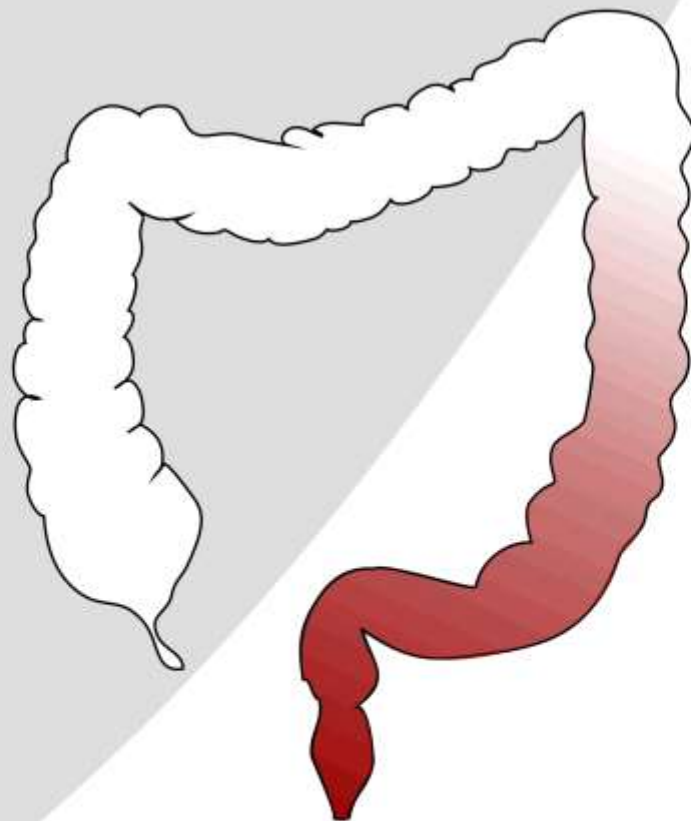


PaCED - Patientenschulung für Betroffene chronisch-entzündlicher Darmkrankheiten

Anwenderhandbuch



Erarbeitet von

Dipl.-Psych. Thomas Tuschhoff¹, Dipl.-Psych. Kerstin Dreger¹, Dr. med. Dimitrios Mainos¹,
Dipl.-Psych. Dr. Romy Weiland², Prof. Dr. Dr. Hermann Faller², Dipl.-Psych. Andrea Reusch²

¹ Reha-Zentrum Bad Mergentheim, Klinik Taubertal, der DRV Bund

² Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie
und Rehabilitationswissenschaften

VORWORT

Dieses Patientenschulungsprogramm wurde im Projekt „PaCED - Evaluation von ambulanten und stationären Schulungen für Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten“ im Reha-Zentrum Bad Mergentheim Klinik Taubertal der Deutschen Rentenversicherung Bund entwickelt und evaluiert. Es basiert auf einer Schulung der Klinik Taubertal. Von der dortigen gastroenterologischen Abteilung werden jährlich rund 500 Patientinnen mit chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten betreut. Dadurch liegen besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der Behandlung dieser eher seltenen Krankheiten und die Möglichkeit vor, krankheitsbezogene Schulungen in Gruppen durchzuführen. Die Unterrichtsplanung und die Entwicklung der Unterrichtsmaterialien wurden in erster Linie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik geleistet. Die hohe Zahl betreuter CED-Patientinnen ermöglichte es zudem, eine ausreichend große Stichprobe für die Evaluationsstudie zu gewinnen.

Das Evaluationsprojekt konnte durch die ausgesprochen kollegiale und kompetente Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe (Deutsche Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Vereinigung), professioneller Praxis (Rehabilitationszentrum Bad Mergentheim) und Forschung (Universität Würzburg; Zentrum Patientenschulung e.V.) erfolgreich gelingen. Weitere Informationen zum Projekt, der Abschlussbericht und links zu Publikationen finden sich auf folgender Homepage: http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/forschung/projekte-koop_22.html

Wir bedanken uns sehr herzlich bei allen Patientinnen, die mit ihrer Teilnahme an dem Forschungsprojekt, ihren Erfahrungen und Anregungen entscheidend zur Entwicklung des Manuals beigetragen haben sowie beim Bundesministerium für Bildung und Forschung für die Finanzierung des Projekts im Förderschwerpunkt „Patientenorientierung“.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Text darauf verzichtet, sowohl die weibliche als auch die männliche Form zu verwenden. Es sind stets beide Geschlechter gemeint.

INHALT

Ziele der Schulung	1
Zielgruppe	1
Übersicht über die Module	2
Methoden	3
Medien und Materialien	3
Rahmenbedingungen	4
Gruppengröße und räumliche Voraussetzungen	4
Organisation der Schulung	4
Personelle Voraussetzungen	5
Schwierige Gruppensituationen	5
Modul M1: Aufbau und Funktion des Magen-Darm-Trakts	6
Übersicht	6
Ablauf	6
Modul M2: Häufigkeit, Ursachen, Beschwerden und Diagnostik	8
Übersicht	8
Ablauf	8
Modul M3: Therapie der chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten	12
Übersicht	12
Ablauf	12
Modul M4: Medikamente	15
Übersicht	15
Ablauf	15
Modul M5: Begleiterkrankungen und Kinderwunsch	18
Übersicht	18
Ablauf	18
Modul P1: Einführung und Erfahrungsaustausch	20
Übersicht	20
Ablauf	21
Modul P2: Umgang mit belastenden Gefühlen	23
Übersicht	23
Ablauf	23
Modul P3: Ressourcenaktivierung und Kommunikation	26
Übersicht	26
Ablauf	26
Umgang mit schwierigen Gruppensituationen	31
Schlussbemerkung	37
Zitierte Literatur	38
Anhänge	39

ZIELE DER SCHULUNG

Die chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten Morbus Crohn und Colitis ulcerosa (CED) sind unheilbare Krankheiten, die in Schüben verlaufen. Der Krankheitsverlauf ist bei verschiedenen Betroffenen sehr unterschiedlich. Während manche kaum beeinträchtigt sind und nur wenige kurze Schübe haben, leiden andere unter einem chronisch-rezidivierenden oder chronisch-aktiven Verlauf mit vielen schweren Komplikationen. Insbesondere im Schub ist die soziale Teilhabe stark beeinträchtigt. Hohe Stuhlfrequenzen und unbeherrschbarer Stuhldrang machen es schwer oder unmöglich, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Im Unterschied zu manch anderer chronischer Erkrankung beginnen die chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten relativ früh im Leben, meist in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter. In dieser Lebensphase erschweren sie notwendige Entwicklungsschritte wie Ablösung vom Elternhaus, Ausbildung, Start ins Berufsleben, Partnerschaft und Familiengründung. Die zur Behandlung der CED eingesetzten Medikamente haben oft beträchtliche Nebenwirkungen. Dies führt nicht selten dazu, dass die Patientinnen ihre Medikamente nicht oder in nicht ausreichender Dosierung einnehmen oder stattdessen auf Außenseitermethoden ohne nachgewiesene Wirksamkeit ausweichen. Dies ist insbesondere in Krankheitsruhephasen ohne belastende Beschwerden der Fall. Der Krankheitsverlauf ist im Einzelfall unvorhersehbar. Es können schwere Komplikationen auftreten. Diese Unsicherheiten führen bei den Betroffenen häufig zu krankheitsbezogenen Sorgen und Ängsten. Die Krankheit stellt für sie - neben der rein körperlichen - eine psychische Belastung dar.

Leitziele des Schulungsprogramms sind, die Sorgen und Ängste der Teilnehmer zu reduzieren, Krankheitsbewältigung und Selbstmanagement zu fördern und damit die Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben zu verbessern. Die Lehrziele der einzelnen Unterrichtseinheiten leiten sich aus diesen Leitzielen ab.

Mit dem Schulungsprogramm für CED-Betroffene sollen mehrere Ziele erreicht werden:

1. Die Patientinnen sollen eine nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand optimale Diagnostik und Therapie ihrer Krankheit bekommen. Damit sie diese mit ihren Behandlern besprechen können, sollen sie mit den derzeit gültigen medizinischen Leitlinien (Dignass et al. 2011; Preiß et al. 2014) für ihre Krankheit vertraut sein.
2. Die Schulung soll dazu beitragen, dass die Patientinnen ihre Medikamente wie verordnet einnehmen. Indirekt soll hierdurch der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst werden.
3. Mit den psychologischen Schulungsmodulen sollen die krankheitsbezogenen Sorgen und Ängste vermindert werden.
4. Die Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung soll durch die Aktivierung von persönlichen Ressourcen der Betroffenen verbessert werden.
5. Die Fähigkeit zur Kommunikation mit den Behandlern soll verbessert werden.

ZIELGRUPPE

Die Patientenschulung wurde für erwachsene Menschen (ab 18 Jahre) beiderlei Geschlechts entwickelt, die entweder an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa leiden. Personen mit einer Colitis indeterminata oder einer kollagenen Colitis können gleichfalls teilnehmen. Teilnahmevoraussetzung ist das Beherrschen der deutschen Sprache. Die Schulungseinheiten wurden so konzipiert, dass sie sowohl für relativ neu Erkrankte, als auch für Betroffene geeignet ist, die bereits über langjährige Krankheitserfahrungen verfügen. Eine Mischung zwischen Neumanifestierten und Langzeiterkrankten bietet die Möglichkeit eines guten Erfahrungsaustausches.

In der Regel ist es möglich, auch Teilnehmerinnen in die Patientenschulung aufzunehmen, welche diese oder eine vergleichbare Schulung bereits absolviert haben. Bei Wiederholern sollte jedoch im Einzelfall entschieden werden, ob sie von einer erneuten Teilnahme profitieren können.

Die Schulung wendet sich an Betroffene. Die Teilnahme von Angehörigen ist nicht vorgesehen. Es wird den Teilnehmerinnen jedoch empfohlen, die Schulungsinhalte an ihre soziale Umgebung weiterzugeben, um das Verständnis für die Belastungen der Betroffenen zu erhöhen und die soziale Unterstützung zu verbessern. Hierzu kann das in der Schulung verteilte Begleitmaterial genutzt werden.

ÜBERSICHT ÜBER DIE MODULE

Das gesamte Schulungsprogramm besteht aus fünf medizinischen und drei psychologischen Modulen, die mit M1 bis M5 für die medizinischen und mit P1 bis P3 für die psychologischen bezeichnet sind. In der nachfolgenden Tabelle 1 ist die zeitliche Abfolge wiedergegeben, in der die Schulung während der Entwicklungs- und Evaluationsphase in der Klinik Taubertal durchgeführt worden ist. Sie bestand aus einem Wechsel zwischen psychologischen und medizinischen Unterrichtseinheiten. Diese Mischung soll ausdrücken, dass der Beitrag beider Professionen als gleich bedeutend zu betrachten ist. Würde man die psychologischen Module zum Beispiel erst nach den medizinischen anbieten könnte der Eindruck entstehen, dass die medizinischen Module den wichtigeren Hauptteil bilden und die psychologischen eine optionale Zugabe sind. Bei einer Adaptation dieser Schulung in anderen Einrichtungen wird man jedoch die jeweiligen organisatorischen Rahmenbedingungen wie z.B. die Verfügbarkeit des erforderlichen Fachpersonals berücksichtigen müssen. Dadurch können Abweichungen von der hier dargestellten Abfolge erforderlich werden.

Die gemischte Reihenfolge von psychologischen und medizinischen Teilen bei der Durchführung weicht ab von der Abfolge der Module im Begleitheft zur Schulung, das allen Teilnehmerinnen zur Verfügung gestellt wurde. Darin sind die psychologischen Module P1 bis P3 nach den medizinischen Modulen M1 bis M5 abgedruckt. Diese Abfolge wurde aus inhaltlichen Überlegungen gewählt, weil die späteren Unterrichtseinheiten des jeweiligen Faches auf den vorigen aufbauen.

Tabelle 1: Zeitliche Abfolge der acht Module des PaCED-Schulungsprogramms

Modul	Leitung	Umfang	Thema
Modul P1	Psychologin	90 Min.	Einführung, Erfahrungsaustausch
Modul M1	Ärztin	90 Min.	Aufbau und Funktion des Magen-Darm-Trakts
Modul M2	Ärztin	90 Min.	Häufigkeit, Ursachen, Symptome und Diagnostik der CED
Modul P2	Psychologin	90 Min.	Umgang mit belastenden Gefühlen
Modul M3	Ärztin	90 Min.	Therapie der CED
Modul M4	Ärztin	90 Min.	Medikamente
Modul P3	Psychologin	90 Min.	Kommunikation und Aktivierung von Ressourcen
Modul M5	Ärztin	90 Min.	Begleiterkrankungen, Schwangerschaft und Stillzeit

Anmerkungen: Die hier dargestellte zeitliche Abfolge der Module hat sich in der Klinikpraxis bewährt. Aus Gründen der inhaltlichen Zusammengehörigkeit sind die Kapitel zu den Modulen in diesem Anwenderhandbuch folgendermaßen geordnet: M1 bis M5 und P1 bis P3

METHODEN

Patientenschulung soll idealerweise didaktische Methoden verwenden, die patientenorientiert und aktivierend sind (Küffner & Reusch, 2014). In jedem Fall müssen sie jedoch geeignet sein, die angestrebten Lehrziele zu erreichen. Da sich die Lehrziele der medizinischen von denen der psychologischen Module unterscheiden, kommen in den beiden Gruppen unterschiedliche Methoden zum Einsatz.

Das Lehrziel der medizinischen Unterrichtseinheiten ist in erster Linie der Erwerb von krankheitsbezogenem Wissen, das am ökonomischsten mit interaktiven Vorträgen vermittelt werden kann. Die Teilnehmerinnen werden darin einbezogen, indem sie jederzeit Fragen stellen können, die von der Referentin beantwortet werden. Die Leiterin selbst kann die Gruppe einbeziehen indem sie Fragen an die Teilnehmerinnen stellt, Zurufabfragen oder Abstimmungen durchführt. Am Ende jedes medizinischen Moduls erhalten die Teilnehmerinnen eine Aufgabe (z. B. Quiz), die bis zum nächsten medizinischen Modul gelöst werden soll und dort besprochen wird.

In den psychologischen Modulen kommt es weniger auf den Erwerb von Wissen an als auf eine aktive Auseinandersetzung mit Emotionen und Verhalten. Die eingesetzten didaktischen Methoden sind deshalb vorwiegend interaktiver Natur. Es wird mit Kleingruppenarbeit, Gruppengesprächen, Übungen, Rollenspielen, Zurufabfragen und Therapieaufgaben gearbeitet.

MEDIEN UND MATERIALIEN

Sämtliche zu den Modulen gehörenden Materialien können von der Homepage des Zentrums Patientenschulung (www.zentrum-patientenschulung.de) heruntergeladen werden. In der Schulung werden sowohl Präsentationen verwendet, als auch Visualisierungen auf einem Flip-Chart oder einer Tafel. Die **Präsentationen** befinden sich auf der Homepage unter http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/forschung/projekte-koop_22.html. Hier sind die Dateien für die medizinischen Unterrichtseinheiten „PaCED_Modul_M1.pptx“ bis „PaCED_Modul_M5.pptx“ und die psychologischen Einheiten „PaCED_Modul_P1.pptx“ bis „PaCED_Modul_P2.pptx“ in dem Archiv „PaCED-Präsentationen.zip“ zum Download verfügbar. Die in diesem Manual erwähnten Foliennummern sind bezeichnet mit dem Buchstaben „M“ für ein medizinisches und „P“ für ein psychologisches Modul sowie einem „F“ für Folie. Dieser Systematik entsprechend, erhielten die Folien die Bezeichnungen FM1.1 bis FM5.17 und FP1.1 bis FP2.12. Modul P3 wird ohne Präsentation durchgeführt. Die mit PowerPoint erstellten Präsentationen sind im Breitbildformat 16:9 entwickelt worden, weil sie in der Klinik auf einem 16:9-Fernsehgerät wiedergegeben wurden. Bei Wandprojektion mit einem Beamer müssten sie gegebenenfalls in das 4:3-Format konvertiert werden, um schwarze Balken oben und unten zu vermeiden. Falls keine Möglichkeit für Präsentationen besteht, kann alternativ mit Overhead-Folien gearbeitet werden.

Für die Wiedergabe der Präsentationen ist ein Computer, ein Beamer oder ein Großbild-TV-Gerät erforderlich. Um Ideen aus der Gruppe visualisieren zu können sollte ein Flip-Chart oder eine Tafel vorhanden sein. Als Arbeitsmaterial erhalten die Teilnehmerinnen ein **Patientenheft** (auf o. g. Homepage unter: „PaCED_Patientenheft.pdf“), in welchem die Schulungsinhalte sowie die Arbeitsblätter zu den einzelnen Schulungseinheiten enthalten sind. Dies erspart es den Teilnehmerinnen, während der Schulung mitzuschreiben. Erwünscht ist, dass sie sich dabei ergänzende Randnotizen machen. Zum Bearbeiten der Arbeitsblätter im Heft benötigen die Patientinnen Klemmbretter und Stifte. Zur Ergänzung sehr bewährt hat sich darüber hinaus das Buch von Langsch & Zillesen (2014).

Die in diesem Manual kursiv wiedergegebenen wörtlichen Redebeiträge mögen bitte als Anregung für die Dozentinnen verstanden werden. Sie müssen selbstverständlich nicht übernommen werden.

RAHMENBEDINGUNGEN

Dieses Schulungsprogramm wurde für den Einsatz innerhalb einer dreiwöchigen stationären Rehabilitation entwickelt. Es kann in dieser Zeit vollständig durchgeführt werden. Im Rahmen des Forschungsprojektes, in dem diese Schulung evaluiert worden ist, hat die Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung DCCV e.V. ein Konzept für die ambulante Durchführung in einem Wochenendseminar entwickelt und evaluiert, das bei der DCCV (www.dccv.de) gebucht werden kann.

GRUPPENGROSSE UND RÄUMLICHE VORAUSSETZUNGEN

Als Schulungsraum eignet sich ein ruhiger Raum mit Platz für einen Stuhlkreis mit 15 Stühlen. Der Stuhlkreis ist günstig, da er es ermöglicht, dass sich alle Teilnehmerinnen gegenseitig sehen und ansprechen können. Im Kreis sind alle gleichrangig. Ideal ist eine Gruppengröße von 7 bis 15 Teilnehmerinnen. Bei kleineren Gruppen gibt es zu wenige Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch. Einzelfallerfahrungen dominieren zu sehr. In größeren Gruppen entsteht die Gefahr, dass Einzelne sich nicht mehr einbringen können oder sich durch die Vielzahl der Teilnehmerinnen gehemmt fühlen. Mit zunehmender Gruppengröße steigt auch das Risiko für Nebengespräche.

Gleichwohl kann es sein, dass von diesen Idealbedingungen abgewichen werden muss. Während die psychologischen Module in der Klinik Taubertal komplett als geschlossene Kleingruppen in der genannten Größe durchgeführt werden konnten, war es aus personellen Gründen notwendig, die medizinischen Module in größeren Gruppen zu schulen, weil nicht genügend Fachpersonal vorhanden war, um Parallelkurse anbieten zu können. In den medizinischen Unterrichtseinheiten wurden daher stets zwei psychologische Gruppen mit insgesamt bis zu 30 Personen gemeinsam unterrichtet.

ORGANISATION DER SCHULUNG

Die Schulung umfasst fünf medizinische und drei psychologische Einheiten, die jeweils 90 Minuten in Anspruch nehmen. In der Klinik sollte sie in den Therapieplan der Patienten integriert sein und eine hohe Priorität haben. Die Durchführung innerhalb der Kernzeit drückt den entsprechenden Stellenwert der Schulung aus. Eine Verschiebung in eine Randzeit (früher Morgen oder später Nachmittag) würde dagegen die mögliche Einschätzung der Patienten fördern, dass die Schulung optional ist.

Mahlzeiten können die Darmtätigkeit anregen und dazu führen, dass die Teilnehmer Stuhldrang bekommen. Zwischen der letzten Mahlzeit und dem Beginn der Schulung sollte daher ausreichend Zeit für die Toilette vorhanden sein. Dies kann verhindern, dass die Teilnehmer während der Veranstaltung die Schulung verlassen müssen. Der späte Vormittag oder der Nachmittag ab 14 Uhr oder 15 Uhr haben sich in der Praxis bewährt. Gleichwohl kann es vorkommen, dass bei CED-Patienten auch während einer Schulung Stuhldrang auftritt. Es empfiehlt sich, in der ersten Sitzung auf die nächstgelegene Toilette hinzuweisen und darum zu bitten, dass die Teilnehmer danach so rasch wie möglich wieder zurückkommen. Dieser Hinweis kann das Verlassen der Schulung enttabuisieren und entsprechende Ängste vermindern. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass es unerwartet selten vorkommt, dass Patientinnen wegen Stuhldrangs, Blähungen oder starker Förderung eines Stomas den Raum verlassen. Durch eine entspannte Gruppenatmosphäre und interessante Themen scheint es möglich zu sein, dass die Patientinnen während der Schulung nicht zur Toilette müssen.

Terminüberschneidungen mit anderen Therapien sollten vermieden werden, damit die Gruppen stets vollständig sind. Dies lässt sich nicht in jedem Fall realisieren. Akute Erkrankungen, medizinische Diagnostik oder psychologische Krisensituationen können z.B. zum Fehlen führen. Indem das Fehlen einzelner Mitglieder in der Gruppe aber angesprochen und begründet wird, ohne dabei aber die Schweigepflicht zu verletzen, kann vermieden werden, dass sich die Teilnehmerzahl im Verlauf mehr und mehr verringert.

Die Patientenschulung sollte möglichst in einer geschlossenen Gruppe durchgeführt werden, da die medizinischen bzw. psychologischen Schulungseinheiten aufeinander aufbauen. Wenn möglich, sollte verhindert werden, zu einem beliebigen Zeitpunkt in die Schulung einzusteigen, weil in diesem Fall Grundlagenkenntnisse fehlen und

die Gruppenkohäsion gestört würde. Das Prinzip der geschlossenen Gruppe gilt in erster Linie für die psychologischen Module. Sie ist nötig, damit sich Vertrauen und Offenheit in der Gruppe entwickeln können. Dies bedeutet, dass stets zwei Kurse parallel zueinander angeboten werden müssen, um alle Unterrichtseinheiten innerhalb eines dreiwöchigen Reha-Aufenthaltes unterzubringen. Falls dies wegen knapper Personalkapazitäten nicht möglich ist, halten wir es für vertretbar, die medizinischen Schulungen in halboffenen Gruppen anzubieten und z.B. zwei psychologische Gruppen in den medizinischen Modulen gemeinsam zu schulen. Ein Einstieg in das Programm ist damit jede Woche möglich. Für einen Teil der Teilnehmerinnen ändert sich hierdurch allerdings die Reihenfolge der medizinischen Module. Eine Alternative wäre, alle für die Schulung in Frage kommenden Patientinnen zu einem festgesetzten Zeitpunkt gemeinsam aufzunehmen.

PERSONELLE VORAUSSETZUNGEN

Die medizinischen Module sollten von einer Gastroenterologin oder Internistin mit Erfahrung in der Behandlung von chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten durchgeführt werden. Wünschenswert sind bei den Referenten Ausbildungen oder Erfahrungen in der Gruppenleitung. Medizinische Fachbegriffe sollen vermieden und durch umgangssprachliche Begriffe ersetzt werden. Wenn Fachbegriffe verwendet werden, sollen diese erklärt werden.

Die psychologischen Einheiten sollten von einer Diplom-Psychologin oder einer Person mit einem Masterabschluss in Psychologie durchgeführt werden. Kenntnisse und Erfahrungen in der (Gruppen-) Psychotherapie sind wichtig, weil es nicht allein darauf ankommt, die im Schulungsmanual beschriebenen Inhalte zu vermitteln, sondern sehr aufmerksam zu beobachten und individuell auf die Teilnehmerinnen einzugehen. Empfohlen wird der Besuch eines Train-the-Trainer-Seminars.

Für den Fall von Urlaub oder Krankheit ist die Vertretung vorab festzulegen.

SCHWIERIGE GRUPPENSITUATIONEN

Das Schulungsmanual beschreibt die Inhalte, die Lehrmethoden und die Medien. Vor allem unerfahrenere Dozentinnen sollten sich jedoch darüber klar sein, dass die Patientenschulung allein auf der Basis dieses Manuals nicht notwendigerweise erfolgreich durchgeführt werden kann. In Gruppen können vielmehr Schwierigkeiten auftreten, welche die Dozentinnen vor große Herausforderungen stellen und dazu führen, dass sie ihre Arbeit als anstrengend oder belastend erleben. Im letzten Kapitel wird deshalb auf einige dieser Probleme aufmerksam gemacht und Lösungsmöglichkeiten dargestellt, soweit dies im Rahmen eines Schulungsmanuals möglich ist.

MODUL M1: AUFBAU UND FUNKTION DES MAGEN-DARM-TRAKTS

ÜBERSICHT

Thema	Aufbau und Funktion des Magen-Darm-Trakts
Dauer	90 Minuten
Leitung	Gastroenterologin
Raum	Gruppenraum mit Stuhlkreis
Material	Patientenheft, Arbeitsblatt, Präsentation PaCED_Modul_M1.pptx
Lehrziele	<p>ZM1.1 Die Teilnehmerinnen können die verschiedenen Abschnitte des Gastrointestinaltrakts benennen.</p> <p>ZM1.2 Die Teilnehmerinnen können die unterschiedlichen Funktionen der Teile des Gastrointestinaltrakts angeben.</p> <p>ZM1.3 Die Teilnehmerinnen können die bei ihnen erkrankten Teile des Gastrointestinaltrakts in einen Torso einzeichnen.</p>

Ziele	Inhalte	Dauer	Methoden	Materialien
ZM1.1	Information über den Aufbau des Magen-Darm-Trakts	20 Min.	Zurufabfrage, Vortrag, Gruppendiskussion	Folie FM1.4 bis FM1.17 Patientenheft
ZM1.2	Information über die Funktionen des Magen-Darm-Trakts	60 Min.	Vortrag, Gruppendiskussion	Folien FM1.4 bis FM1.17
ZM1.3	Lage des Verdauungstrakts und Lokalisation erkrankter Organe im Körper	10 Min.	Gruppengespräch	Folie FM1.18 Arbeitsblatt Torso

ABLAUF

Die Leiterin stellt sich für eventuell neu hinzugekommene Patientinnen zunächst selbst vor. Sie weist darauf hin, dass die Teilnehmerinnen einen Vortrag auch stets unterbrechen und Zwischenfragen stellen dürfen.

Für Patientinnen, die bereits an Modul M5 teilgenommen haben, kann auf die Therapieaufgabe aus M5 eingegangen werden. Dabei sollten die richtigen Antworten auf die fünf Fragen zu Begleiterkrankungen, Schmerzmitteln und zur Medikation während einer Schwangerschaft benannt und in den Buchstabensalat eingetragen haben (Folien FM1.2 und FM1.3).

ZM1.1 - ZM1.3 MAGEN-DARMTRAKT

Es erfolgt eine Zurufabfrage, bei der die Teilnehmerinnen die Teile des Verdauungstrakts nennen sollen. Nach einer Übersichtsfolie (Folie FM1.4) werden mit Hilfe der Präsentation der Aufbau und die Funktionen des Verdauungstrakts erklärt. Es wird insbesondere darauf eingegangen, dass die bei chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten auftretenden Beschwerden aus einer Funktionsstörung des von einer Entzündung befallenen Abschnitts des Verdauungstrakts entstehen.

Abschnitt	Funktionen
Mund, Rachen, Speicheldrüsen (Folien FM1.5 und FM1.6)	<ul style="list-style-type: none"> • Nahrung zerkleinern • Speichel bilden • Nahrung transportieren • Kohlenhydrate spalten • Traubenzucker aufnehmen
Speiseröhre (Folie FM1.7)	<ul style="list-style-type: none"> • Nahrung transportieren
Magen (Folien FM1.8 und FM1.9)	<ul style="list-style-type: none"> • Nahrungsaufnahme regulieren, Nahrung speichern, zerkleinern, verflüssigen und durchmischen • Bakterien abtöten • intrinsic factor bilden, der das Vitamin B₁₂ schützt • portioniert weitergeben an den Dünndarm
Dünndarm (Folien FM1.10 und FM1.11)	<ul style="list-style-type: none"> • Speisebrei durchmischen und transportieren • verdauliche Nahrungsbestandteile zerkleinern • entstandenen Spaltprodukte aufnehmen <p>Spezielle Funktionen des Krummdarms</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitamin B₁₂ und fettlösliche Vitamine A, D, E und K aufnehmen • Gallensäuren wieder aufnehmen
Gallenblase und Gallenwege (Folie FM1.12)	<ul style="list-style-type: none"> • Galle speichern • Galle in den Zwölffingerdarm transportieren
Bauchspeicheldrüse (Folie FM1.13)	<ul style="list-style-type: none"> • Zuckerstoffwechsel regulieren (Insulin, Glukagon) • Magensäure neutralisieren • Enzyme bilden, die Kohlenhydrate, Fette und Eiweiß spalten
Dickdarm (Folien FM1.14 und FM1.15)	<ul style="list-style-type: none"> • unverdaulichen Nahrungsreste transportieren • Eindicken durch Wasserentzug • Elektrolyte aufnehmen • Energie für den Eigenbedarf gewinnen
Mastdarm (Folie FM1.16)	<ul style="list-style-type: none"> • Stuhlentleerung kontrollieren
Intestinale Barriere (Folie FM1.17)	<ul style="list-style-type: none"> • Eindringen von schädigenden Stoffen in die Darmwand verhindern

Besprochen wird die bis zur nächsten Sitzung zu erledigende Therapieaufgabe (Folie FM1.18), den Verdauungstrakt in das Arbeitsblatt mit dem Torso einzuzeichnen und die bei der jeweiligen Patientin befallenen Abschnitte zu markieren.

Anschließend werden Fragen der Teilnehmerinnen beantwortet (Folie FM1.19).

MODUL M2: HÄUFIGKEIT, URSACHEN, BESCHWERDEN UND DIAGNOSTIK

ÜBERSICHT

Thema	Häufigkeit, Ursachen, Beschwerden und Diagnostik
Dauer	90 Minuten
Leitung	Gastroenterologin
Raum	Gruppenraum mit Stuhlkreis
Material	Patientenheft, Arbeitsblatt, Präsentation PaCED_Modul_M2.pptx
Lehrziele	ZM2.1 Die Teilnehmerinnen können mindestens 3 mögliche Ursachen der CED nennen. ZM2.2 Die Teilnehmerinnen können mindestens 3 Hauptsymptome ihrer CED angeben. ZM2.3 Die Teilnehmerinnen können erklären, worin sich die Befallsmuster bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa unterscheiden. ZM2.4 Die Teilnehmerinnen können verschiedene Verlaufsformen der CED angeben. ZM2.5 Die Teilnehmerinnen können vier diagnostische Verfahren zur Feststellung von CED nennen.

Ziele	Inhalte	Dauer	Methoden	Materialien
ZM2.1	Häufigkeit und Ursachen der CED	15 Min.	Vortrag, Gruppendiskussion	Präsentation Folien FM2.4 bis FM2.11
ZM2.2	Beschwerden und Komplikationen	15 Min.	Vortrag, Gruppendiskussion	Folien FM2.12 bis FM2.15
ZM2.3	Befallsmuster bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn	20 Min.	Vortrag	FM2.16 bis FM2.17
ZM2.4	Verlaufsformen	20 Min.	Vortrag	Folien FM2.18 bis FM2.23
ZM2.5	Diagnostik	20 Min.	Vortrag	Folien FM2.24 bis FM2.41

ABLAUF

Die Unterrichtseinheit beginnt mit der Besprechung der Therapieaufgabe aus der letzten Sitzung, den Verdauungstrakt und die individuell betroffenen Abschnitte in einen Torso einzuzeichnen (Folie FM2.2). Es schließt sich eine Übersicht über die Themen des Moduls an (Folie FM2.3).

ZM2.1 HÄUFIGKEIT UND URSACHEN DER CED

Die Teilnehmerinnen sollen zunächst einmal schätzen, wie häufig die CED vorkommen. An Hand der Präsentation wird anschließend die Häufigkeitsverteilung der CED dargestellt. In Deutschland leben ca. 320.000 Betroffene. Auf 100.000 Einwohner kommen 10 – 200 Morbus Cohn- und 120 – 260 Colitis-Patienten. Morbus Crohn kommt bei Frauen etwas häufiger vor als bei Männern, Colitis ulcerosa ist bei Männern etwas häufiger als bei Frauen (Folie FM2.4). Sowohl in Europa, als auch in Amerika gibt es ein Nord-Süd-Gefälle. In der Stadt sind die CED häufiger als auf dem Land. Das erste Auftreten ist in der 2. oder 3. Lebensdekade. In sozioökonomisch höheren Schichten sind sie häufiger als in niedrigeren (Folie FM2.5).

Ursächlich in Frage kommen eine erbliche Veranlagung und Umweltfaktoren (Folie FM2.6). Dies schließt man aus Zwillingsuntersuchungen. Bei eineiigen Zwillingen sind häufiger beide betroffen als bei zweieiigen oder bei Geschwistern (Folie FM2.7). Rauchen verdoppelt das Risiko, an Morbus Crohn zu erkranken. Es kann aber vor Colitis ulcerosa schützen. Hohe Hygienestandards in der Kindheit scheinen das Risiko zu erhöhen, an Morbus Crohn zu erkranken. Eine Blinddarmentfernung schützt möglicherweise vor Colitis ulcerosa (Folie FM2.9). Rauchen erhöht das Risiko für Rückfälle, Engstellen, die Notwendigkeit von Operationen, die Notwendigkeit von immunsuppressiver Therapie, den Knochenschwund und das verschlechterte Ansprechen auf Infliximab (Folie FM2.10).

Ging man früher davon aus, dass eine Überreaktion des Immunsystems für die CED verantwortlich ist, so vermutet man heute eine Barriestörung. Es fehlt ein Schutz, so dass krankmachende Keime in die Darmwand eindringen können und dort eine Entzündung auslösen (Folie FM2.11).

ZM2.2 BESCHWERDEN UND KOMPLIKATIONEN

Die häufigsten Symptome bei Morbus Crohn sind Durchfall (70% - 80%), Bauchschmerzen (70% - 80%), Gewichtsverlust (50% - 60%), Fieber (25% - 40%), Blutarmut (20% - 30%) und Analfisten (10% - 30%) (Folie FM2.12). Die Teilnehmerinnen mit Morbus Crohn können dazu aufgefordert werden, die Hände zu heben, wenn sie das jeweilige Symptom haben oder hatten. Dies zeigt die Verteilung der Symptome in der Gruppe.

Die häufigsten Symptome bei Colitis ulcerosa sind blutige Durchfälle (80% - 100%), Bauchschmerzen (80%), Blutarmut (20% - 50%), Gewichtsverlust (20% - 40%) und Gelenkschmerzen (10% - 30%) (Folie FM2.13). Die Teilnehmerinnen mit Colitis ulcerosa können dazu aufgefordert werden die Hände zu heben, wenn sie das jeweilige Symptom aktuell haben oder in der Vergangenheit hatten. Dies zeigt die Verteilung der Symptome in der Gruppe.

Bei Colitis können Blutungen, ein toxisches Megacolon, ein Riss der Darmwand oder Dickdarmkrebs auftreten (Folie FM2.14). Bei Morbus Crohn kann es zu Blutungen, Fissuren, Eiteransammlungen im Bauch, Fisteln, Riss in der Darmwand und zum toxischen Megacolon kommen (Folie FM2.15).

ZM2.3 BEFALLSMUSTER BEI COLITIS ULCEROSA UND MORBUS CROHN

Bei Colitis ulcerosa kann eine Proctitis und Rectosigmoiditis, eine Linksseitencolitis oder ein Pancolitis vorliegen (Folie FM2.16). Bei Morbus Crohn kann ein isolierter Dünndarmbefall in etwa 25% - 30% der Fälle, ein isolierter Dickdarmbefall in etwa 20% - 30% der Fälle, ein Befall von Dün- und Dickdarm in etwa 30% - 50% der Fälle oder ein Befall von Speiseröhre, Magen und oberem Dünndarm vorliegen (Folie FM2.17).

ZM2.4 VERLAUFSFORMEN BEI COLITIS ULCEROSA UND MORBUS CROHN

Die CED verlaufen in Schüben, bei Morbus Crohn in ca. 40% - 50% der Fälle, bei Colitis ulcerosa in ca. 50% - 80% der Fälle (Folie FM2.18). Es gibt chronisch aktive Verläufe, die steroidabhängig oder steroidrefraktär sein können (Folie FM2.19). In manchen Fällen kommt es zu einem fulminanten Verlauf. Er ist gekennzeichnet durch Fieber mit $>38,5$ °C, einer hohen Pulsfrequenz, blutigen Durchfällen, Blutarmut, Gewichtsabnahme, einem reduzierten Allgemeinzustand und erhöhten Entzündungswerten (Folie FM2.20). In vielen Fällen lässt die Entzündungsaktivität im Lauf der Zeit. Bei Colitis ulcerosa weitet sich eine anfänglich auf das Rektum begrenzte Entzündung nach 5 Jahren in 10% der Fälle, nach 10 Jahren in 20% der Fälle und nach 20 Jahren in 30% der Fälle auf höhere Darmabschnitte aus (Folie FM2.21).

Bei Morbus Crohn kann sich die Erkrankung im Verlauf ebenfalls ausbreiten. Ileum und Colon sind bei Erstdiagnose in 45% der Fälle betroffen, nach 15 Jahren in 78% der Fälle (Folie FM2.22).

Bei Morbus Crohn lässt die Aktivität in fast der Hälfte der Fälle nach, bei Colitis ulcerosa ist dies in über der Hälfte der Fälle der Fall (Folie FM2.23).

ZM2.5 DIAGNOSTIK

Zur Diagnostik einer CED führt man folgende Untersuchungen durch (Folien FM2.24 und FM2.25)

- Krankengeschichte erheben
- Körperlich untersuchen
- Laboruntersuchungen
- Untersuchung des Stuhls auf Bakterien
- Ultraschalluntersuchung
- Darmspiegelung
- Magenspiegelung
- Röntgenuntersuchung des Dünndarms mit Kontrastmitteln
- Computertomographie der Bauchorgane
- Kernspintomographie der Bauchorgane
- Kapselendoskopie
- Endoskopische Untersuchung des Dünndarms

In der Anamnese wird nach CED in der Familie gefragt, nach aktuellen Beschwerden wie Stuhlfrequenz, Stuhlkonsistenz, Blut im Stuhl und Inkontinenz. Es werden Auslandsreisen erfragt, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Kontakt zu Personen mit Durchfall, um Hinweise auf Infektionsquellen zu erhalten (Folie FM2.26).

Die Medikamentenanamnese umfasst Fragen nach Antibiotika und nicht-steroidalen Antirheumatika. Erhoben werden extraintestinale Manifestationen an der Haut, den Gelenken oder den Augen. Es wird nach sekretfördernden Hautöffnungen gefragt sowie nach Luftabgang beim Wasserlassen (Folie FM2.27).

Bei der ärztlichen Untersuchung werden der Ernährungszustand, die Temperatur, die Pulsfrequenz, der Blutdruck, der Mundbefund (Aphten), der Tastaturbefund der Bauchorgane, Haut- und Gelenkveränderungen erfasst (Folie FM2.28).

An Laboruntersuchungen sind ein Blutbild als Hinweis auf eine Blutarmut oder Entzündung, das C-reaktive Protein (bei Entzündung erhöht), sowie die Gamma-GT und die AP als Hinweis auf eine primär sklerosierende Cholangitis sinnvoll (Folie FM2.29).

Der Stuhl wird auf Bakterien untersucht: Yersinien, Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Kolibakterien und Clostridien (Folie FM2.30).

Mit der Ultraschalluntersuchung (Sonografie) können Darmwandverdickungen, Veränderungen der Darmwandschichtung, Einengungen des Darminnendurchmessers, erweiterte Darmschlingen, Eiteransammlungen, Fisteln und Schlingenkonglomerate erfasst werden (Folie FM2.31).

Die Darmspiegelung dient der Sicherung der Diagnose, der Ermittlung des Befallsmusters und bei Colitis ulcerosa der Beurteilung der Entzündungsaktivität (Folie FM2.32).

Bei Morbus Crohn fallen bei der Koloskopie eine diskontinuierliche Entzündung auf, eine disproportionierte Entzündung mit stärkerer Entzündung tieferer Schichten, Aphten, spaltförmige Geschwüre und ein Pflastersteinrelief auf (Folie FM2.33).

Endoskopische Veränderungen bei Colitis ulcerosa sind eine angeschwollene, samtartig granuliert, diffus gerötete und sehr leicht verletzliche Schleimhaut, Geschwüre und im späteren Verlauf ein Verlust an Ausbuchtungen der Dickdarmwand (Haustren), eine Schleimhautvernarbung sowie polypöse Schleimhautregenerate (Polypen) (Folie FM2.34).

Ist eine CED schon bekannt, sind Darmspiegelungen nur sinnvoll (Folie FM2.35)

- bei unklaren Situationen
- wenn sie Therapieänderungen nach sich zieht
- zur Dehnung narbiger Stenosen
- zur Krebsvorsorge

Bei Colitis ulcerosa sollte eine Koloskopie zur Krebsvorsorge in der Remissionsphase durchgeführt werden. Bei Proctitis ist dies nicht erforderlich. Bei Linksseitencolitis sollte sie 15 Jahre nach Erstdiagnose alle 1 bis 2 Jahre durchgeführt werden. Bei Pancolitis sollte sie 8 Jahre nach Krankheitsbeginn alle 1 bis 2 Jahre durchgeführt werden. Liegen sowohl eine Pancolitis, als auch eine primär sklerosierende Cholangitis vor, wird eine jährliche Koloskopie ab Erstdiagnose empfohlen (Folie FM2.36). Bei Morbus Crohn ist eine Vorsorge-Coloskopie nur bei ausgedehntem Befall des Colons erforderlich. Damit sollte 8 Jahre nach der Erstdiagnose begonnen werden (Folie FM2.37).

Bei Pancolitis liegt das Risiko für ein kolorektales Karzinom bei 5,4%. Es ist erhöht, wenn gleichzeitig eine primär sklerosierende Cholangitis vorliegt. Es ist umso höher, je stärker die Krankheitsaktivität ist und je länger die Krankheit besteht (Folie FM2.38).

Eine Magenspiegelung (Gastroskopie) sollte bei Morbus Crohn im Kindes- und Jugendalter stets durchgeführt werden, bei Erwachsenen nur bei entsprechenden Beschwerden. Empfohlen wird die Magenspiegelung auch bei einer Colitis indeterminata, um zwischen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa unterscheiden zu können. Bei ca. 10% der Betroffenen kann keine eindeutige Zuordnung zu einer dieser beiden Diagnosen getroffen werden (Folie FM2.39).

Die Magnetresonanztomographie (Kernspin-Tomographie) ist angezeigt bei Verdacht auf Fisteln. Sie liefert Informationen über Veränderungen außerhalb des Darms wie Fisteln, Abszesse oder Engstellen. Mit ihr ist keine Strahlenbelastung verbunden (Folie FM2.40).

Eine Kapselendoskopie ist angezeigt bei einem Verdacht auf Morbus Crohn des Dünndarms, der endoskopisch nicht feststellbar ist. Dabei können aber keine Gewebeproben entnommen werden. Es besteht das Problem von falsch positiven Befunden in 10% - 20% der Fälle. Vor einer solchen Untersuchung müssen Darmengstellen (Stenosen) z.B. mittels einer Magnetresonanztomographie ausgeschlossen werden. Sonst besteht die Gefahr, dass die Kapsel zu einem Darmverschluss führt, der operativ entfernt werden muss (Folie FM2.41).

Zum Abschluss wird die Therapieaufgabe vorgestellt, bis zur nächsten medizinischen Unterrichtseinheit einen Lückentext auszufüllen (Folie FM2.42). Abschließend werden weitere Fragen der Teilnehmerinnen beantwortet (Folie FM.2.43).

MODUL M3: THERAPIE DER CHRONISCH-ENTZÜNDLICHEN DARMKRANKHEITEN

ÜBERSICHT

Thema	Therapie der chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten
Dauer	90 Minuten
Leitung	Gastroenterologin
Raum	Gruppenraum mit Stuhlkreis
Material	Patientenheft, Präsentation PaCED_Modul_M3.pptx
Lehrziele	<p>ZM3.1 Die Teilnehmerinnen können schildern, was sie bei ihrer Ernährung bei Stenosen und nach Entfernung des terminalen Ileums beachten sollten.</p> <p>ZM3.2 Die Teilnehmer können erklären, dass es unterschiedliche Behandlungsmethoden bei unterschiedlichen Schweregraden der Colitis ulcerosa gibt.</p> <p>ZM3.3 Die Teilnehmer können erklären, dass es unterschiedliche Behandlungsmethoden bei unterschiedlichen Schweregraden des Morbus Crohn gibt.</p>

Ziele	Inhalte	Dauer	Methoden	Materialien
ZM3.1	Ernährung bei Stenosen und nach Entfernung des terminalen Ileums	10 Min.	Vortrag	Präsentation Folien FM3.6 bis FM3.7
ZM3.2	Therapie der Colitis ulcerosa	40 Min.	Vortrag	Folien FM3.8 bis FM3.19
ZM3.3	Therapie des Morbus Crohn	40 Min.	Vortrag	Folien FM3.20 bis FM3.41

ABLAUF

Zu Beginn des Moduls wird die Therapieaufgabe aus Modul 3 besprochen, das Ausfüllen des Lückentextes. Es folgt eine Übersicht über die Inhalte der Unterrichtseinheit (Folien FM3.2 bis FM3.4). Es schließt sich eine Übersicht über die Inhalte dieses Moduls an (Folie FM3.5).

ZM3.1 ERNÄHRUNG BEI STENOSEN UND NACH ENTFERNUNG DES TERMINALEN ILEUMS

An Hand der Präsentation oder von Overhead-Folien wird darauf eingegangen, dass es keine spezielle Diät für Betroffene der CED gibt. Es sind lediglich individuelle Lebensmittelunverträglichkeiten zu berücksichtigen (Folie FM3.6). Liegen allerdings Darmengstellen (Stenosen) vor, sollen Faserstoffe gemieden werden. Bei Verlust von Gallensäuren in Folge Entfernung des terminalen Ileums soll fettarm gegessen werden, damit sich keine Gallensteine bilden. Wird mit dem Stuhl Fett ausgeschieden, sollen eine fett- und oxalatarme Kost eingenommen und besondere Fette (mittelkettige Triglyceride) verwendet werden. Bei einer Behandlung mit Glucocortikoiden sollen Calcium und Vitamin D eingenommen werden (Folie FM3.7).

ZM3.2 THERAPIE DER COLITIS ULCEROSA

Vor Beginn einer Therapie wegen CED sollte das Befallsmuster, die Aktivität und der bisherige Therapieverlauf bekannt sein, d.h. wie die Medikamente angesprochen haben, ob Unverträglichkeiten vorliegen etc. (Folie FM3.8).

Dargestellt wird die Therapie der Colitis ulcerosa bei gering- bis mittelgradigem Verlauf, d.h. weniger als 4 Stühle pro Tag, Fieberfreiheit, ohne Blutarmut und ohne erhöhte Entzündungswerte im Blut (Folie FM3.9). Bei einer Proctitis werden Mesalazin-Zäpfchen oder -Schaum eingesetzt (0,5 -- 1 g/Tag). Bei einer Linksseiten-Colitis werden Mesalazin-Einläufe (1 bis 4 g/Tag) empfohlen. Bei einer Pancolitis soll eine Kombinationstherapie aus Mesalazin-Tabletten (3 - 4 g/Tag) und -Zäpfchen oder -Schaum (0,5 – 1 g/Tag) vorgenommen werden, bis die Entzündung abgeklungen ist (Folie FM3.10). Um danach die Remission zu erhalten sollen 1,5 g/Tag Mesalazin eingenommen werden. Bei einer Proctitis kann man statt der oralen Behandlung auch Mesalazin 1 g/Tag rektal anwenden. Als Alternative können 200 mg/Tag E. coli Nissle eingesetzt werden (Folie FM3.11).

Ist diese Behandlung nicht erfolgreich, ist mit Prednisolon zu behandeln (1 mg/kg/Tag), bis die Entzündung abgeklungen ist (Folie FM3.12).

Schwere Verlaufsformen der Colitis mit 6 und mehr Stühlen pro Tag, Fieber, Blutarmut, erhöhtem Puls und erhöhten Entzündungswerten sollen mit Prednisolon (1 mg/kg/Tag) behandelt werden, bis die Entzündung abgeklungen ist (Folien FM3.13 und FM3.14). Danach sollen 1,5 g/Tag Mesalazin oral oder - bei distaler Colitis – 1 g/Tag Mesalazin rektal angewandt werden, um die Remission aufrecht zu erhalten (Folie FM3.15).

Ist das Prednisolon nicht wirksam, die Erkrankung also steroidrefraktär, sollen Immunsuppressiva eingesetzt werden (Folie FM3.16). Verwendet werden kann Cyclosporin (2 mg/kg/Tag per Infusion). Als Alternative kommen Tacrolimus (0,1 mg/kg/Tag oral) oder Anti-TNF- α -Antikörper in Frage. Falls die Entzündung unter dieser Therapie zurückgeht, können Cyclosporin und Azathioprin miteinander kombiniert werden. Bei Therapieversagen muss eventuell der gesamte Dickdarm operativ entfernt werden. Ist die Therapie erfolgreich, kann sie mit Cyclosporin (5 mg/kg/Tag oral) in Kombination mit Azathioprin (2 bis 2,5 mg/kg/Tag oral) fortgesetzt werden (Folie FM3.17).

Ist das Prednisolon zwar wirksam, kann aber nicht reduziert werden, ohne dass die Entzündung wieder aufflammt, soll es durch Azathioprin (2 bis 2,5 mg/kg/Tag oral) oder 6-Mercaptopurin (1 bis 1,5 mg/kg/Tag) ersetzt werden. Werden diese Medikamente nicht vertragen oder sind sie unwirksam, kann auf Methotrexat (25 mg/Woche intramuskulär) ausgewichen werden (Folien FM3.18 und FM3.19).

ZM3.3 THERAPIE DES MORBUS CROHN

Ein Morbus Crohn mit leichter oder mittelgradiger Entzündungsaktivität ist bei einem Befall des oberen Gastrointestinaltrakts mit Prednisolon (1 mg/kg/Tag) zu behandeln. Wenn nur die Ileozoealregion befallen ist soll Budesonid eingesetzt werden. Bei Befall des Dickdarms ist Sulfasalazin zu verwenden (Folien FM3.20 und FM3.21). Um die Remission aufrecht zu erhalten, soll das Rauchen eingestellt werden. Eine weitere medikamentöse Behandlung ist nicht erforderlich. Kommt es jedoch zu frühen oder häufigen Rückfällen, sollte Azathioprin (2 bis 2,5 mg/kg/Tag) eingenommen werden (Folie FM3.22).

Wurde zunächst mit Budesonid oder Sulfasalazin behandelt und bleibt diese Therapie erfolglos, ist auf Prednisolon (1 mg/kg/Tag) umzustellen, bis die Entzündung abgeklungen ist (Folie FM3.23). Zum Remissionserhalt wird die Rauchfreiheit empfohlen und die medikamentöse Therapie eingestellt. Nur bei frühen und häufigen Rückfällen wird Azathioprin 2 bis 2,5 mg/kg/Tag empfohlen (Folie FM3.24). Wirkt auch das Prednisolon nicht, sollen Anti-TNF- α -Antikörper (Remicade® 5 mg/kg intravenös oder Humira® 160/80 – 40 intramuskulär) verabreicht werden (Folien FM3.25 und FM3.26).

Bei steroidabhängigem Verlauf soll auf Azathioprin 2 bis 2,5 mg/kg/Tag umgestellt werden (Folien FM3.27 und FM3.28).

Ein Morbus Crohn mit starker entzündlicher Aktivität muss mit Prednisolon (1 mg/kg/Tag oral) behandelt werden (Folien FM3.29 und FM3.30). Zur Erhaltung der Krankheitsruhephase wird die Nikotinabstinenz empfohlen und die medikamentöse Therapie beendet. Bei häufigen und frühen Rückfällen wird Azathioprin 2 bis 2,5 mg/kg/Tag empfohlen (Folie FM3.31). Spricht die Behandlung auf Prednisolon nicht an, sind nach Ausschluss einer Operationsindikation Anti-TNF- α -Antikörper einzusetzen (Folie FM3.32). Wirkt das Prednisolon zwar, kann aber nicht reduziert werden, soll auf Azathioprin umgestellt werden (Folie FM3.33).

Notfalloperationen sind bei Colitis ulcerosa erforderlich, wenn ein Darmwanddurchbruch oder eine schwere Blutung aufgetreten sind. Dringlich durchzuführen sind Operationen bei Colitis ulcerosa beim Versagen der medikamentösen Behandlung, beim toxischen Megacolon und bei anhaltender Blutung (Folie FM3.34). Geplante Operationen sind erforderlich beim Auftreten von Dickdarmkrebs, bei Darminengungen unklarer Ursache, bei einem schweren Verlauf, der medikamentös nicht beherrscht werden kann, bei Wachstumsstörungen bei Kindern und auf Wunsch des Patienten (Folie FM3.35).

Bei Colitis werden sowohl der gesamte Dickdarm, als auch der Mastdarm entfernt. Anschließend wird aus einem Stück Dünndarm ein Reservoir angelegt und dieses mit dem After verbunden (Folie FM3.36).

Bei Morbus Crohn sind Notfalloperationen erforderlich bei einem Darmdurchbruch, bei einem Darmverschluss, einem toxischen Megacolon oder bei einer unstillbaren Blutung (Folie FM3.37).

Geplante Operationen bei Morbus Crohn können erforderlich werden bei narbigen Darminengungen, kompliziertem Verlauf in einem frühen Stadium, bei Versagen der medikamentösen Therapie, bei einer Fistel zwischen Darm und Harnblase, bei blind endenden Fisteln, bei Dickdarminengung unklarer Ursache, bei Fisteln mit Fehlverdauung oder bei Fisteln zwischen Darm und Vagina mit starken Beschwerden (Folie FM3.38).

Bei Morbus Crohn können Komplikationen auftreten. Eiteransammlungen sind mit Antibiotika und Drainage zu behandeln. Kurzstreckige, endoskopisch erreichbare Dünndarminengungen können mit einem Ballonkatheter aufgedehnt werden. Bei endoskopisch nicht behandelbaren Dünndarminengungen kann operativ eine Strikturoplastik durchgeführt werden (Folie FM3.39). Kurzstreckige Dickdarminengungen werden behandelt, indem man das eingengegte Segment operativ entfernt. Perianale Fisteln sollen nur symptomatisch behandelt werden mit Metronidazol oder Ciprofloxacin. Wirken diese Stoffe nicht, soll eine Seton-Drainage angelegt und mit Azathioprin behandelt werden (Folie FM3.40).

Bevor eine immunsuppressive Therapie begonnen wird, sind Basisimpfungen (Diphtherie, Tetanus, Polio) aufzufrischen. Eine Pneumokokkenimpfung soll alle 3 bis 5 Jahre aufgefrischt werden. Jährlich ist eine Gripeschutzimpfung durchzuführen. Empfohlen wird eine Impfung gegen Hepatitis B. Träger von Hepatitis B-Viren sollen antiviral mit Lamivudin therapiert werden. Es sollen eine Prophylaxe gegen *Pneumocystis jirovecii* und ein HIV-Test durchgeführt werden (Folie FM3.41).

Abschließend werden die Therapieaufgabe besprochen, die bis zur nächsten Sitzung auszuführen ist (Folie FM3.42) und Fragen der Teilnehmerinnen beantwortet.

MODUL M4: MEDIKAMENTE

ÜBERSICHT

Thema	Medikamente
Dauer	90 Minuten
Leitung	Gastroenterologin
Raum	Gruppenraum mit Stuhlkreis
Material	Patientenheft, Präsentation PaCED_Modul_M4.pptx
Lehrziele	<p>M4.1 Die Teilnehmerinnen können die in der Behandlung ihrer CED verwendeten Wirkstoffe und ihre Handelsnamen nennen.</p> <p>M4.2 Die Teilnehmerinnen können die Dosierungen, Nebenwirkungen und erforderlichen Kontrollen der gebräuchlichen Medikamente bei ihrer CED nennen.</p>

Ziele	Inhalte	Dauer	Methoden	Materialien
M4.1	Vorstellung der Wirkstoffe Mesalazin, Sulfasalazin, Budesonid, Glucocorticoide, Azathioprin, Methotrexat, Anti-TNF- α -Antikörper	10 Min.	Vortrag	Präsentation Folien FM4.3 bis FM4.23
M4.2	Dosierungen, Nebenwirkungen, erforderliche Kontrolluntersuchungen	60 Min.	Vortrag“	Folien FM4.3 bis FM4.23

ABLAUF

Zunächst wird die Auflösung der Therapieaufgabe aus Modul 5 (Kreuzworträtsel) besprochen (Folie FM4.2).

ZM.4.1 - ZM.4.2 MEDIKAMENTE WIRKSTOFFE, DOSIERUNGEN, NEBENWIRKUNGEN

Mesalazin wird von verschiedenen Herstellern angeboten. Gebräuchliche Handelsnamen sind z.B. Salofalk®, Claversal® oder Pentasa®. Mesalazin-Tabletten sollen 1 Stunde vor der Mahlzeit eingenommen werden. Mesalazin-Granulat (Granustix) kann vor, während oder nach der Mahlzeit eingenommen werden.

Bei einer Colitis ulcerosa im Schub sollen täglich 3 g Mesalazin eingenommen werden. In der Krankheitsruhephase kann die Dosis auf 1,5 g/Tag reduziert werden. Um die Krankheitsruhephase nach einer Operation bei Morbus Crohn aufrecht zu erhalten, sollen 3 bis 4 g/Tag eingenommen werden (Folie FM4.3). Als Nebenwirkungen von Mesalazin können Bauchschmerzen, Blähungen, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindel, Muskel- und Gelenkschmerzen, Haarverlust, Anstieg der Leberwerte, Nierenschäden und Veränderungen im Blutbild auftreten (Folie FM4.4).

Um gefährliche Nebenwirkungen auszuschließen sind das Blutbild, die Leberwerte, die Nierenwerte und der Urin zu untersuchen. Diese Laborbestimmungen sind in den ersten 3 Monaten der Behandlung monatlich durchzuführen. In den Monaten 4 bis 9 soll alle 3 Monate untersucht werden, danach halbjährlich (Folie FM4.5).

Sulfasalazin ist z.B. unter den Namen Azulfidine® oder Colo-Peon® im Handel. Es soll jeweils 1 Stunde vor der Mahlzeit eingenommen werden. Bei einem Morbus Crohn mit Dickdarmbefall von leichter bis mäßiger Aktivität

soll 3x täglich 1 Gramm eingenommen werden. Treten bei einer chronisch-entzündlichen Darmkrankheit Gelenkbeschwerden auf, sollen 2x täglich 0,5 g eingenommen werden. Die Höchstdosis liegt bei 3x täglich 1,5 g (Folie FM4.6). Als Nebenwirkungen können Juckreiz, Hautausschlag, Folsäuremangel, Blutarmut, erhöhte Leberwerte, Nierenschäden, Verminderung der Spermienzahl, Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen oder Durchfall auftreten (Folie FM4.7). Die Therapie muss überwacht werden indem das Blutbild, die Leber- und die Nierenwerte bestimmt werden. In den ersten 3 Monaten muss dies alle 2 Wochen geschehen. Im darauffolgenden halben Jahr einmal im Monat, danach alle 3 Monate (Folie FM4.8).

Budesonid (Budenofalk®, Entocort®) soll morgens vor dem Frühstück eingenommen werden. Empfohlen wird eine Dosis von 9 mg, das sind 3 Kapseln (Folie FM4.9). Als Nebenwirkungen können Herzklopfen, Nervosität, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Muskelschmerzen, Muskelschwäche, Osteoporose und Wasseransammlung in den Beinen auftreten. Die Behandlung ist durch Befragung der Betroffenen und eine klinische Untersuchung zu überwachen (Folie FM4.10).

Glucokortikoide (z.B. Decortin H®) sollen morgens zwischen 6 Uhr und 8 Uhr zum oder nach dem Frühstück eingenommen werden. Es soll so viel wie nötig und so wenig wie möglich genommen werden. Begonnen wird mit einer Dosis von 1 mg/kg/Tag. Die Dosierung soll zunächst in 10-, später in 5-Milligramm-Schritten reduziert werden. Hierbei sind das klinische Bild und die Laborwerte zu berücksichtigen (Folie FM4.11). Nebenwirkungen können sein: Hautveränderungen, Augenveränderungen, Osteoporose, Veränderungen im Blutbild, Blutdruckanstieg, Zunahme von Natrium, Abnahme von Kalium, Wasseransammlung im Gewebe, erhöhter Fettabbau, erhöhter Eiweißabbau, Behinderung der Immunvorgänge, Depression, Euphorie, Antriebssteigerung und Krampfanfälle (Folie FM4.12). Die Behandlung mit Glucokortikoiden ist durch Befragung, körperliche Untersuchung von Blutdruck, Ödemen, Stammfettsucht und Mondgesicht, Bestimmung des Blutbildes, des Blutzuckers und der Elektrolyte, eine augenärztliche Untersuchung und eine Knochendichtemessung zu überwachen (Folie FM4.13).

Azathioprin (z.B. Azafalk®, Imurek®, Zytrim®, Puri-Nethol®) soll zum Essen eingenommen werden. Empfohlen wird eine Dosis von 2 bis 2,5 mg/kg/Tag. Von 6-Mercaptopurin sollen täglich 1 bis 1,5 mg/kg/Tag eingenommen werden (Folie FM4.14). Als Nebenwirkungen können Bauchspeicheldrüsenentzündung, Leberentzündung, Störung der Blutbildung, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Fieber und eventuell Lymphome auftreten (Folie FM4.15). Die Behandlung wird durch die Befragung der Patientinnen und eine klinische Untersuchung überwacht. Es sind das Blutbild, die Leberwerte, Kreatinin und bei Oberbauchschmerzen auch die alkalische Phosphatase, die γ -GT und die Lipase zu bestimmen. In den ersten beiden Behandlungsmonaten soll dies wöchentlich erfolgen, danach mindestens alle 3 Monate (Folie FM4.16).

Methotrexat (MTX®) wird in den Muskel oder unter die Haut gespritzt. Empfohlen wird eine Dosis von 25 mg/Woche. Nach 8 bis 12 Wochen kann auf 10 bis 15 mg/Woche reduziert werden (Folie FM4.17). Als Nebenwirkungen können Lungenentzündung, Leberschaden, Störung der Blutbildung, Übelkeit, Brechreiz und Oberbauchschmerzen vorkommen. Wird das Medikament in der Schwangerschaft eingenommen, können eventuell Missbildungen des Kindes entstehen (Folie FM4.18). Vor dem Behandlungsbeginn mit Methotrexat müssen ein Blutbild, die Leber- und Nierenwerte, eine Hepatitis B- und eine Hepatitis C-Serologie gemacht werden. Nach den Wochen 1, 2, 4, 8 und 12 sind das Blutbild, die Leber- und Nierenwerte erneut zu bestimmen. Die Patientinnen sind nach Husten und Atemnot zu fragen. Es hat eine körperliche Untersuchung und der Ausschluss von Blutungen und eines Lungenbefunds zu erfolgen (Folie FM4.19).

Der Anti-TNF- α -Antikörper Remicade® bzw. die Biosimilars Inflectra® oder Remsima® werden über eine intravenöse Infusion über 1 bis 2 Stunden in den Wochen 0, 2 und 6, danach alle 8 Wochen in einer Dosierung von 5 mg/kg verabreicht. Humira® wird alle 2 Wochen unter die Haut gespritzt. In Woche 0 werden 80 mg gespritzt, danach alle 2 Wochen 40 mg. Alternativ können zu Beginn 160 mg, in Woche 2 80 mg und danach alle 2 Wochen 40 mg gespritzt werden (Folie FM4.20). Als Nebenwirkungen können Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, allergische Reaktionen, Juckreiz, vermehrte Schweißbildung, Kopfschmerzen, Schwindel, Verschlimmerung einer Herzpumpschwäche sowie Virusinfekte (Herpes, Influenza) auftreten (Folie FM4.21). Bevor eine Behandlung mit Anti-TNF- α -Antikörpern begonnen wird, muss durch eine Röntgenaufnahme der Lunge oder einen Hauttest eine

Tuberkulose ausgeschlossen werden. Es ist eine Ultraschalluntersuchung des Bauches zum Ausschluss eines Abszesses durchzuführen. Mit Labortests ist auf HIV, Hepatitis B, Hepatitis C zu untersuchen. Zu bestimmen sind ANA, Anti-DNS, Blutbild, Leberwerte, Nierenwerte und das CRP (Folie FM4.22).

Zur Behandlung von Schmerzen kommen Paracetamol, Metamizol und Opioiden in Frage. Bei Diarrhoe können Flohsamenschalenextrakte, Loperamid und bei chologener Diarrhoe Colestyramin eingesetzt werden. Bei Darmkrämpfen hat sich Butylscopolaminbromid bewährt. Bei Milchzuckerunverträglichkeit kann Laktase eingenommen werden (Folie FM4.23).

Als Therapieaufgabe bis zum nächsten medizinischen Modul 8 sollen die Fragen zur persönlichen Medikation ins Patientenheft eingetragen werden (Folie FM4.24). Anschließend werden Fragen der Teilnehmerinnen beantwortet.

ÜBERSICHT

Thema	Begleiterkrankungen und Kinderwunsch
Dauer	90 Minuten
Leitung	Gastroenterologin
Raum	Gruppenraum mit Stuhlkreis
Material	Patientenheft, Präsentation PaCED_Modul_M5.pptx
Lehrziele	<p>ZM5.1 Die Teilnehmerinnen können aufzählen, welche extraintestinalen Manifestationen der CED auftreten können.</p> <p>ZM5.2 Die Teilnehmerinnen können die Behandlung der extraintestinalen Manifestationen nennen.</p> <p>ZM5.3 Die Teilnehmerinnen können beschreiben, was im Falle einer Schwangerschaft zu beachten ist.</p>

Ziele	Inhalte	Dauer	Methoden	Materialien
ZM5.1	Begleitkrankheiten an Haut, Augen, Leber, Gelenke, Skelett	15 Min.	Vortrag	Präsentation, Folien FM5.3 bis FM5.10
ZM5.2	Behandlung der Begleitkrankheiten	15 Min.	Vortrag	Folien FM5.6 bis FM5.10
ZM5.3	Kinderwunsch, Schwangerschaft und Stillzeit	45 Min.	Vortrag	Folien FM5.11 bis FM5.16

ABLAUF

Zu Beginn wird die Therapieaufgabe des letzten medizinischen Moduls besprochen (Folie FM5.2).

ZM5.1 - ZM5.2 BEGLEITKRANKHEITEN UND DEREN BEHANDLUNG

Als extraintestinale Manifestationen an der Haut werden das Erythema nodosum und das Pyoderma gangraenosum (Folie FM5.3). Bei Morbus Crohn können in 5 bis 15% der Fälle Begleitkrankheiten der Augen auftreten: Eine Lederhautentzündung (Skleritis), eine Entzündung der Gefäße am äußeren Auge (Episkleritis), eine Entzündung der Vorderkammer und der Regenbogenhaut (Uveitis anterior) oder, in seltenen Fällen, eine Uveitis intermedia und posterior (Folie FM5.4).

An der Leber kann eine primär sklerosierende Cholangitis (PSC) auftreten. Dabei handelt es sich um eine Veränderung der Gallenwege. 70% der von PSC Betroffenen sind Männer. 80% der von PSC Betroffenen leiden an Colitis ulcerosa. Die PSC tritt häufiger bei Colitis als bei Crohn auf. Sie betrifft 2 bis 10% der Colitis-Patienten. 1 bis 5 von 100.000 Deutschen leiden an einer PSC (Folie FM5.5). Bei einer PSC besteht ein erhöhtes Risiko für Gallengangs- und Darmkrebs. Sie verursacht keine spezifischen Beschwerden und kann nicht durch spezifische Laborwerte nachgewiesen werden. Zur Diagnose ist eine ERCP oder MRCP erforderlich. Therapiert wird die PSC mit Ursodeoxycholsäure und ggf. durch eine Lebertransplantation (Folie FM5.6).

25% der CED-Betroffenen leiden an Begleitkrankheiten der Gelenke. Auftreten kann eine Typ I-Arthritis. Sie betrifft weniger als fünf große Gelenke. Die Beschwerden treten im akuten Schub der CED auf und klingen nach

Wochen wieder ab. Behandelt wird die Typ I-Arthritis indem die zugrunde liegende CED behandelt wird. Zur Schmerzbehandlung dürfen nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) nicht eingesetzt werden, da sie eine Darm-entzündung auslösen können. Stattdessen können Novalgin oder Opioide eingesetzt werden (Folie FM5.7).

Die zweite extraintestinale Manifestation der Gelenke bei CED-Patienten ist die Typ II-Arthritis. Sie betrifft viele kleine Gelenke. Die Schmerzen dauern Monate bis Jahre lang an. Die Beschwerden treten auch außerhalb des CED-Schubes auf. Behandelt wird sie mit Sulfasalazin (2 x 500 mg/Tag, höchstens 3 x täglich 1,5 g), MTX® (wöchentlich 1 x 7,5 mg oral, höchstens 25 mg) oder Anti-TNF- α -Antikörpern (Folie FM5.8).

Begleitkrankheit am Skelett kann eine Sakroileitis sein. Bei über 90% der Betroffenen treten Symptome auf. Die Behandlung erfolgt mit Novalgin und Physiotherapie (Folie FM5.9). Eine ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) tritt bei bis zu 8% der CED-Betroffenen auf. Bei 70 bis 85% davon ist das HLA-B₂₇ positiv. Der Verlauf ist schubweise fortschreitend und unabhängig von der Aktivität der CED. Beschwerden sind Schmerzen und Steifigkeit an der Lendenwirbelsäule. Behandelt wird sie mit Physiotherapie und Anti-TNF- α -Antikörpern (Folie FM5.10).

ZM5.3 KINDERWUNSCH, SCHWANGERSCHAFT UND STILLZEIT

Im akuten Schub einer CED ist die Fruchtbarkeit reduziert. Auch nach einer totalen Dickdarmentfernung kann die Fruchtbarkeit vermindert sein (Folie FM5.11). Für den Verlauf einer Schwangerschaft ist die Krankheitsaktivität beim Beginn der Schwangerschaft entscheidend. Bei Morbus Crohn verlaufen Schwangerschaften in 83% der Fälle komplikationslos, bei Colitis ulcerosa in 85% der Fälle (Folie FM5.12).

Besteht eine perianale Fistel bei Morbus Crohn, sollte durch Kaiserschnitt entbunden werden. Ohne perianalen Befall kann eine normale Entbindung erfolgen (Folie FM5.13).

Während einer Schwangerschaft kann mit 5-Aminosalizylsäure, Sulfasalazin, Steroiden und Budesonid behandelt werden (Folie FM5.14). Nicht erlaubt sind Methotrexat, Anti-TNF- α -Antikörper, Tetracycline und Sulfonamide. Azathioprin sollte während einer Schwangerschaft nicht eingenommen werden, wenn absolute Sicherheit für das Kind gewünscht wird (Folie FM5.15).

Stillen ist erlaubt, wenn 5-Aminosalizylsäure eingenommen wird. Nicht erlaubt ist Stillen bei Einnahme von Azathioprin, 6-Mercaptopurin und Infliximab. Stillen ist frühestens vier Stunden nach der Einnahme von Steroiden erlaubt (Folie FM5.16).

Abschließend wird auf die Therapieaufgabe hingewiesen. Beantwortet werden sollen fünf Fragen zu Begleitkrankheiten, Schmerzmitteln und zur Medikation während der Schwangerschaft. Die richtigen Antworten sind auszuwählen und im Buchstabensalat zu markieren (Folie FM5.17).

Anschließend werden Fragen der Teilnehmerinnen beantwortet.

MODUL P1: EINFÜHRUNG UND ERFAHRUNGSAUSTAUSCH

ÜBERSICHT

Thema	Einführung und Erfahrungsaustausch
Dauer	90 Minuten
Leitung	Psychologin
Raum	Gruppenraum mit Stuhlkreis
Material	Patientenheft, Präsentation PaCED_Modul_P1.pptx, Arbeitsblätter „Frischlinge“ und „Alte Hasen“ (siehe Anhang), 2 Klemmbretter, 2 Stifte
Lehrziele	<p>ZP1.1 Die Patientinnen bekommen einen Überblick über die gesamte Schulung.</p> <p>ZP1.2 Die Teilnehmerinnen sind mit den Gruppenregeln vertraut.</p> <p>ZP1.3 Die Patientinnen kennen die Namen der anderen Teilnehmerinnen und der Dozentinnen.</p> <p>ZP1.4 Die instrumentellen Gruppenbedingungen Vertrauen, Offenheit und Gruppenkohäsion sind hergestellt.</p> <p>ZP1.5 Die Teilnehmerinnen sind zum Erfahrungsaustausch motiviert.</p>

Ziele	Inhalte	Dauer	Methoden	Materialien
ZP1.1	Überblick über die Themen der 8 Schulungseinheiten und Vorstellung der Dozentinnen	7 Min.	Vortrag	Folien FP1.2 bis FP1.6 Patientenheft
ZP1.2	Einführung von Gruppenregeln	3 Min.	Vortrag	Folie FP1.7
ZP1.3	Vorstellung der Gruppenteilnehmerinnen	10 Min.	Gruppengespräch	
ZP1.4 ZP1.5	Übung: Frischlinge und alte Hasen	70 Min.	Kleingruppenarbeit, Plenardiskussion	Klemmbretter, Stifte, Arbeitsblätter

Anmerkungen:

- Auf Folie FP1.2 sind die Namen und Fotos der Dozentinnen durch die aktuell Durchführenden zu ersetzen.
- Bei der Einführung von Gruppenregeln ist darauf zu achten, einen Konsens aller Teilnehmenden herzustellen. Die gegenseitige Vorstellung der Teilnehmenden sollte kurz gehalten und auf das Wesentliche beschränkt sein (Name, Diagnose, Krankheitsdauer, Erwartungen an die Schulung). Am Ende der Übung sollten die wesentlichen Inhalte vom Gruppenleiter zusammengefasst werden.

ABLAUF

ZP1.1 DIE PATIENTINNEN BEKOMMEN EINEN ÜBERBLICK ÜBER DIE GESAMTE SCHULUNG.

Die Gruppenleiterin begrüßt die Teilnehmerinnen und stellt sich zunächst selbst vor. Mit Hilfe der Präsentation werden ein Überblick über die Themen und den Ablauf der gesamten Schulung gegeben und mit Fotografien die beteiligten Dozentinnen vorgestellt (Folie FP1.2). Es wird auf die dem Schulungsraum am nächsten gelegene Toilette hingewiesen. Die Leitziele der Schulung werden vorgestellt (Folie FP1.4). Es folgt eine Übersicht über Reihenfolge und Anfangszeiten der medizinischen (Folie FP1.5) und der psychologischen Module (Folie FP1.6). Alle Teilnehmer erhalten das Patientenheft mit den Inhalten der Schulung. Die Gruppenleiterin erläutert, wie das Patientenheft genutzt werden soll. Es wird darum gebeten, dieses Heft zu jeder Unterrichtseinheit mitzubringen. In der Schulung muss nicht mitgeschrieben werden. Randnotizen sind jedoch erwünscht. Auf den „Lösungskoffer“ am Anfang des Heftes wird besonders hingewiesen. Dort soll eingetragen werden, welche Anregungen die Patientinnen aus der Schulung mitnehmen, die sie in Zukunft nutzen möchten. Außerdem wird auf die Vertraulichkeit der persönlichen Informationen aus der Gruppe und die Schweigeregeln hingewiesen (Folie FP1.7).

ZP1.2 DIE TEILNEHMERINNEN SIND MIT DEN GRUPPENREGELN VERTRAUT.

Die Leiterin führt die Gruppenregeln ein und bittet die Teilnehmerinnen um ihr Einverständnis:

- Schweigeregeln: Persönliche Informationen bleiben in der Gruppe
- regelmäßige Teilnahme erforderlich
- „Ich“ statt „man“ oder „wir“
- keine Nebengespräche
- Mobiltelefone sind ausgeschaltet
- ...

ZP1.3 DIE PATIENTINNEN KENNEN DIE NAMEN DER ANDEREN TEILNEHMERINNEN UND DER DOZENTINNEN.

Die Leiterin bittet die Teilnehmerinnen, sich der Reihe nach vorzustellen. Die Vorstellung soll sich auf das Wesentliche beschränken: Name, Diagnose, Krankheitsdauer und Erwartungen an die Schulung. Ausschweifende Schilderungen sollten unterbunden werden.

ZP1.4 - ZP1.5 GRUPPENBEDINGUNGEN UND MOTIVIERUNG

Anschließend führt die Leiterin die Übung „Frischlinge und alte Hasen“ ein. Hierzu werden die Teilnehmer in zwei Gruppen aufgeteilt. Jede Gruppe erhält eines der Arbeitsblätter (siehe Anhang, AB1.1 und AB1.2) Eine mögliche Instruktion hierzu wäre:

Wie wir in der Vorstellungsrunde gehört haben, gibt es einige unter uns, die schon auf viel Erfahrung mit ihrer Erkrankung zurückblicken können. Andere sind erst vor kurzem erkrankt oder haben bisher noch wenig Erfahrung damit machen müssen. Ich schlage Ihnen vor, dass wir die Gruppe aufteilen. Die einen, ich möchte sie die „alten Hasen“ nennen, die schon viel Erfahrung mit CED haben, setzen sich bitte in dieser Ecke des Raumes zu einer kleinen Diskussionsrunde zusammen. Die anderen, nennen wir sie „Frischlinge“, bilden bitte in der anderen Ecke einen Stuhlkreis.

Die Frischlinge möchte ich bitten, in den nächsten 10 - 15 Minuten miteinander zu besprechen, welche Fragen sie gerne von den alten Hasen beantwortet haben möchten. Wer von Ihnen ist bereit, das ein wenig mitzuschreiben? Die alten Hasen diskutieren bitte miteinander, welche ihrer Erfahrungen, positive wie negative, sie gerne an die Frischlinge weitergeben würden. Was war gut, was nicht? Wer von Ihnen schreibt das mit?

Manchen Teilnehmerinnen fällt es schwer, sich der einen oder anderen Gruppe zuzurechnen. Sie fragen, wie viele Jahre muss man CED haben, um ein alter Hase zu sein? Man kann in diesem Fall darauf hinweisen, dass nicht allein die absolute Krankheitsdauer entscheidend ist. Vielmehr sollte bedacht werden, ob viel oder wenig Krankheitserfahrung vorliegt. Anzustreben ist zudem, dass die beiden Kleingruppen ungefähr gleich groß sind. Im Zweifel ist eine ausgewogene Gruppengröße wichtiger als eine korrekte Zuordnung zu den Kleingruppen. Sollte ausnahmsweise einmal eine homogene Gruppe nur neu erkrankter oder nur erfahrener Teilnehmerinnen vorliegen, könnte die Gruppe auch nach einem anderen Kriterium aufgeteilt werden, z.B. Geburtstag an einem geraden oder ungeraden Tag.

Nach ca. 10 Minuten kann die Leiterin nachfragen, ob die Gruppen fertig sind oder noch etwas Zeit benötigen. Anschließend trifft man sich wieder im Plenum. Nun bekommen die Frischlinge die Aufgabe, ihre Fragen an die alten Hasen zu stellen, die von diesen beantwortet werden sollen. Danach sollen die alten Hasen mitteilen, welche Erfahrungen sie gerne an die Frischlinge weitergeben möchten.

Nach etwa zwanzig Minuten sollte die Leiterin zusammenfassen, welche Problemlösungsstrategien besprochen worden sind. Sie kann daran erinnern, die für die Teilnehmerinnen persönlich wichtigen in ihren Lösungskoffer im Patientenheft einzutragen. Abschließend kann noch einmal darauf hingewiesen werden, die Schweigeregeln einzuhalten und die persönlichen Erfahrungsberichte nicht nach außen zu tragen.

ANMERKUNGEN ZUR ÜBUNG

Die Übung setzt eine Gruppengröße von 6 oder mehr Personen voraus. Bei weniger Personen wird es schwierig, daraus zwei Kleingruppen zu bilden. Im Notfall kann die Leiterin die kleinere der beiden Kleingruppen verstärken und darin mitwirken. Besser ist aber, wenn die Leiterin die Kleingruppen selbstständig arbeiten lässt.

Die Übung hat eine Reihe von Vorteilen. Die Teilnehmerinnen bringen sich erfahrungsgemäß intensiv ein und lernen sich kennen. Insbesondere für eher gehemmte und zurückhaltende Patientinnen bietet die Kleingruppendiskussion die Möglichkeit, sich stärker zu öffnen als im Plenum. Es werden in der Regel persönliche Erlebnisse und Erfahrungen angesprochen, die von den meisten geteilt werden, so dass ein hohes Maß an Vertrauen und Gruppenkohäsion entsteht. Unter professioneller Leitung wird quasi eine Selbsthilfegruppe simuliert. Die Teilnehmerinnen können somit die Funktion einer Selbsthilfegruppe schon einmal erleben. Die unerfahrenen Patientinnen profitieren von den Berichten der erfahrenen. Die „alten Hasen“ profitieren von dieser Übung ebenfalls, da sie dazu angeregt werden, sich ihre Problemlösungsstrategien bewusst zu machen. Die Übung nutzt das Prinzip, dass man etwas am besten lernt indem man es lehrt.

MODUL P2: UMGANG MIT BELASTENDEN GEFÜHLEN

ÜBERSICHT

Thema	Umgang mit belastenden Gefühlen
Dauer	90 Minuten
Leitung	Psychologin
Raum	Gruppenraum mit Stuhlkreis
Material	Präsentation PaCED_Modul_P2.pptx, Fallbeispiel „Frau Müller“ (siehe Anhang)
Lehrziele	<p>ZP2.1 Die Teilnehmerinnen können belastende Gefühle beschreiben.</p> <p>ZP2.2 Die Teilnehmerinnen entwickeln Strategien zur Reduktion von Angst und Vermeidungsverhalten.</p> <p>ZP2.3 Den Teilnehmerinnen können das Prinzip der Angstexpositionstherapie zur Verminderung von Ängsten erklären. .</p>

Ziele	Inhalte	Dauer	Methoden	Materialien
ZP2.1	belastende Gefühle	10 Min.	Zurufabfrage Impulsreferat	Folien FP2.2 bis FP2.4
ZP2.2	Strategien zur Reduktion von Angst und Vermeidungsverhalten	60 Min.	Fallbeispiel „Frau Müller“	Folien FP2.5 bis FP2.9 Plenumsdiskussion der Kasuistik „Frau Müller“
ZP2.3	Prinzipien der Angstexpositionstherapie	20 Min.	Vortrag	Folien FP2.10 bis FP2.12

ABLAUF

ZP2.1 BELASTENDE GEFÜHLE BENENNEN KÖNNEN

Die Leiterin beginnt mit der Frage, ob es noch Reste aus der letzten psychologischen Gruppensitzung (Modul P1) gibt. Welche neuen Ideen sind bei den einzelnen Teilnehmerinnen bereits im Lösungskoffer gelandet? Sind inzwischen neue Themen oder Fragen aufgetaucht, die zunächst bearbeitet werden sollten? Wenn nicht kann begonnen werden, mit einer Zurufabfrage Gefühle zusammenzustellen, die im Krankheitsverlauf auftreten und die als belastend empfunden werden können. In der Regel werden genannt: Angst, Niedergeschlagenheit, Schmerzen, Ärger, Wut, Scham, Traurigkeit, Einsamkeit (Folie FP2.2).

ZP2.2 STRATEGIEN ZUR REDUKTION VON ANGST UND VERMEIDUNGSVERHALTEN ENTWICKELN

Näher eingegangen wird auf Ängste und Sorgen (Folien FP2.3 und FP2.4). Begründet wird dies damit, dass auch Angst zu Diarrhoe führen kann, was in Sprachbildern ausgedrückt wird („Ich habe Schiss vor der Prüfung“, „ich habe mir vor Angst in die Hosen gemacht“, „er ist ein Schisser“). Ängste können somit die bei CED auftretenden Beschwerden auf psychologischem Wege verstärken. Eingeführt wird das Fallbeispiel von Frau Müller:

Kasten 1: Fallbeispiel Frau Müller

Frau Müller hat Morbus Crohn. In einem akuten Schub ist es ihr passiert, dass sie es nicht mehr bis zur Toilette geschafft hat und in die Hose machte. Das ist ihr zum Glück zuhause passiert. Wie **peinlich** wäre es gewesen, wenn sie unterwegs in die Hose gemacht hätte. **Sie stellte sich vor**, wie die Leute alle auf sie schauen und abfällig über sie reden. Diese Vorstellung macht ihr **Angst**.

→ **Teufelskreis der Angst** vorstellen (Folie FP2.5)

Um sich solche Erfahrungen zu **ersparen**, blieb Frau Müller erst einmal zuhause. Ihr Mann konnte ja die Einkäufe erledigen. Zuhause fühlte sie sich **sicher** und wohl. Dort war sie schnell auf der Toilette. Und wenn es einmal nicht reichen sollte, konnte sie sich gleich wieder frisch machen (Folie FP2.6).

→ **Vermeidungsverhalten**, Sammeln von Beispielen

Immer nur zuhause ging aber **auf die Dauer nicht**. Es gab Termine, die Frau Müller wahrnehmen musste. Wenn ein Termin anstand, ging sie dazu über, **schon Stunden vorher** nichts mehr zu essen, um die Häufigkeit ihrer Stuhlgänge zu vermindern. Sie legte die Termine auch auf den **Nachmittag**, weil da weniger Stühle bei ihr auftreten. Doch je näher der Zeitpunkt kam, zu dem sie aus dem Haus gehen wollte, desto **unruhiger** wurde sie. Sie hörte in sich hinein und nahm **Darmbewegungen** wahr. Auch wenn sie zunächst einmal nichts spürte, ging sie **vorsorglich zur Toilette**, um auch ganz sicher nicht mehr aufs WC zu müssen. Stand ein unvermeidbarer Termin am Vormittag an, stand sie schon Stunden **früher auf**, um so oft und so lange wie möglich auf der Toilette zu sitzen. Diese **Vorkehrungen** waren ziemlich nervig und aufwendig.

Auf diese Weise gelang es ihr aber, den **Termin zu bewältigen** ohne in eine schambesetzte Situation zu kommen.

→ **Sicherheitsverhalten** erläutern und weitere Beispiele sammeln

Wann immer möglich sagte Frau Müller **Termine ab**. Sie kaufte nicht mehr in Geschäften ein, in denen es keine Kundentoilette gab. Sie ging nicht mehr ins Kino oder Konzert. Und wenn, so setzte sie sich immer außen in die Reihe. Es wäre ihr zu peinlich, inmitten einer Vorstellung aufzustehen. So kam es dazu, dass Frau Müller **nicht mehr viel erlebte** und oft **traurig** war. Auch ihre **Freunde** meldeten sich immer seltener, nachdem sie ein paar Mal abgesagt hatte.

→ **Folgen der Vermeidung** Sammeln von Beispielen (Folie FP2.7).

Das Fallbeispiel greift Erfahrungen auf, welche die Teilnehmerinnen sehr wahrscheinlich bereits gemacht haben. Beschrieben wird das Zusammenspiel zwischen somatischen und psychologischen Faktoren bei der Auslösung von Stuhldrang. Die ursprünglich rein somatisch verursachte Diarrhoe kann auf dem Weg der klassischen Konditionierung an Reize gekoppelt worden sein, die zuvor keine Diarrhoe auslösten. Das Verlassen der Wohnung beziehungsweise ihre Vorstellung, dass sie dabei in eine schambesetzte Situation geraten wird, stellen bei Frau Müller den konditionierten Stimulus dar, der die konditionierte Reaktion des Stuhldrangs auslöst.

An diesem Fallbeispiel können die Teilnehmerinnen erkennen, dass Angst nicht erst beim Auftreten einer realen Gefahr entstehen muss, sondern bereits durch das Erwarten einer unangenehmen Situation, unabhängig davon, ob sie in Wirklichkeit eintreten wird oder nicht. Es liegt darüber hinaus eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit für interozeptive Reize vor sowie eine Neigung, diese in ungünstiger Weise als Bestätigung für die Berechtigung der

Befürchtungen zu interpretieren. Die naheliegende Problemlösung, erwartete Gefahrensituationen zu vermeiden, ist nur kurzfristig erfolgreich. Längerfristig führt ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten zum Entzug wichtiger Verstärker und dadurch in eine depressive Verstimmung. Es lässt sich auch aufzeigen, dass der Versuch, die Gefahr durch Sicherheitsverhalten zu minimieren, leicht zu umfangreichen (Zwangs-)Ritualen führen kann, die zwar zunächst angstreduzierend wirken, für das Leben der Patientinnen langfristig aber sehr belastend werden können. Das im Fallbeispiel erwähnte wiederholte vorsorgliche Aufsuchen der Toilette ohne Stuhldrang kann als ein solches Zwangsritual verstanden werden. Die Teilnehmerinnen bekommen nach der Vorstellung des Fallbeispiels die Aufgabe, einen Rollentausch vorzunehmen, selbst in die Therapeutenrolle zu schlüpfen und Therapieansätze für „Frau Müller“ auszuarbeiten. Sollte jemand dieses Namens in der Gruppe sein, empfiehlt es sich einen anderen Familiennamen zu verwenden, der in der Gruppe nicht vertreten ist. Indem die Teilnehmerinnen statt ihrer eigenen Probleme die einer imaginierten fremden Person bearbeiten, können sie sich emotional besser distanzieren und neue Lösungsansätze entwickeln, die sie später auf ihre eigenen Problemsituationen übertragen können. Die Erfahrung mit dieser Übung zeigt, dass die Teilnehmerinnen beim Ausarbeiten von Lösungsansätzen sehr kreativ sind. Häufig werden gute Vorbereitung des Ausflugs durch Information über Toiletten auf dem vorgesehenen Weg (Internet, Toiletten-App, Besorgen eines Generalschlüssels für die Behinderten-Toiletten), kognitive Ablenkungsstrategien, positive Selbstverbalisationen, Entspannungsübungen, schrittweise Reizkonfrontation, eventuell in Begleitung, Verwenden von Inkontinenzmaterialien, Einnahme von Loperamid etc. genannt. Ist eine Gruppe ausnahmsweise nicht einfallsreich genug, kann die Leiterin die Liste der Lösungsansätze von sich aus noch ergänzen (Folien FP2.8 und FP2.9). Dies sollte jedoch die Ausnahme sein. Der Gruppe ist genügend Zeit einzuräumen, um selbst Bewältigungsmöglichkeiten auszuarbeiten. Wir gehen davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit eines Transfers in den Alltag der Teilnehmerinnen größer ist, wenn sie die Ideen selbst entwickelt haben, als wenn sie von der Therapeutin eingebracht wurden.

Als Erwachsener Windeln zu tragen ist zwar zunächst eine beschämende Vorstellung. Viele Betroffene fürchten, dass sich die Windel vor Anderen nicht verbergen lässt. Diesbezüglich kann man die Teilnehmerinnen beruhigen und sie zu einem Versuch zunächst in der fremden Umgebung der Reha-Klinik ermutigen, in der sie persönlich unbekannt sind. Ein solches Hilfsmittel kann dazu beitragen, dass die Patientinnen ihr Vermeidungsverhalten aufgeben, eine Angstkonfrontation wagen und dabei die Erfahrung machen, dass die gefürchtete Situation nicht eintritt. Eine solche Bewältigungserfahrung ist ein entscheidender Schritt zur Reduktion von Vermeidungsverhalten und zur Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Auch wenn das Inkontinenzmaterial gar nicht gebraucht wird, verschafft es doch die erforderliche Sicherheit, um die Angstexposition zu wagen.

ZP2.3 ANGSTEXPOSITIONSTRAINING

Die Leiterin kann das Therapieprinzip des Angstexpositionstrainings an Hand der Präsentation vermitteln (Folien FP2.10 bis FP2.12). Hierbei muss zwingend darauf hingewiesen werden, dass dabei der unkonditionierte Stimulus und die unkonditionierte Reaktion des Durchfalls nicht auftreten darf, weil in diesem Fall eine Rekonditionierung geschehen würde. Ein Expositionstraining darf daher nur in einer Krankheitsruhephase durchgeführt werden. Dies soll die Teilnehmerinnen dazu ermutigen, die Rehabilitation zu nutzen, um neue Erfahrungen zu machen. Dies könnte z.B. darin bestehen, Orte oder Veranstaltungen aufzusuchen, die sie aus Angst vor Stuhldrang bisher gemieden haben und dabei zu erleben, dass die gefürchteten Konsequenzen nicht eintreten. Bei ausgeprägtem Vermeidungsverhalten kann darauf verwiesen werden, dass es die Möglichkeit zu therapeutengeleitetem Angstexpositionstraining gibt. Auf diese Weise soll erreicht werden, dass die Teilhabe der Patientinnen am sozialen Leben verbessert wird. An diesem Beispiel lassen sich die Vorteile eines multidisziplinären therapeutischen Vorgehens gut verdeutlichen. Während der somatische Anteil der Beschwerden mit medizinischen Mitteln behandelt werden muss, sind die psychologischen Faktoren mit psychotherapeutischen Verfahren zu beeinflussen.

Sollte am Ende der Sitzung noch Zeit bleiben, kann noch auf andere belastende Gefühle eingegangen werden. Dies gilt insbesondere für die depressive Verstimmung beziehungsweise für die Depression, da chronisch kranke Menschen ein stark erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Depression haben. Abschließend kann die Frage an die Teilnehmerinnen gerichtet werden, welche neuen Lösungsansätze sie in ihren Lösungskoffer packen werden.

MODUL P3: RESSOURCENAKTIVIERUNG UND KOMMUNIKATION

ÜBERSICHT

Thema	Ressourcenaktivierung und Kommunikation
Dauer	90 Minuten
Leitung	Psychologin
Raum	Gruppenraum mit Stuhlkreis
Material	Arbeitsblätter oder Karteikarten mit Konfliktsituationen (siehe Anhang)
Lehrziele	<p>ZP3.1 Die Teilnehmerinnen können persönliche Ressourcen schildern, die sie für ihre Krankheitsbewältigung nutzen können.</p> <p>ZP3.2 Die Teilnehmerinnen können mögliche Ursachen für Kommunikationsprobleme nennen.</p> <p>ZP3.3 Die Teilnehmerinnen trauen sich zu, in Konfliktsituationen selbstsicher aufzutreten und zu kommunizieren.</p>

Ziele	Inhalte	Dauer	Methoden	Materialien
ZP3.1	Ressourcenaktivierung	30 Min.	Stärken	Arbeitsblätter „Meine Stärken“, Stifte, Klemmbretter
ZP3.2	Kommunikationsmodell von Schulz von Thun (2013)	10 Min.	Impulsreferat	
ZP3.3	Selbstsichere Kommunikation	45 Min.	Kleingruppendiskussion, Plenumsdiskussion, Rollenspiel	Karteikarten mit Konfliktsituationen

Anmerkungen: Es hat sich gezeigt, dass es sinnvoll ist, einige Arbeitsblätter bereitzuhalten, für die Teilnehmerinnen, die ihr Patientenheft vergessen haben.

ABLAUF

Während in den bisherigen Modulen ein pathogenetischer Therapieansatz gewählt wurde, soll in dieser Unterrichtseinheit ein salutogenetischer angewandt werden. Um ihnen ihre persönlichen Ressourcen bewusst zu machen, werden die Teilnehmerinnen gebeten, eine Liste mit persönlichen Stärken (Arbeitsblatt im Patientenheft bzw. im Anhang) anzufertigen.

ZP3.1 PERSÖNLICHE RESSOURCEN

*„In den letzten Sitzungen haben wir uns überwiegend mit Schwierigkeiten und Problemen beschäftigt. Das war wichtig und richtig. Heute schlage ich Ihnen aber vor, etwas Gegensätzliches zu machen. Statt mit Problemen sollten wir uns mit den Stärken beschäftigen, die jede von Ihnen dazu nutzen kann, ihre Ziele zu erreichen. Schlagen Sie dazu bitte Seite 47 in Ihrem **Patientenheft** auf. Dort tragen Sie ein, was Sie als Ihre fünf wichtigsten persönlichen Stärken sehen. Erstellen Sie die Liste bitte ganz für sich allein, ohne mit den anderen Gruppenmitgliedern darüber zu sprechen. Wir haben später noch die Gelegenheit, uns darüber auszutauschen.“*

Diese Aufgabe stößt bei den Teilnehmerinnen gelegentlich auf Vorbehalte. Die erste Reaktion darauf ist meist, sie hätten keine Stärke. Es bestehen offensichtlich Hemmungen, die eigenen Stärken aufzuschreiben. Die Teilnehmerinnen gehorchen dem Grundsatz „Eigenlob stinkt“ oder befürchten, von anderen als arrogant oder überheblich angesehen zu werden, wenn sie ihre positiven Seiten offenbaren. Gelegentlich wird die Leiterin darum gebeten, ein paar Beispiele vorzugeben, da man die Aufgabe nicht verstanden habe. Dies sollte jedoch vermieden werden.

„Natürlich könnte ich Ihnen ein paar Beispiele aus anderen Gruppen nennen. Das möchte ich jedoch ganz bewusst vermeiden, weil ich Sie damit wahrscheinlich nur in eine bestimmte Richtung lenken würde. Es ist mir wichtig, dass Sie Ihre Stärken ganz unbeeinflusst von mir zusammenstellen können. Denken Sie in aller Ruhe darüber nach und lassen Sie sich Zeit damit. Und wenn Sie am Ende nichts gefunden haben, ist das zwar schade, aber nicht schlimm.“

Konnten die Bedenken dadurch noch nicht ausgeräumt werden, kann man darauf verweisen, dass die Gruppe in einem geschützten Rahmen stattfindet, in dem man auch einmal etwas mehr wagen kann als sonst, da die Verpflichtung zur Verschwiegenheit besteht.

Wenn die meisten Teilnehmerinnen die Aufgabe erledigt haben kann die Leiterin nachfragen, ob die Gruppe noch weitere Zeit benötigt oder ob man fortfahren kann. Liegt hierfür das Einverständnis vor, fragt die Leiterin, welche Teilnehmerin damit beginnen möchte, ihre Stärken vorzustellen. Nachdem die erste ihre Stärken vorgelesen hat wird die Gruppe gefragt, welche zusätzlichen Stärken sie an dieser Teilnehmerin beobachten konnte, die noch nicht auf ihrer Liste stehen. Dabei soll die Leiterin darauf achten, dass nur Beobachtungen, keine Vermutungen geäußert werden. Wertvoll für die jeweilige Teilnehmerin ist insbesondere, wenn von der Gruppe konkrete Verhaltensbeispiele für die zurückgemeldeten Stärken angeführt werden können. So könnte z.B. für die Stärke „Hilfsbereitschaft“ mitgeteilt werden, in welcher Situation die Person Hilfe geleistet hat. Bleibt die Gruppe bei ihren Rückmeldungen bei der Nennung von Eigenschaften, kann die Leiterin gezielt nach Verhaltensbeispielen dafür fragen. Die Teilnehmerin wird gebeten, die von der Gruppe zurückgemeldeten Stärken auf der Liste zu ergänzen, sofern sie der Meinung ist, dass die Beobachtung der Gruppe zutrifft. Fortgefahren wird mit der nächsten Teilnehmerin in der Sitzreihenfolge auf dieselbe Weise. Vorteilhaft ist, dass bei dieser Übung auch Patientinnen, die keine eigenen Stärken finden konnten, Stärken von der Gruppe mitgeteilt bekommen.

Manchen Teilnehmerinnen ist es unangenehm, die eigenen Ressourcen zu offenbaren oder sie von anderen zurückgemeldet zu bekommen. Eine Variante dieser Übung ist daher, einen zusätzlichen Stuhl in den Kreis zu stellen, auf welchen sich jeweils die Person setzen soll, die ihre Stärken vorliest und von der Gruppe rückgemeldet bekommt. Wer das nicht wünscht setzt sich nicht auf diesen „heißen Stuhl“. Personen, die ihn vermeiden werden zwar gefragt, ob sie sich nicht ebenfalls darauf setzen möchten, werden hierzu aber nicht genötigt. In den meisten Fällen werden trotz der Wahlfreiheit alle Teilnehmerinnen darauf Platz nehmen. Vorteil dieser Variante ist, dass eine Wahlmöglichkeit eingeräumt und die Weigerung einzelner Gruppenmitglieder erlaubt und respektiert wird. Zurückhaltende Teilnehmerinnen werden durch das Modell der mutigen, die sich spontan auf den heißen Stuhl setzen - und dabei positive Erfahrungen machen - angeregt, den Schritt ebenfalls zu wagen. Der Nachteil besteht darin, dass häufig gerade diejenigen am meisten von der Übung profitieren, die die Auseinandersetzung mit ihren Stärken vermeiden möchten.

Die Übung setzt voraus, dass sich die Gruppenteilnehmerinnen gut kennengelernt und Vertrauen zueinander gewonnen haben. Aus diesem Grund steht Modul P3 am Ende der Schulung. Ausreichend Gelegenheit zur Beobachtung von Stärken anderer Gruppenteilnehmerinnen besteht jedoch nur, wenn alle regelmäßig teilgenommen haben. Auch aus diesem Grund sollte auf eine kontinuierliche Teilnahme hingewirkt werden.

Abschließend werden die Teilnehmerinnen gebeten, ihre Listen noch einmal durchzusehen und all jene Stärken zu markieren, die sie zur Krankheitsbewältigung einsetzen können. Ihnen wird empfohlen, die Listen noch weiter zu ergänzen, wenn ihnen zusätzliche Ressourcen bewusst werden und sie durchzulesen, wenn sie sich in einer schwierigen Situation befinden.

ZP3.2 - P3.3 KOMMUNIKATION

Im zweiten Teil dieses Moduls werden schwierige Gespräche über die Erkrankung behandelt. Die Gruppe kann gefragt werden, ob ihr aus ihrer Erfahrung heraus Erlebnisse einfallen, die sie als schwierig erlebt haben. Für den Fall, dass keine Gesprächssituationen genannt werden, kann die Leiterin vorbereitete Situationen einbringen. Jede Situation soll auf einer eigenen Karteikarte (Anhang 6) stehen.

Kasten 2: Kommunikationsbeispiele - Arbeitsplatzsituationen

Sie kommen nach einer längeren Rehabilitation an Ihren Arbeitsplatz zurück. Die Kollegen stöhnen über die viele Arbeit, die sie während Ihrer Abwesenheit zu erledigen hatten. Mit leicht spöttischem Unterton fragen sie, ob Sie sich in Ihrer Reha gut amüsiert haben.

Bei einem Vorstellungsgespräch fragt Sie Ihr möglicher Arbeitgeber, ob Sie an einer Krankheit leiden, welche Sie bei der Arbeit behindern könnte.

Bei einem Gespräch nach einem längeren Krankheitsausfall fragt Sie Ihr Vorgesetzter, ob Sie nun wieder voll einsatzfähig sind.

Kollegen in Ihrer Firma fragen Sie, was Sie haben.

Manchmal gluckert es sehr laut in Ihrem Bauch. Als Sie gerade in einer Besprechung sitzen, fängt Ihr Darm an Geräusche zu machen.

Kasten 3: Kommunikationsbeispiele - Freunde und Familie

Ihre Mutter bedauert Sie mit dem Ausdruck tiefen Mitgefühls in der Stimme: „Ach Du Arme, es ist schon schlimm, was Du alles erleiden musst.“

Ihre Partnerin / Ihr Partner ist sehr besorgt um Sie und nimmt Ihnen alle Arbeiten ab.

Freunde bringen Ihnen Literatur über alternative Heilmethoden bei CED mit und schlagen Ihnen vor, es unbedingt damit zu probieren.

Wegen einer akuten Durchfallattacke haben Sie in letzter Zeit mehrere Verabredungen mit Freunden kurzfristig absagen müssen. Seither ist der Kontakt abgebrochen.

Sie sind frisch verliebt. Bisher haben Sie Ihrer Freundin / Ihrem Freund noch nichts von Ihrer chronisch-entzündlichen Darmkrankheit erzählt.

Frau Herrmann ist eine junge Patientin mit Colitis ulcerosa. Mit ihrem Verlobten fuhr sie zur Geburtstagsfeier seiner Mutter. Als Frau Herrmann wegen starker Bauchschmerzen früher nach Hause wollte, antwortete er: „Aber heute ist doch die ganze Familie da! Kannst du dich nicht einmal zusammenreißen?“

Kasten 4: Kommunikationsbeispiele - Gespräche mit Ärztinnen

Ihr Arzt erklärt Ihnen das weitere therapeutische Vorgehen in seiner Fachsprache. Sie haben vieles davon nicht verstanden.

Ihr Arzt möchte bei Ihnen eine Darmspiegelung machen. Sie fürchten sich davor.

Herr Schmidt ist ein Patient mit Morbus Crohn. Sein Arzt sagte ihm, dass er einen schweren Schub habe und deswegen Cortison nehmen müsse. Wegen der vielen Nebenwirkungen fragte Herr Schmidt seinen Arzt nach anderen Behandlungsmöglichkeiten. Der Arzt war aber kurz angebunden: "Sie müssen auf jeden Fall Cortison nehmen, finden Sie sich besser damit ab."

Die Gruppe wird in Kleingruppen von drei bis vier Personen aufgeteilt. Jede Kleingruppe bekommt aus jedem Bereich mindestens eine Karteikarte. In einer Kleingruppendiskussion sollen Lösungsvorschläge zu diesen Problemsituationen erarbeitet werden. Die Problemsituationen und die hierzu erarbeiteten Lösungsvorschläge werden anschließend im Plenum vorgestellt und diskutiert. Wenn sich die Teilnehmerinnen darauf einlassen können empfiehlt es sich, das Kommunikationsverhalten nicht nur verbal beschreiben zu lassen, sondern in einem Rollenspiel zu spielen. Vielfach werden dysfunktionale Kommunikationsmuster der Teilnehmerinnen erst im Rollenspiel sichtbar. Wünsche werden z.B. nicht als Wunsch, sondern als Vorwurf ausgedrückt. Mit Ausreden wird versucht, indirekt statt direkt "Nein" zu sagen, in der Annahme, dass der Gesprächspartner dadurch weniger gekränkt wird. Schließlich ist auch nur im Rollenspiel möglich, auf die nonverbalen Aspekte der Kommunikation wie Körperhaltung, Gestik, Mimik, Stimmausdruck einzugehen.

Nach einem Rollenspiel wird zunächst die Gruppe gefragt, was ihr aufgefallen ist und was man im Gesprächsverhalten verbessern kann. Danach kann auch die Leiterin aus ihrer fachlichen Perspektive Anregungen einbringen. Die Rückmeldungen sollten stets respektvoll vorgebracht werden und Lob ebenso wie Kritik umfassen. Die Spieler können für ihren Mut zum Auftritt vor der Gruppe gelobt werden. Vor der Kritik werden zunächst alle positiv wahrgenommenen Aspekte hervorgehoben. Kritik wird am besten als Verbesserungsvorschlag eingebracht. Geachtet werden sollte z.B. darauf, dass Ich-Botschaften gesendet werden, statt sich auf Grundsätze oder Regeln zu berufen. Anschließend können die Protagonisten gebeten werden, das Rollenspiel mit dem veränderten Verhalten zu wiederholen, um Erfahrung damit zu sammeln und es einzuüben.

Sehr hilfreich zum Verständnis von Kommunikationsproblemen ist das 4-Seiten-Modell von Schulz von Thun (2013). Es kann in einem Impulsreferat vorgestellt werden. Es kann erklären, wie Missverständnisse entstehen. Schulz v. Thun geht davon aus, dass jede Nachricht zwischen Sender und Empfänger über vier Seiten verfügt.

1. **Sachinhalt:** worüber ich rede oder informiere
2. **Appell:** wozu ich veranlassen möchte
3. **Beziehung:** was ich vom Empfänger halte und wie wir zueinander stehen
4. **Selbstoffenbarung:** was ich über mich selbst preisgebe

Sender und Empfänger können sich auf eine oder mehrere der vier Seiten konzentrieren. Wenn sich der Sender z.B. auf den Sachinhalt konzentriert, der Empfänger aber auf die Beziehungsseite, kann es schnell zu Missverständnissen kommen. Im folgenden Beispiel wird deutlich, wie unterschiedlich die Reaktion des Empfängers ausfallen kann. Sie hängt davon ab, auf welche der vier Seiten er reagiert.

Tabelle 2: Beispiele 4-Seiten einer Botschaft

	Sender	Empfänger
Sachinhalt	„Der Kühlschrank ist leer“	„Ja, ich weiß.“
Appell	Kauf' ein.	„Ich gehe gleich einkaufen.“
Beziehung	Du sorgst nicht gut für mich.	„Immer bin ich an allem schuld!“
Selbstoffenbarung	Ich habe Hunger.	„Wollen wir einfach essen gehen?“

UMGANG MIT SCHWIERIGEN GRUPPENSITUATIONEN

Im Folgenden wird auf gruppenspezifische Herausforderungen aufmerksam gemacht und einige Lösungsmöglichkeiten dargestellt. Für eine ausführliche Darstellung von gruppenspezifischen Prozessen und Hinweisen für Gruppenleiterinnen verweisen wir auf Vopel (2009). Vorgeschlagen wird, nach dem - aus der themenzentrierten Interaktion von Ruth Cohn (1975) bekannten - Prinzip zu handeln: „Störungen haben Vorrang“. Cohn macht zu Recht darauf aufmerksam, dass neben der Sachebene der Schulung die Beziehung aller beteiligten Personen untereinander zu beachten ist. Schwierigkeiten auf der Beziehungsebene können verhindern, dass die Schulungsinhalte erfolgreich vermittelt werden. Störungen der Beziehung müssen beseitigt werden, bevor mit den Schulungsinhalten fortgefahren werden kann.

INDUZIERTER ANGST

Viele Patientinnen befürchten, durch die Teilnahme an der Schulung emotional belastet zu werden. Informationen über schwere Komplikationen ihrer Krankheit oder die Konfrontation mit Berichten anderer Betroffener über einen ungünstigen Krankheitsverlauf verursachen Ängste. Nach dem Prinzip „Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß“ möchten sie diese Konfrontation vermeiden. Emotional belastende Erfahrungen in Selbsthilfegruppen oder auch nur die Befürchtung, damit belastet zu werden, sind die häufigsten Gründe, auch Selbsthilfegruppe zu meiden. Wir schlagen in diesen Fällen ein empathisches Eingehen auf die Ängste der Patientinnen vor.

„Ich nehme an, dass Sie gerade befürchten, in der Gruppe durch schlimme Fallbeispiele oder durch Informationen über Komplikationen belastet zu werden. Das kann ich gut verstehen. Nun ist es allerdings so, dass sich die meisten Menschen bei uns auch in ein Auto setzen obwohl sie wissen, dass Autofahren lebensgefährlich sein kann. Wir haben anscheinend gelernt, mit dieser Gefahr umzugehen. Wir tun dann alles Mögliche, um das Risiko beim Autofahren zu verringern. Wir fahren vorsichtig und schnallen uns z.B. grundsätzlich auch auf kurzen Strecken an. Wir sehen es so, dass die Schulung dazu führen kann, dass Sie – wie beim Autofahren – besser auf die Gefahren reagieren und selbstfürsorglicher mit sich umgehen können.“

Einerseits soll versucht werden, die Patientinnen zur Teilnahme an der Schulung und zur Konfrontation mit krankheitsbezogenen Ängsten zu ermutigen. Andererseits soll in der Schulung aber auch vermieden werden, unnötig Ängste auszulösen. In den Schulungsmaterialien wurde daher bewusst darauf verzichtet, z.B. Fotos von blutigen Operationspräparaten zu zeigen, weil dies von vielen Betroffenen als abschreckend empfunden wird und für das Verständnis in keiner Weise erforderlich ist. Abstrahierende Zeichnungen sind vollkommen ausreichend, um das Krankheitsgeschehen zu illustrieren und verständlich zu machen. Angstreduzierend wirkt auch, wenn man etwa bei der Information über schwere Komplikationen die Auftretenswahrscheinlichkeit mit angibt und damit deutlich macht, dass nur ein kleiner Teil der Teilnehmerinnen jemals davon betroffen sein wird. Ein Hinweis, wie Komplikationen vermieden oder durch Früherkennung und optimale Behandlung bewältigt werden können, trägt weiter zur Angstreduktion bei. Zu berücksichtigen ist auch ein Selektionseffekt. In Kliniken trifft man gehäuft Betroffene mit ungünstigen Krankheitsverläufen. Die Krankheitserfahrungen, die Betroffene dort kennenlernen, sind deshalb in keiner Weise repräsentativ für die Gesamtheit der CED-Erkrankten.

NONVERBALE ABLEHNUNG

Manche Gruppenteilnehmerinnen stehen der Schulung ambivalent gegenüber. Einerseits lehnen sie die Teilnahme emotional ab, z.B. weil sie sich in ihrer Autonomie bedroht fühlen. Andererseits nehmen sie daran teil, weil sie möglicherweise nicht wagen, ihre Ablehnung offen zu zeigen. Ihre Vorbehalte oder ihren Widerstand drücken sie in diesem Fall nicht verbal, sondern nonverbal aus. Das kann sich etwa darin zeigen, dass sie sich mit ihrem Stuhl etwas außerhalb des Stuhlkreises platzieren. Mit ihrer Platzwahl demonstrieren sie ihre Ablehnung. Andere Möglichkeiten nonverbaler Ablehnung sind z.B. Drehen des Stuhles um 180°, so dass die Stuhllehne zur Raummitte zeigt und sich die Person dahinter verstecken kann, Verschränken der Arme vor der Brust, Vermeiden von Blickkontakt, Einnehmen eines Schneidersitzes auf dem Stuhl, wiederholtes Trinken aus mitgebrachten Flaschen, Spielen mit einem Gegenstand oder Stricken in der Gruppe. Für die anderen Gruppenteilnehmerinnen ist

ein solches Verhalten ungünstig, weil sie die damit ausgedrückte Ablehnung spüren, sie möglicherweise auf sich beziehen und gehemmt werden sich einzubringen. Als Gruppenleiterin empfiehlt es sich, solches oder ähnliches nonverbales Verhalten anzusprechen, ohne das Verhalten aber als Widerstand zu deuten. Ziel einer Intervention der Leiterin sollte sein, den nonverbalen Widerstand zu verbalisieren, transparent und diskutierbar zu machen, z.B.:

„Mir fällt auf, dass Sie sich etwas außerhalb des Stuhlkreises gesetzt haben. Können Sie uns sagen, was Sie damit ausdrücken möchten?“

„Können wir etwas dafür tun, dass Sie sich ganz zu unserer Gruppe zugehörig fühlen und zu den anderen in den Kreis setzen?“

„Können wir uns in der Gruppe darauf einigen, während der Schulung nicht zu telefonieren, zu simsens oder zu stricken?“

TEILNEHMERINNEN BETEILIGEN SICH NICHT

Es ist günstig, wenn sich alle Teilnehmerinnen ungefähr gleich stark an den Gruppendiskussionen beteiligen. In der Praxis wird dies jedoch eher selten der Fall sein. Es wird Personen geben, die sich wenig und andere, die sich mehr einbringen. Gerade sozialängstliche Personen verhalten sich gerne zurückhaltend und nehmen passiv rezipierend teil. Grundsätzlich soll niemand gezwungen werden, sich in der Gruppe persönlich zu öffnen. Alle Teilnehmerinnen sollen das Recht haben zu schweigen. Gruppen erwarten zwar keine vollständige Ausgewogenheit der Beiträge, empfinden eine zu große Unausgewogenheit aber als Störung. Ausschließlich passiv rezipierende Teilnehmerinnen sind ungünstig für die Funktionsfähigkeit der Gruppe, da aktive Teilnehmerinnen, die sich persönlich geöffnet haben, Gleiches auch von den anderen erwarten. Tritt diese Erwartung nicht ein, nehmen sie sich ebenfalls zurück, so dass die Gruppeninteraktion zum Erliegen kommt. Passive Personen können sich andererseits an den Rand gedrängt und von den aktiven dominiert fühlen. Ziel der Gruppenleitung sollte es daher sein, in der Gruppe eine einigermaßen ausgewogene Beteiligung aller Mitglieder anzustreben.

Um passive Teilnehmerinnen zu integrieren können Methoden eingesetzt werden, bei denen alle ein kurzes Statement abgeben, z.B. das sogenannte Blitzlicht. In einem Rundgespräch, bei einer Störung in der Gruppe oder am Ende eines Moduls, wird jede Person gebeten, kurz ihre augenblickliche Gefühlslage zu beschreiben. Man kann zurückhaltende Teilnehmerinnen auch direkt ansprechen und z.B. sagen:

„Mir fällt auf, dass Sie bisher noch nicht zu Wort gekommen sind. Ist das für Sie in Ordnung?“

Dadurch, dass die angesprochene Person auf diese Frage antwortet, wird sie bereits in den Gruppenprozess integriert.

TEILNEHMERINNEN DOMINIEREN DIE GRUPPENDISKUSSION

Gelegentlich kommen Betroffene mit einem sehr starken Mitteilungsbedürfnis in die Schulung. Sie ergreifen bei jeder Gelegenheit sofort das Wort und blockieren damit andere, sich einzubringen. Sie zu bitten, anderen die Möglichkeit zu lassen, auch einmal etwas zu sagen, wird von den Betroffenen wahrscheinlich als verletzend empfunden. Es kommt somit darauf an, besonders mitteilungsbedürftige Teilnehmerinnen auf eine wertschätzende Art zu begrenzen. Möglich ist dies z.B. mittels Interventionen wie

„Ich schätze sehr an Ihnen, dass Sie sich hier so aktiv einbringen. Ist es Okay für Sie, so viele Beiträge zu leisten?“

Ich finde schön, dass Sie sich persönlich öffnen und so stark einbringen. Diese Chance möchte ich auch anderen ermöglichen. Wie könnten wir das erreichen?

Mit einer solchen, rechtzeitig erfolgten Intervention der Leiterin wird ein zu aktives Gruppenmitglied auch vor einer möglichen aggressiven Kritik anderer Gruppenteilnehmer geschützt.

TEILNEHMERINNEN VERLASSEN DIE GRUPPE

Befinden sich Teilnehmerinnen in einem aktiven Krankheitsschub, kann Stuhldrang auch während der Patientenschulung auftreten und die Patientinnen zum Verlassen des Schulungsraums zwingen. Dies sollte nicht psychologisiert und als Widerstand gegen die Schulung gedeutet werden. Um das Verlassen der Schulung zu minimieren empfiehlt es sich, sie auf einen Zeitpunkt zu legen, an dem mit relativ wenig Stuhldrang zu rechnen ist. Bewährt hat sich der späte Vormittag oder der Nachmittag mit zeitlichem Abstand zum Mittagessen.

Nicht selten lösen die Schulungsinhalte und die von anderen Teilnehmerinnen berichteten Erfahrungen Ängste aus. Bei ängstlichen Teilnehmerinnen kann dies dazu führen, dass sie emotional überfordert sind und eine Konfrontation mit der Angst vermeiden indem sie den Raum verlassen oder nicht mehr weiter an der Schulung teilnehmen möchten. Aus Scham geben einige jedoch nicht die wahren Gründe für den Behandlungsabbruch an, sondern suchen nach Ausreden, da man als Erwachsener keine Angst haben darf oder sie die Gruppenleiterin nicht kränken wollen. Es werden Gründe wie z.B. körperliches Unwohlsein oder fehlender Neuigkeitswert der Schulung vorgeschoben. In diesen Fällen kann versucht werden, das psychologische Problem anzusprechen, ohne das Wort Angst zu verwenden, z.B.

„Die Schulung wird ihnen gerade zu viel. Ist sie Ihnen zu belastend?“

Grundsätzlich ist die Teilnahme an der Schulung aber freiwillig. Niemand soll oder darf zur Teilnahme gezwungen werden. Um ein Vermeidungsverhalten aber nicht zu unterstützen können die Teilnehmerinnen, welche die Gruppe verlassen wollen, darum gebeten werden, sich von der ganzen Gruppe zu verabschieden, statt sich nur beim Gruppenleiter abzumelden. Erwartet wird eine persönliche Abmeldung. Eine Abmeldung von der Schulung über andere Teilnehmerinnen sollte nicht akzeptiert werden.

„Die anderen Teilnehmerinnen werden sich fragen, weshalb Sie nicht mehr in die Gruppe kommen und sich möglicherweise Sorgen um Sie machen. Selbstverständlich dürfen Sie sich von der Patientenschulung abmelden. Ich möchte Sie aber bitten, sich zu Beginn der nächsten Sitzung von der Gruppe zu verabschieden.“

TEILNEHMERINNEN SCHLÜPFEN IN EINE CO-THERAPEUTENROLLE

Mit der Absicht, anderen Teilnehmerinnen zu helfen, gehen manche in eine Art Co-Therapeutenrolle. Sie stellen persönliche Fragen, interpretieren das Verhalten anderer Teilnehmerinnen oder geben Ratschläge. Für beide Seiten ist es wenig hilfreich wenn sich der eine in eine Therapeuten- und der andere in die Patientenrolle begibt oder dort hinein gedrängt wird. Die Teilnehmerin in der Patientenrolle fühlt sich dadurch möglicherweise zu einer stärkeren Öffnung genötigt als gewollt, bevormundet oder kritisiert. Die Patientin in der Therapeutenrolle wird enttäuscht sein, wenn ihr gut gemeinter Rat nicht angenommen wird. Die Gruppenleiterin sollte die gute Absicht hervorheben, das „inquisitorische Fragen“, Diagnostizieren oder Interpretieren innerhalb der Gruppe aber unterbinden. Dies sollte auf eine wertschätzende und freundliche Weise geschehen, z.B.

„Mit gefällt, dass Sie Frau/Herrn ... helfen möchten. Ich denke aber, dass sie/er selbst in der Lage ist, eine Lösung für ihr/sein Problem zu finden. Helfen können Sie ihr/ihm am besten, indem Sie von Ihren eigenen Erfahrungen und Problemlösungen berichten.“

Persönliche Erfahrungen statt Verallgemeinerungen werden gefördert, indem die Leiterin die Regel „Ich“ statt „man“ oder „wir“ einführt und im Verlauf darauf achtet, dass sie eingehalten wird.

TEILNEHMERINNEN WEINEN

Da in der Schulung auch emotional belastende Themen angesprochen werden, können manche so berührt sein, dass sie weinen. Teilnehmerinnen, die dies beobachten, entwickeln in diesen Fällen leicht (zu starkes) Mitgefühl, weinen selbst auch oder versuchen das weinende Gruppenmitglied zu trösten. Die Gruppenleiterin sollte sich auf solche Situationen vorbereiten indem sie stets ein Päckchen Papiertaschentücher oder Kosmetiktücher mitführt und der weinenden Person reicht. Damit signalisiert sie, dass es erlaubt ist, in der Schulung Emotionen zu

zeigen, ohne dass diese von allen anderen übernommen werden müssen. Gleichzeitig trägt sie damit dazu bei, dass das Weinen beendet wird. Gegebenenfalls kann man die betroffene Person auch fragen, ob sie kurz hinausgehen und wiederkommen möchte, wenn sie sich wieder gefasst hat.

NEBENGESPRÄCHE

Je größer eine Gruppe wird, umso mehr steigt die Gefahr, dass Nebengespräche entstehen. Die Begrenzung der Gruppengröße trägt dazu bei, Nebengespräche weniger wahrscheinlich zu machen. Sie können dennoch auftreten. Die Gruppenleiterin sollte in diesem Fall intervenieren indem sie z.B. sagt:

„Ich möchte gerne alles mitbekommen, was Sie sagen. Können wir uns darauf einigen, dass immer nur eine Person spricht?“

„Möchten Sie uns allen sagen, was Sie gerade zu Ihrer Nachbarin gesagt haben?“

UNZUFRIEDENHEIT MIT BEHANDLERN

In Gruppen chronisch kranker Menschen wird gerne über die Behandlung durch Ärztinnen geklagt, die gerade nicht im Raum sind. Viele können Geschichten erzählen über Fehldiagnosen, Behandlungsfehler, Unverständnis oder persönliche Kränkungen, die sie in ihrer Krankengeschichte erlebt haben. Zwar ist durchaus möglich, dass die Klagen über Fehlbehandlungen oder nicht wertschätzenden Umgang von Ärztinnen mit ihren Patientinnen berechtigt sind. Bei seltenen Krankheiten, wie den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, können nicht alle Ärztinnen über umfangreiches Spezialwissen verfügen. Wenn sie ratlos sind und sich hilflos fühlen kann nicht ausgeschlossen werden, dass sie ungeschickt mit ihren Patientinnen kommunizieren oder nicht leitliniengerecht behandeln.

Auf der anderen Seite ist es möglich, dass Patientinnen ihre negativen Gefühle gegenüber ihrer Erkrankung auf ihre Behandlerinnen projizieren. Sie erwarten von ihnen die Lösung ihrer gesundheitlichen Probleme und reagieren mit Enttäuschung oder Wut, wenn ihre Erkrankung ungünstig verläuft und ihre Heilungserwartungen unerfüllt bleiben. Statt aber ein ungerechtes Schicksal oder ihre Erkrankung für ihre Gefühle verantwortlich zu machen, stempeln sie ihre Behandlerinnen zu Sündenböcken. Für die Patientinnen hat dies einerseits eine emotional entlastende Wirkung. Sie haben eine Person, die sie für ihr Leid verantwortlich machen können. Eine kathartische und die Gruppenkohäsion fördernde Wirkung solcher Klagen in Selbsthilfe- oder therapeutischen Gruppen ist zweifellos vorhanden. Dieser positive Effekt wird jedoch erkaufte mit einem Gefühl der Hilf- und Machtlosigkeit. Wer andere für sein Befinden verantwortlich macht, beraubt sich selbst der Möglichkeit, etwas zu verändern. In Gruppen wird damit möglicherweise auch ein generelles Misstrauen gegenüber Behandlerinnen verbreitet, das für die weitere Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Betroffenen ungünstig ist und die Arzt-Patient-Beziehung beeinträchtigt. Sehr naheliegend wird dann die Lösung empfohlen, die Ärztin zu wechseln, was aber nicht immer möglich und nicht in jedem Fall vorteilhaft ist.

Als Gruppenleiterin sollte man jedoch unbedingt vermeiden, vorwurfsvoll klagende Äußerungen von Teilnehmerinnen als Projektion zu deuten. Dies würde von den Patientinnen vermutlich als kränkend erlebt und nicht akzeptiert. Abraten möchten wir auch davon, sich selbst mit angegriffen zu fühlen, zum Anwalt der Vorbehandlerinnen zu machen und ihr Verhalten zu rechtfertigen mit Argumenten wie hohe Arbeitsbelastung oder der Unmöglichkeit, sich umfassend mit allen seltenen Krankheiten auszukennen. Dies würden die Gruppenteilnehmerinnen als Solidarisierung sehen und mit einem Verlust an Vertrauen zur Gruppenleiterin beantworten.

Ebenso ungünstig ist, sich der Kritik der Teilnehmerinnen an ihren Therapeutinnen anzuschließen und sie zu bestätigen. Mit Komplimenten für die Gruppenleiterin versuchen manche, ihre Behandlerinnen zu spalten. Durch Aussagen wie „hier werde ich endlich einmal ernst genommen und richtig informiert“ besteht die Gefahr, sich spalten und zu einer Bestätigung der Kritik hinreißen zu lassen.

Eine Möglichkeit auf Klagen zu reagieren kann es sein, sie zu ignorieren und damit zu löschen. Noch besser erscheint uns jedoch, sie zu begrenzen. Möglich ist dies mit Interventionen wie:

„Sie waren also mit der Behandlung durch Ihren Arzt unzufrieden. Wie haben Sie ihm das zurückgemeldet? Wie hat er darauf reagiert? Was könnten Sie tun, um wieder besser mit ihm zusammenzuarbeiten?“

Das Grundprinzip besteht bei diesen Interventionen darin, dass die Gruppenleiterin nicht Partei ergreift oder Ratschläge gibt, sondern in einen sokratischen Dialog eintritt mit dem Ziel, die Patientin zur Entwicklung einer eigenständigen Problemlösung anzuregen. Dabei gehen wir davon aus, dass Kommunikationsprobleme die Hauptursachen solcher Enttäuschungen sind und die direkte Klärung zwischen den Beteiligten zu einer Verbesserung der Beziehung und der Kooperation führen wird.

BELASTUNG DURCH NEBENWIRKUNGEN VON MEDIKAMENTEN

Ebenso häufig wie Klagen über Ärztinnen sind solche über Nebenwirkungen von Medikamenten, z.B. der Corticoide. Beides kommt auch gerne in Kombination vor. Es erscheint sehr naheliegend, die Anwendung solcher Medikamente fachlich zu rechtfertigen und dabei z.B. auf die evidenzbasierten Leitlinien zu verweisen. Hierdurch besteht jedoch die Gefahr, sich mit den Patientinnen in eine Auseinandersetzung zu verstricken, in welcher die Gruppenleiterin die Medikamente verteidigt, während sie die Patientin ablehnt. Als Therapeutin kann man eine solche Auseinandersetzung nur verlieren, da die Patientin letztendlich darauf verweisen wird, dass nicht die Therapeutin sondern sie die subjektiv unerträglichen Nebenwirkungen zu ertragen hat. Wir schlagen vor, in solchen Fällen eine Auseinandersetzung mit den Patientinnen zu vermeiden indem man z.B. sagt

„Ich habe verstanden, dass Sie unter den Nebenwirkungen sehr leiden. Nun ist es leider so, dass Medikamente ohne Nebenwirkungen auch keine Wirkung haben. Wenn die Wirkung für Sie wichtig ist, was könnten Sie tun, um weniger Nebenwirkungen zu haben oder sich von ihnen weniger beeinträchtigen zu lassen?“

„Sind Sie eventuell sogar dazu bereit, auf die Arzneimittelwirkung zu verzichten, um von den Nebenwirkungen verschont zu bleiben? Was würden Sie damit riskieren?“

„Haben Sie mit Ihrer Ärztin schon alle Möglichkeiten geprüft, die Nebenwirkungen durch Umsetzen der Medikamente zu verringern?“

Ziel dieser Intervention ist, die Diskussion darauf zu lenken, dass es bei der Medikamenteneinnahme um eine persönliche Kosten-Nutzen-Abwägung der Patientinnen geht. Die Wirkung eines Medikaments ist nur um den Preis seiner Nebenwirkungen zu haben. Es wird nicht der Ärztin zuliebe eingenommen, sondern wegen der erhofften Wirkung. Dabei gehen wir natürlich davon aus, dass bereits alle Möglichkeiten ausgeschöpft wurden, die Nebenwirkungen z.B. durch eine Umstellung der Medikation zu minimieren. Ist dies nicht der Fall, sollte im Rahmen der Behandlung eine Umstellung versucht werden.

Vielfach wird die Hoffnung geäußert, dass die Alternativmedizin Medikamente oder Heilmethoden anbieten kann, die frei sind von unerwünschten Nebenwirkungen – bei gleich starker Wirkung. Der Schulmedizin wird unterstellt, sie enthalte den Patientinnen solche Wirkstoffe z.B. aus Profitinteresse der Pharmaindustrie vor. An dieser Stelle wäre es ungünstig, die Pharmaindustrie zu verteidigen oder die Wirksamkeit der Naturheilverfahren anzuzweifeln. Besser erscheint es, nicht mehr auf der Sachebene zu argumentieren, sondern auf die Beziehungsebene zu wechseln und das Misstrauen gegenüber den Behandlerinnen zu thematisieren, das hiermit zum Ausdruck gebracht wird, z.B.:

„Sie scheinen Ihren Ärzten zu misstrauen. Gibt es einen Grund, weshalb sie Ihnen eine Behandlung vorenthalten sollten, die bei gleicher Wirksamkeit keine Nebenwirkungen hat?“

„Wenn Sie Ärztin wären, würden Sie Ihren Patientinnen Medikamente verschreiben, deren Wirkung nicht nachgewiesen ist und dafür auf Medikamente verzichten, die wirksam sind?“

„Sie sind enttäuscht darüber, dass Ihnen mit den Medikamenten bisher nicht geholfen werden konnte und suchen nun nach Alternativen? Wie viel Risiko sind Sie bereit, dabei einzugehen?“

SPANNUNGSABBAU

Insbesondere die psychologischen Module sind für die Patientinnen manchmal emotional sehr bewegend. Um die Anspannung am Ende wieder etwas zu lösen kann die Gruppe gebeten werden, noch einen Witz zu erzählen, da Lachen Spannung reduzieren kann. Dabei kann es nützlich sein, wenn auch die Leiterin einen Witz beiträgt. Gute Erfahrungen haben wir mit selbstironischen Witzen gemacht, die durchaus auch versteckte therapeutische Botschaften enthalten können (Trenkle 2010, 2013), z.B.

Wie viele Psychologen braucht man, um eine Glühbirne einzuschrauben? Im Prinzip reicht einer. Aber die Glühbirne muss selber wollen.

Ein Mann hat sich in einer fremden Stadt verlaufen. Er fragt einen Passanten, zufällig einen Psychologen, wo es zum Bahnhof geht. Der Psychologe antwortet, es tue ihm leid. Er sei selbst fremd hier. „Aber ich finde es unheimlich gut, dass wir einmal darüber gesprochen haben.“

Zwei Freunde treffen sich auf der Straße. Der eine bittet den anderen um einen Rat. Er mache immer noch ins Bett. Der andere rät ihm, einmal zu einem Psychologen zu gehen. Der könne ihm bestimmt gut helfen. Nach ein paar Wochen begegnen sich die beiden wieder. Der andere fragt „warst Du beim Psychologen?“ „Ja“ antwortet der Erste. „Und, hat er Dir helfen können?“ fragt der Zweite. „Ja, wunderbar“ ist die Antwort. „Machst Du jetzt nicht mehr ins Bett?“ fragt der Freund. „Doch, doch, aber jetzt bin ich stolz darauf.“

Ein Lehrer fragt seine Schüler nach dem Beruf ihrer Väter. Anna sagt, „mein Vater ist Bäcker“. Peter sagt „mein Vater ist Metzger“. Fritz sagt „mein Vater spielt Klavier in der Nacktbar“. Der Lehrer ruft den Vater von Fritz an und fragt, ob das stimme. Der Vater stellt seinen Sohn zur Rede „wie kannst Du behaupten, dass ich in einer Nacktbar Klavier spiele?“ „Aber Papa, ich kann doch nicht verraten, dass Du Psychologe bist“, rechtfertigt sich Fritz.

SCHLUSSBEMERKUNG

Die Rückmeldungen der Teilnehmerinnen zu diesem Patientenschulungsprogramm waren sehr positiv. In der internen Zufriedenheitsbeurteilung über alle Leistungen der Reha-Klinik Taubertal erreichte sie stets Spitzenwerte. Nichts ist aber so gut, dass es nicht noch verbessert werden könnte. Die Autorinnen freuen sich daher über alle Rückmeldungen, Hinweise auf Fehler oder Verbesserungsvorschläge.

ZITIERTE LITERATUR

- Cohn, R. (1975). Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Von der Behandlung einzelner zu einer Pädagogik für alle. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dignass, A., Preiß, J. C., Aust, D. E., Autschbach, F., Ballauff, A., Barretton, G., Bokemeyer, B., S. Fichtner-Feigl, S., Hagel, S., Herrlinger, K. R., Jantschek, G., Kroesen, A., Kruis, W., Kucharzik, T., Langhorst, J., M. Reinshagen, M., Rogler, G., Schleiermacher, D., Schmidt, C., Schreiber, S., Schulze, H., Stange, E., Zeitz, M., Hoffmann, J. C., Stallmach, A. (2011). Aktualisierte Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Colitis ulcerosa 2011 – Ergebnisse einer Evidenzbasierten Konsensuskonferenz. AWMF-Registriernummer: 021/009 Z Gastroenterol 2011; 49: 1276–1341.
- Küffner, R. & Reusch, A. (2014). Schulungen patientenorientiert gestalten. Ein Handbuch des Zentrums Patientenschulung. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Langsch, R. & Zillessen, E. (2014). Morbus Crohn – Colitis ulcerosa. 213 Fragen und Antworten für Betroffene und ihre Angehörigen. 5. Auflage. Lengerich: Pabst-Science-Publishers.
- Preiß, J.C. , Bokemeyer B., Buhr, H.-J., Dignaß, A., Häuser, W., Hartmann, F., Herrlinger, K. R., Kaltz, B., Kienle, P, Kruis, W., Kucharzik, T., Langhorst, J., Schreiber, S., Siegmund, B., Stallmach, A., Stange, E. F., Stein, J., Hoffmann, J. C. (2014) Aktualisierte S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des M. Crohn“ 2014. AWMF-Registriernummer: 021-004.
- Schulz von Thun, F. (2013). Miteinander reden 1. Reinbek: Rowohlt.
- Trenkle, B. (2010). Das zweite Ha-Handbuch der Witze zu Hypnose und Psychotherapie. 4. Überarbeitete Auflage. Carl-Auer Verlag.
- Trenkle, B. (2013). Ha-Handbuch der Psychotherapie. Witze ganz im ernst. 9. bearbeitete Auflage. Carl-Auer Verlag.
- Vopel, K.W. (2009). Handbuch für Gruppenleiter/innen. 12. Auflage. Hamburg: Iskopress.

1. Arbeitsblatt AB 1 „Frischlinge“ zu Modul P1.....	I
2. Arbeitsblatt AB 2 „alte Hasen“ zu Modul P1.....	II
3. Fallbeispiel „Frau Müller“ zu Modul P2	III
4. Arbeitsblatt AB 3 „Persönliche Stärken“ zu Modul P3.....	IV
5. Konfliktsituationen zu Modul P3.....	V
6. Konfliktsituationen (DIN-A6-Format) zu Modul P3.....	VI

Wir „Frischlinge wüssten gerne von den „alten Hasen“ ...

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Wir „alte Hasen“ empfehlen den „Frischlingen“ ...

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Fallbeispiel „Frau Müller“

Frau Müller hat Morbus Crohn. In einem akuten Schub ist es ihr passiert, dass sie es nicht mehr bis zur Toilette geschafft hat und in die Hose machte. Das ist ihr zum Glück zuhause passiert. Wie **peinlich** wäre es gewesen, wenn sie unterwegs in die Hose gemacht hätte. **Sie stellte sich vor**, wie die Leute alle auf sie schauen und abfällig über sie reden. Diese Vorstellung macht ihr **Angst**.

→ **Teufelskreis der Angst** vorstellen (Folie FP2.5)

Um sich solche Erfahrungen zu **ersparen**, blieb Frau Müller erst einmal zuhause. Ihr Mann konnte ja die Einkäufe erledigen. Zuhause fühlte sie sich **sicher** und wohl. Dort war sie schnell auf der Toilette. Und wenn es einmal nicht reichen sollte, konnte sie sich gleich wieder frisch machen (Folie FP2.6).

→ **Vermeidungsverhalten**, Sammeln von Beispielen

Immer nur zuhause ging aber **auf die Dauer nicht**. Es gab Termine, die Frau Müller wahrnehmen musste. Wenn ein Termin anstand, ging sie dazu über, **schon Stunden vorher** nichts mehr zu essen, um die Häufigkeit ihrer Stuhlgänge zu vermindern. Sie legte die Termine auch auf den **Nachmittag**, weil da weniger Stühle bei ihr aufzutreten. Doch je näher der Zeitpunkt kam, zu dem sie aus dem Haus gehen wollte, desto **unruhiger** wurde sie. Sie hörte in sich hinein und nahm **Darmbewegungen** wahr. Auch wenn sie zunächst einmal nichts spürte, ging sie **vorsorglich zur Toilette**, um auch ganz sicher nicht mehr aufs WC zu müssen. Stand ein unvermeidbarer Termin am Vormittag an, stand sie schon Stunden **früher auf**, um so oft und so lange wie möglich auf der Toilette zu sitzen. Diese **Vorkehrungen** waren ziemlich nervig und aufwendig.

Auf diese Weise gelang es ihr aber, den **Termin zu bewältigen** ohne in eine schambesetzte Situation zu kommen.

→ **Sicherheitsverhalten** erläutern und weitere Beispiele sammeln

Wann immer möglich sagte Frau Müller **Termine ab**. Sie kaufte nicht mehr in Geschäften ein, in denen es keine Kundentoilette gab. Sie ging nicht mehr ins Kino oder Konzert. Und wenn, so setzte sie sich immer außen in die Reihe. Es wäre ihr zu peinlich, inmitten einer Vorstellung aufzustehen. So kam es dazu, dass Frau Müller **nicht mehr viel erlebte** und oft **traurig** war. Auch ihre **Freunde** meldeten sich immer seltener, nachdem sie ein paar Mal abgesagt hatte.

→ **Folgen der Vermeidung** Sammeln von Beispielen (Folie FP2.7).

Meine persönlichen Stärken sind

1)

2)

3)

4)

5)

Arbeitsplatzsituationen

Sie kommen nach einer längeren Rehabilitation an Ihren Arbeitsplatz zurück. Die Kollegen stöhnen über die viele Arbeit, die sie während Ihrer Abwesenheit zu erledigen hatten. Mit leicht spöttischem Unterton fragen sie, ob Sie sich in Ihrer Reha gut amüsiert haben.

Bei einem Vorstellungsgespräch fragt Sie Ihr möglicher Arbeitgeber, ob Sie an einer Krankheit leiden, welche Sie bei der Arbeit behindern könnte.

Bei einem Rückkehrergespräch nach einer längeren Krankheit fragt Sie Ihr Vorgesetzter, ob Sie nun wieder voll einsatzfähig sind.

Kollegen in Ihrer Firma fragen Sie, was Sie haben.

Manchmal gluckert es sehr laut in Ihrem Bauch. Als Sie gerade in einer Besprechung sitzen, fängt Ihr Darm an Geräusche zu machen.

Freunde und Familie

Ihre Mutter bedauert Sie mit dem Ausdruck tiefen Mitgefühls in der Stimme: „Ach Du Arme, es ist schon schlimm, was Du alles erleiden musst.“

Ihre Partnerin / Ihr Partner ist sehr besorgt um Sie und nimmt Ihnen alle Arbeiten ab.

Freunde bringen Ihnen Literatur über alternative Heilmethoden bei CED mit und schlagen Ihnen vor, es unbedingt damit zu probieren.

Wegen einer akuten Durchfallattacke haben Sie in letzter Zeit mehrere Verabredungen mit Freunden kurzfristig absagen müssen. Seither ist der Kontakt abgebrochen.

Sie sind frisch verliebt. Bisher haben Sie Ihrer Freundin / Ihrem Freund noch nichts von Ihrer chronisch-entzündlichen Darmkrankheit erzählt.

Frau Herrmann ist eine junge Patientin mit Colitis ulcerosa. Mit ihrem Verlobten fuhr sie zur Geburtstagsfeier seiner Mutter. Als Frau Herrmann wegen starker Bauchschmerzen früher nach Hause wollte, antwortete er: „Aber heute ist doch die ganze Familie da! Kannst du dich nicht einmal zusammenreißen?“

Kommunikation mit Ärztinnen

Ihr Arzt erklärt Ihnen das weitere therapeutische Vorgehen in seiner Fachsprache. Sie haben vieles davon nicht verstanden.

Ihr Arzt möchte bei Ihnen eine Darmspiegelung machen. Sie fürchten sich davor.

Herr Schmidt ist ein Patient mit Morbus Crohn. Sein Arzt sagte ihm, dass er einen schweren Schub habe und deswegen Cortison nehmen müsse. Wegen der vielen Nebenwirkungen fragte Herr Schmidt seinen Arzt nach anderen Behandlungsmöglichkeiten. Der Arzt war aber kurz angebunden: „Sie müssen auf jeden Fall Cortison nehmen, finden Sie sich besser damit ab.“

Sie kommen nach einer längeren Rehabilitation an Ihren Arbeitsplatz zurück. Die Kollegen stöhnen über die viele Arbeit, die sie während Ihrer Abwesenheit zu erledigen hatten. Mit leicht spöttischem Unterton fragen sie, ob Sie sich in Ihrer Reha gut amüsiert haben.

Bei einem Rückkehrergespräch nach einer längeren Krankheit fragt Sie Ihr Vorgesetzter, ob Sie nun wieder voll einsatzfähig sind.

Bei einem Vorstellungsgespräch fragt Sie Ihr möglicher Arbeitgeber, ob Sie an einer Krankheit leiden, welche Sie bei der Arbeit behindern könnte.

Kollegen in Ihrer Firma fragen Sie, welche Krankheit Sie haben.

Manchmal gluckert es sehr laut in Ihrem Bauch. Als Sie gerade in einer Besprechung sitzen, fängt Ihr Darm an Geräusche zu machen.

Ihre Partnerin / Ihr Partner ist sehr besorgt um Sie und nimmt Ihnen alle Arbeiten ab.

Ihre Mutter bedauert Sie mit dem Ausdruck tiefen Mitgefühls in der Stimme: „Ach Du Arme, es ist schon schlimm, was Du alles erleiden musst.“

Freunde bringen Ihnen Literatur über alternative Heilmethoden bei CED mit und schlagen Ihnen vor, es unbedingt damit zu probieren.

Wegen einer akuten Durchfallattacke haben Sie in letzter Zeit mehrere Verabredungen mit Freunden kurzfristig absagen müssen. Seither ist der Kontakt abgebrochen.

Frau Herrmann ist eine junge Patientin mit Colitis ulcerosa. Mit ihrem Verlobten fuhr sie zur Geburtstagsfeier seiner Mutter. Als Frau Herrmann wegen starker Bauchschmerzen früher nach Hause wollte, antwortete er: „Aber heute ist doch die ganze Familie da! Kannst du dich nicht einmal zusammenreißen?“

Sie sind frisch verliebt. Bisher haben Sie Ihrer Freundin / Ihrem Freund noch nichts von Ihrer chronisch-entzündlichen Darmkrankheit erzählt.

Ihr Arzt erklärt Ihnen das weitere therapeutische Vorgehen in seiner Fachsprache. Sie haben vieles davon nicht verstanden.

Ihr Arzt möchte bei Ihnen eine Darmspiegelung machen. Sie fürchten sich davor.

Herr Schmidt hat Morbus Crohn. Sein Arzt sagte ihm, dass er wegen eines schweren Schubs Cortison nehmen müsse. Wegen der vielen Nebenwirkungen fragte Herr Schmidt seinen Arzt nach anderen Behandlungsmöglichkeiten. Der Arzt war aber kurz angebunden: "Sie müssen auf jeden Fall Cortison nehmen, finden Sie sich besser damit ab."

