebensstil gesundheitswirksam zu ändern.

Wichtig: Früherkennung bei Risikotypen

Um mit Lebensstiländerungen rechtzeitig gegensteuern zu können, sind Angebote zur Früherkennung enorm wichtig. Denn wie die Forschung zeigt, geht schon Prädiabetes teils mit erhöhter Krankheitslast und erhöhtem Sterberisiko einher. Ihre Zuckerwerte testen lassen sollten vor allem Menschen mit bauchbetontem Übergewicht, erst recht bei zusätzlichen Risikofaktoren wie Verwandten ersten Grades mit Diabetes. Auch Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Frauen, bei denen ein Schwangerschaftsdiabetes diagnostiziert wurde, sollten ihre Zuckerwerte gut im Blick behalten.

EXPERTINNEN UND EXPERTEN ZUM THEMA:

Prof. Dr. Matthias Laudes, Internist, Endokrinologe, Diabetologe, klinische Ernährungsmedizin Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Klinik für Innere Medizin I Klinische Ernährungs- und Stoffwechselmedizin Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel Arnold-Heller-Straße 3, Haus 6 24105 Kiel www.uksh.de/innere1-kiel

Prof. Dr. Dr. Robert Wagner, Diabetologe Deutsches Diabetes-Zentrum Düsseldorf Klinik für Endokrinologie und Diabetologie Universitätsklinikum Düsseldorf Moorenstraße 5 40225 Düsseldorf www.uniklinik-duesseldorf.de

WEITERFÜHRENDE STUDIEN, UNTER ANDEREM IN ENGLISCHER SPRACHE:

Prediabetes and risk of mortality, diabetes-related complications and comorbidities: umbrella review of meta-analyses of prospective studies

Pathophysiology-based subphenotyping of individuals at elevated risk for type 2 diabetes

Prädiabetes-Lebensstil-Interventions-Studie (PLIS)

4

INKONTINENZ:

HILFT BECKENBODENTRAINING BEI BLASENSCHWÄCHE?

Wenn Frauen den Urin nicht halten können, hilft oft schon Beckenbodentraining. Doch mitunter sind bei Inkontinenz Medikamente oder auch eine OP notwendig.

Etwa jede dritte Frau in Deutschland leidet zumindest gelegentlich an unkontrolliertem Harnverlust. Im höheren Lebensalter ist sogar die Mehrzahl der Frauen von Inkontinenz betroffen. Doch noch immer ist das Thema Blaseschwäche ein Tabu, obwohl es viele Mittel dagegen gibt und keinen Grund, sich einfach damit abzufinden. Durch regelmäßiges Beckenbodentraining lässt sich die Kontrolle über die Blase fast immer verbessern und in manchen Fällen sogar völlig zurückgewinnen. Bei ausgeprägter Inkontinenz stehen operative Methoden zur Verfügung, die sorgfältig abgewogen und von erfahrenen Operateurinnen und Operateuren durchgeführt werden sollten.

Diagnose der Harninkontinenz bei Frauen

Eine gründliche Diagnostik durch einen Gynäkologen oder eine Urologin ist wichtig, denn es gibt verschiedene Formen der Blaseschwäche, die jeweils andere Ursachen haben und unterschiedliche Symptome

hervorrufen. Ein ausführliches Gespräch und eine körperliche Untersuchung ermöglichen es meistens, die Form der Blasenschwäche zu bestimmen und eine geeignete Therapie zu finden. Auch eine Blasendruckmessung kann helfen, zu ermitteln, um welche Art der Inkontinenz es sich handelt.

Die gründliche Untersuchung zeigt ebenfalls, ob eine Senkung der Beckenorgane vorliegt. Bei jeder neunten Frau wölben sich im Laufe des Lebens Teile der Beckenorgane durch die natürlichen Lücken im Beckenboden nach unten vor. Typische Beschwerden sind beispielsweise ein Schweregefühl, ein Fremdkörpergefühl oder Wundscheuern von Schleimhaut. Eine Senkung und Inkontinenz können, müssen aber nicht gemeinsam vorkommen.

Belastungsinkontinenz beim Husten, Niesen oder Lachen

Die häufigste Form der Inkontinenz ist die Belastungsinkontinenz, auch Stressinkontinenz genannt. Sie macht über die Hälfte der Fälle aus. Betroffene Frauen verlieren Urin bei körperlicher Belastung, wenn im Bauch- und Beckenraum Druck entsteht, zum Beispiel beim Lachen, Husten oder Niesen – einige bereits bei schnellem Gehen. Ursache ist meist eine Schwäche des Beckenbodens durch Geburten und Alterungsprozesse. Wenn der weibliche Körper in den Wechseljahren weniger Geschlechtshormone (Östrogene) produziert, führt dies ebenfalls oft zu einer Schwächung des Beckenbodens. Jede Frau kann also Symptome einer Blasenschwäche entwickeln, auch wenn sie kein Kind geboren hat.

Dranginkontinenz durch überaktive Blase

Bei der Dranginkontinenz, auch überaktive Blase genannt, haben die Betroffenen ganz häufig das Gefühl, zur Toilette zu müssen – auch nachts. Dieser plötzliche Harndrang ist oft kaum zu unterdrücken und tritt bereits bei kleinster Blasenfüllung auf, so dass immer nur sehr wenig Urin ausgeschieden wird. Ursachen können neben hormonellen Veränderungen und Alterungsprozessen auch Nervenschäden und -reizungen sein. Nur etwa 15 Prozent der Frauen mit Inkontinenz haben eine reine Dranginkontinenz. Wesentlich häufiger, in über 30 Prozent der Fälle, liegt eine Mischform vor.

Mischformen der Blasenschwäche

Bei der Mischinkontinenz treten Symptome der Belastungsinkontinenz und der Dranginkontinenz auf. Sie entsteht häufig mit fortschreitendem Alter, indem zu einer bestehenden Drang- oder Belastungsinkontinenz die jeweils andere Inkontinenzform hinzukommt. Die Betroffenen leiden also unter unwillkürlichem Harnverlust, der sowohl in Zusammenhang mit einem starken Harndranggefühl als auch bei körperlicher Anstrengung auftritt.

Belastungsinkontinenz mit konservativer Therapie behandeln

Bei einer Belastungsinkontinenz ist meist der muskuläre Beckenboden zu schwach. Er hält die Beckenorgane in ihrer Position und unterstützt zudem den Blasenschließmuskel. Verliert die Beckenbodenmuskulatur durch Geburten, hormonelle Veränderungen oder Übergewicht ihre Elastizität und Stützfunktion, kommt es zu einer Störung des Schließmuskelapparates der Blase.

- Ein konservativer Behandlungsansatz ist gezieltes Beckenbodentraining unter Anleitung und bei Bedarf mit Biofeedback oder Unterstützung durch gezielte Elektrostimulation.
- Zusätzliche Maßnahmen sind Gewichtsabnahme mit viel Bewegung und einer ausgewogenen Ernährung.
- Beckenbodentraining ist gut geeignet zur Prävention und bei kurzzeitig bestehender Belastungsinkontinenz nach einer Geburt. Ist jedoch schon zu viel Beckenbodengewebe geschädigt – zum Beispiel nach Entbindungen oder im Alter – lässt sich eine Inkontinenz nicht völlig wegtrainieren.
- Manchen Frauen helfen Scheidenpessare, die wie Tampons eingeführt werden, um die Harnröhre für mehrere Stunden zu stützen. Sie können unfreiwilligen Urinverlust verhindern.
- In einigen Fällen werden auch Medikamente mit dem Wirkstoff Duloxetin eingesetzt, einem sogenannten Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer. Das Mittel beeinflusst die Funktion der Blasenschließmuskulatur. Es kann allerdings zu Nebenwirkungen wie Schwindel und Übelkeit führen und sollte deshalb vorsichtig dosiert werden.
- Bei der sogenannten Unterspritzung wird mit einer feinen Nadel ein Gel-Implantat ringförmig in die Schleimhaut der Harnröhre injiziert, die sich

daraufhin verdickt – wie aufgespritzte Lippen. Die Harnröhre soll dadurch enger werden und besser abdichten. Manchmal muss die Behandlung wiederholt werden, um einen Effekt zu erreichen. Die Methode wird vor allem genutzt, wenn eine Operation nicht in Frage kommt.

Selbsthilfe durch Beckenbodentraining im Alltag

Beckenbodentraining macht für jede Frau Sinn, insbesondere nach einer Geburt und in den Wechseljahren, denn ein gut trainierter Beckenboden schützt vor Blasenschwäche. Den eigenen Beckenboden richtig „anzusteuern“, gelingt nicht immer auf Anhieb. Zu wissen, wie er aufgebaut ist, kann dabei helfen. Der Beckenboden ist ein Geflecht aus Bindegewebe und übereinander verlaufenden Muskelsträngen. Nach vorn ist er am Schambeinknochen befestigt, hinten am Steißbein und an den Seiten an den Sitzbeinhöckern. Wie eine Hängematte stützt er Blase und Gebärmutter von unten – und er sorgt für den Verschluss der Harnröhre.

Hat der Beckenboden im Laufe des Lebens an Kraft und Elastizität verloren, lässt er sich mit einigen Übungen meist wieder stärken – am besten mehrmals täglich, über den Tag verteilt. Ein positiver Nebeneffekt: Der Bauch wird flacher, weil ein fester Beckenboden die Haltung verbessert und die inneren Organe am richtigen Platz hält.

Übung 1: Becken kippen

Aufrecht hinstellen, die Füße fest am Boden lassen, die Knie leicht beugen. Das Brustbein heben und den Oberkörper aufrichten. Den Kopf in Verlängerung der Wirbelsäule halten, Schultern locker hängen lassen. Einen Handrücken auf den unteren Rücken, die andere Hand mit der Innenfläche auf den Bauch unterhalb des Nabels legen, der kleine Finger zeigt zum Schambein. Stellen Sie sich vor, der Beckenboden verbindet wie eine Hängematte Schambein und Steißbein. Leicht mit dem kleinen Finger auf das Schambein drücken. Mit einem stimmlosen „fff“-Laut ausatmen und das Becken nach vorn kippen. Zum Anspannen während des Ausatmens Scham- und Steißbein zusammenziehen. Einatmen, dabei das Becken nach hinten kippen, und fast ins Hohlkreuz kommen. Zehnmal wiederholen.

Übung 2: Aktiv sitzen

Auf einen Hocker setzen, Füße hüftbreit am Boden, Brustbein heben. Sitzbeinhöcker erspüren, das Becken vorkippen, bis die Schamlippen die Sitzfläche spüren. Beim Einatmen Sitzhöcker zusammen- und den After nach innen ziehen. Ausatmen, lösen. Ein paarmal ein- und ausatmen. Achtmal wiederholen.

Übung 3: Knie wippen

Hinknien, Unterarme und Handinnenflächen liegen auf dem Boden, die Arme sind schulterweit auseinander. Unter- und Oberarm bilden einen rechten Winkel. Die Füße liegen flach auf dem Boden. Den Kopf gerade halten in Verlängerung der Wirbelsäule. Die Knie minimal vom Boden abheben. Etwa acht Sekunden halten, dabei ruhig atmen. Dann achtmal mit den Knien minimal auf und ab wippen, danach achtmal minimal nach links und rechts „hüpfen“. Dabei ruhig atmen. Dann die Knie absetzen. Kurze Pause in der Entspannungsposition.

Übung 4: Zwischendurch entspannen

Erholungspausen beim Beckenbodentraining sind wichtig – auch zwischen den Wiederholungen schwieriger Übungen. Dazu hinknien, mit dem Po auf die Fersen setzen. Einen runden Rücken machen – und die Arme nach vorne schieben. Die Hände liegen flach aufeinander. Tief und gleichmäßig atmen. In der Position bleiben, solange es angenehm ist.

Übung 5: Zehen heben

In den Unterarmstütz gehen: Unterarme schulterweit auseinander auf den Boden legen. Füße hüftbreit auseinander aufstellen. Oberkörper und Beine bilden eine Linie. Knie leicht beugen. Der Kopf ist in Verlängerung der Wirbelsäule, Kinn leicht zur Brust ziehen. Nabel nach innen ziehen, Po anspannen. Einige Sekunden halten. Erst wenn dies gut klappt, kommt Schritt zwei: rechten Fuß minimal heben, halten. Absenken, Fußwechsel. Becken nicht kippen. Positionen so lange wie möglich halten (anfangs nur wenige Sekunden). Ruhig atmen. Entspannen, ein- bis dreimal wiederholen.

Übung 6: Rücken rollen

Auf den Rücken legen, die Beine hüftbreit auseinander aufstellen. Die Füße stehen fest auf dem Boden, die Arme liegen locker neben dem Körper. Wirbelsäule, Arme und Beine entspannen und den Atem fließen

lassen. Nun das Becken heben und langsam Wirbel für Wirbel aufröhlen, bis nur noch die Schulterblätter am Boden sind (nicht ins Hohlkreuz gehen!). Diese Position so lange halten, wie es angenehm ist. Gleichmäßig atmen. Dann langsam Wirbel für Wirbel abrollen, bis der ganze Rücken wieder aufliegt.

Ansteuerung des Beckenbodens mit Ultraschall prüfen

Wer Schwierigkeiten hat, die Muskulatur des eigenen Beckenbodens richtig anzusteuern, kann auch professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. So lässt sich die Grundspannung der Muskeln manuell ertasten, im Ultraschall bei der Frauenärztin oder beim Frauenarzt ist der Wechsel von Entspannung und Anspannung sogar deutlich zu sehen. Allerdings ist eine solcher Test nicht Bestandteil der jährlichen Vorsorgeuntersuchung, sondern wird meist nur auf Bitte der Patientin oder aber bei Spezialisten für Beckenbodentherapie durchgeführt.

Blasenschwäche mit OP beheben

Bleiben alle konservativen Verfahren erfolglos, können operative Eingriffe helfen. Der Erfolg eines Eingriffs gegen Blasenschwäche hängt auch immer von der sorgfältigen Diagnosestellung und der Erfahrung der Operateure mit der jeweiligen OP-Methode ab. Liegt eine Kombination von Inkontinenz und Senkung vor (zum Beispiel. Blase, vordere Scheidenwand, hintere Scheidenwand, Gebärmutterhals, Gebärmutter oder Teile des Enddarms), sollte in einer ersten Operation zunächst die Senkung behoben werden. Ist das Gewebe anschließend geheilt, muss die Situation neu beurteilt werden. Denn die Stabilisierung im Becken verändert auch die Verschlussituation der Blase. Eine erneute Blasendruckmessung zeigt, welche Ausprägung und Form der Inkontinenz noch vorliegt und welche Behandlung Erfolg verspricht.

Minimalinvasive OP bei Belastungsinkontinenz

Bei Belastungsinkontinenz sind in vielen Fällen minimalinvasive Operationen erfolgreich, zum Beispiel der Einsatz eines spannungsfreien Bändchens (TVT- oder TOT-Band) zur Stützung der Harnröhre. Die unter Narkose eingepflanzte Schlinge stabilisiert die Harnröhre und verhindert, dass in Belastungssituationen Urin abgeht. Die Erfolgsraten sind hoch, wenn es sich um eine reine Belastungsinkontinenz handelt.

Zu den Risiken gehören Blasenverletzungen, Narbenbildung und ein nicht perfekter Sitz des Bändchens. So kann ein zu straffer Sitz des Bändchens dazu führen, dass sich Restharn bildet und es wiederum zu Entleerungsstörungen kommt.

Implantation eines Netzes in den Unterleib

Die Implantation eines Netzes in den Unterleib zur Stabilisierung des Beckenbodens bei Senkungsbeschwerden ist eine große Operation, bei der Chancen, Risiken und Nebenwirkungen besonders sorgfältig abgewogen werden müssen. Die OP sollte nur von erfahrenen Ärztinnen und Ärzten in spezialisierten Zentren durchgeführt werden.

Ein unter der Harnröhre und Blase eingepflanztes Kunststoffnetz führt zu einer Entzündungsreaktion im Gewebe und dadurch zur Bildung einer narbigen Platte, die für Festigkeit sorgt. Bei dieser Methode kommt es nur selten zu Rückfällen, aber häufiger zu Komplikationen wie Schmerzen beim Wasserlassen oder beim Geschlechtsverkehr.

Behandlung der Dranginkontinenz

Bei einer Dranginkontinenz melden die Nerven dem Gehirn oft, die Blase sei voll, obwohl tatsächlich noch Platz wäre. Gibt die Frau diesem Druck zu schnell nach, kann sich die Dranginkontinenz immer weiter verschlimmern. Helfen kann anfangs noch eine kurze Ablenkung, wie zum Beispiel Kopfrechnen. Während sich das Gehirn mit der Lösung beschäftigt, ist schnell die entscheidende Minute auf dem Weg zur Toilette gewonnen.

Auch Beckenbodentraining kann bei einer nervösen Blase etwas Linderung verschaffen.

Medikamente bei Dranginkontinenz: Anticholinergika

Viele Betroffene benötigen zusätzlich aber doch Medikamente. Zur Behandlung der Dranginkontinenz haben sich sogenannte Anticholinergika bewährt. Sie dämpfen die Aktivität der Blasenmuskulatur. Da die Wirkung erst nach einiger Zeit einsetzt, sollten sie mindestens vier bis sechs Wochen eingenommen werden, um den Erfolg einschätzen zu können. Zu den Nebenwirkungen der Anticholinergika gehören Mundtrockenheit, Übelkeit, Sehstörungen, Herzrasen oder Verstopfung. Reicht die Wirkung der Anticholinergika nicht aus oder sind die Nebenwirkungen zu stark, kann der Wirkstoff Mirabegron eingesetzt

werden. Seine Wirkung setzt nach etwa drei Monaten ein, die Nebenwirkungen sind in der Regel geringer. Liegt ein Östrogenmangel vor, kann eine örtliche Hormontherapie mit einem Scheidenzäpfchen oder einer Scheidencreme sinnvoll sein.

Botox als Behandlungsoption

Reicht die Wirkung der Medikamente nicht aus, können bei einer überaktiven Blase Botox-Injektionen direkt in den Blasenmuskel helfen, dass der Urin längere Zeit gespeichert werden kann. Die Wirkung des Nervengiftes hält etwa sechs bis neun Monate an und wird danach wiederholt.

EXPERTINNEN ZUM THEMA:

Dr. Tina Cadenbach-Blome, Chefärztin Asklepios Klinik Altona, Hamburg Allgemeine Gynäkologie und Urogynäkologie Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe – Perinatalzentrum Level I Paul-Ehrlich-Straße 1 22763 Hamburg (040) 18 18 – 81 17 00 www.asklepios.com/beckenbodenzentrum/

Franziska Liesner, Stabile Mitte, Hamburg Praxis für Physiotherapie, Pilates und Naturheilkunde Goernestraße 30 20249 Hamburg www.physio-stabilemitte.de

Maria Jäger, Personal Trainerin Sportalive Personal Training, Hamburg www.sportalive.de

Priv.-Doz. Dr. Jennifer Kranz, Geschäftsführende Oberärztin Uniklinik RWTH Aachen Klinik für Urologie und Kinderurologie Pauwelsstraße 30 52074 Aachen www.ukaachen.de/kliniken-institute

WEITERE INFORMATIONEN:

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e. V. Friedrichstraße 15 60323 Frankfurt www.kontinenz-gesellschaft.de

5

PSORIASIS-ARTHRITIS BEHANDELN: KÄLTE, KLEIEBAD UND ATEMTERAPIE

Bei Psoriasis-Arthritis tritt Schuppenflechte in Kombination mit Rheuma auf. Die Natur-Docs setzen zur Linderung von Entzündungen auf der Haut und in Gelenken auf natürliche Therapien. Schuppenflechte-Rheuma (Psoriasis-Arthritis) bezeichnet eine Form der Schuppenflechte, bei der zusätzlich entzündliche Gelenkerkrankungen auftreten. Oftmals beginnen die chronischen Entzündungen, die sich durch schmerzende, steife und geschwollene Gelenke bemerkbar machen, erst Jahre nach Auftreten

der Schuppenflechte. Betroffene von Psoriasis-Arthritis beschreiben die Schmerzen an Haut und Gelenken häufig als brennend.

Hände, Füße, Ellenbogen und Knie häufig betroffen

Schuppenflechte-Rheuma kann alle Gelenke befallen, oftmals machen sich die Schmerzen aber an Händen, Füßen, Ellenbogen, Knien, am Nacken oder an der Wirbelsäule bemerkbar. Grundsätzlich kann Psoriasis Arthritis in jedem Alter auftreten, meist beginnt sie jedoch zwischen 35 und 55 Jahren. Schuppenflechte-Rheuma ist eine Autoimmunerkrankung. Mediziner gehen heute davon aus, dass ein großer Teil rheumatischer Entzündungen mit Bakterien im Darm zusammenhängen.

Autoimmunerkrankung: Immunsystem greift körpereigene Zellen an

Bei einer Autoimmunerkrankung arbeitet das Immunsystem aus ungeklärter Ursache fehlgesteuert. Die Zellen des Immunsystems greifen den eigenen Körper an, statt ihn vor Krankheiten zu schützen. Der Auslöser für diese Fehlsteuerung und die daraus resultierenden chronischen Entzündungen ist nicht bekannt.

Psoriasis-Arthritis mit Medikamenten behandeln

Medikamente können die Beschwerden der chronischen Krankheit lindern. In Absprache mit Rheumatologen kommen in frühen Phasen der Krankheit übliche Schmerzmittel wie Ibuprofen, Diclofenac oder Naproxen zum Einsatz. Nimmt Schuppenflechte-Rheuma einen schwereren Verlauf, können entzündungshemmende Mittel (Basismedikamente) zum Einsatz kommen. Diese sollen Schmerzen lindern, Entzündungen bekämpfen und Gelenkschäden hinauszögern oder sogar verhindern. Da Basismedikamente schwere Nebenwirkungen haben, ist ihr Einsatz in Ansprache mit Rheumatologen abzuwägen.

Verhalten und Gewohnheiten ändern, um Beschwerden zu lindern

Psoriasis-Arthritis ist nicht heilbar. Doch medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien können dafür sorgen, dass Betroffene nahezu beschwerdefrei leben können, vor allem bei frühzeitiger Diagnose. Eine wirksame Behandlung kann neben dem Einsatz von Medikamenten beispielsweise in einer anti-entzündlichen Ernährungsweise bestehen. Darüber

hinaus sollten Betroffene Übergewicht vermeiden, gelenkschonende Bewegung in den Alltag integrieren, Stress reduzieren und das Rauchen einstellen. Auch naturheilkundliche Anwendungen wie zum Beispiel Heilfasten und Akupunktur können Beschwerden lindern.

Kältekammern gegen Entzündung durch Psoriasis-Arthritis

Naturheilkundler setzen bei der Behandlung von Psoriasis-Arthritis unter anderem auf den Einsatz von extremer Kälte in Kältekammern. Patienten betreten die Kammer lediglich in Badebekleidung, mit Bade- und Handschuhen. Sie verharren darin zum Beispiel drei Minuten bei minus 110 Grad, um die Durchblutung anzuregen. Die Nutzung von Kältekammern soll einen positiven Effekt auf die Erkrankung haben und das Wohlbefinden steigern.

Mit Weizenkleie baden zur Beruhigung der Haut

Bei Weizenkleie handelt es sich um Rückstände, die beim Mahlen von Weizen zu Mehl anfallen. Bei Patienten mit Schuppenflechte kann Weizenkleie als Badezusatz wohltuend zum Einsatz kommen. Dazu einfach 100 Gramm Weizenkleie aus dem Supermarkt oder dem Naturkostladen ins warme Badewasser geben und die entstehenden Flöckchen immer wieder gleichmäßig auf dem Körper und auf von Schuppenflechte betroffene Hautstellen verteilen. Der sich beim Kleiebad bildende Schleim ist erwünscht: Dieser soll sich auf die trockenen Hautschuppen legen, Entzündungen reduzieren und die Haut beruhigen. Darüber hinaus soll das warme Bad für Entspannung sorgen.

Reflektorische Atemtherapie soll Zwerchfell stärken

Ein weiteres Mittel zur Behandlung von Psoriasis-Arthritis sehen Naturheilkundler in der reflektorischen Atemtherapie. Bei der Behandlung üben Physiotherapeuten durch spezielle Griffe Druck auf den Körper des Patienten aus, um das Atmen zu erleichtern und Atemzüge zu vertiefen. Die reflektorische Atemtherapie soll das Zwerchfell stärken und das vegetative Nervensystem herunterfahren.

EXPERTE ZUM THEMA:

Prof. Dr. Andreas Michalsen, Chefarzt Abteilung Naturheilkunde Immanuel Krankenhaus Berlin Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie Charité – Universitätsmedizin Berlin Standort Berlin-Wannsee Königstraße 63 14109 Berlin <https://naturheilkunde.immanuel.de>

➔ Alle Texte und weitere Infos finden Sie auch im Internet: www.ndr.de/visite

Die Redaktion erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit der angegebenen Adressen und Buchhinweise.

IMPRESSUM:

NDR Fernsehen Redaktion Medizin
Hugh-Greene-Weg 1 22529 Hamburg
Tel. (040) 4156-0 Fax (040) 4156-7459
visite@ndr.de