

patient
partner

MAGAZIN

für PatientInnen und Angehörige



Was ist die altersbe-
dingte Makula-
degeneration?

Kennen Sie Ihr Herz-
schwäche Risiko?

Entzündlicher
Rückenschmerz –
Erkennen und
behandeln

1 | 2020



PATIENTENRECHTE

Diese Broschüre dient dazu, einen Überblick zu schaffen, wo sich beispielsweise Patientenrechte finden lassen und welche Möglichkeiten es gibt, wenn Therapien bzw. Medikamente nicht von der Kasse bezahlt werden.



ERHALTUNG DER SEHKRAFT IM ALTER UND ABC DER AMD

Die altersbedingte Makuladegeneration (AMD) ist die häufigste Ursache für Neuerblindungen in der industrialisierten Welt und schränkt im fortgeschrittenen Stadium die Lebensqualität der Betroffenen massiv ein. Diese Broschüre soll Ihnen das Wichtigste rund um die AMD, ihrer Früherkennung und Behandlungsmöglichkeiten vermitteln.



BEI DIABETES DIE AUGEN IM BLICK BEHALTEN

Diese Broschüre soll Betroffenen und Angehörigen einen Überblick über die Entstehung, Diagnostik und Behandlung des diabetischen Makulaödems liefern und dabei Fachausdrücke verständlich machen.



HÖREN SIE KOSTENFREI INFORMATIONEN ZUR ALTERSBEDINGTEN MAKULADEGENERATION

Viele Menschen haben Probleme mit ihren Augen. Ein Grund dafür kann eine altersbedingte Makuladegeneration - kurz AMD – sein. Hören Sie kostenfrei Informationen zur AMD unter ☎ 01 / 353 64 64



VIDEOTHEK DES WISSENS

In der Videothek des Wissens stellen wir Ihnen regelmäßig neue Videos, mit folgenden Schwerpunkten, zur Verfügung:

- **Körperliches Wohlbefinden**
Bewegungsübungen, Ernährung, Yoga, deutlich Sprechen
- **Medizinisches Fachwissen**
Herzinsuffizienz, Klinische Studien
- **Sozialrechtliche Informationen**
Sozialrechtliche Aspekte

Besuchen Sie uns regelmäßig auf
www.novartis.at/videothek

oder scannen Sie ganz einfach den QR-Code



HABEN WIR IHR INTERESSE GEWECKT?

Bestellen Sie die Materialien
über die kostenfreie

INFOLINE 0800/203 909

oder senden Sie uns eine
E-Mail an

patient.partner@novartis.com

EDITORIAL

Vieles im Leben vermissen wir erst, wenn es nicht mehr selbstverständlich vorhanden ist. An erster Stelle steht hier unsere Gesundheit.

Gut auf sich zu schauen ist wichtiger denn je. Dazu gehört auch, über gesundheitliche Themen informiert zu sein – mit dieser Ausgabe des Patient.Partner Magazins möchten wir wieder dazu beitragen. Sie finden darin Experten-Interviews und ausgewählte Tipps für Ihr Wohlbefinden, die wir Ihnen gerne ans Herz legen. Apropos Herz: Jeder 5. ist von Herzschwäche betroffen – und dennoch werden erste Anzeichen wie Erschöpfung oder Atemnot häufig als typische Altersbeschwerden wahrgenommen. Mit dem praktischen Selbsttest im Heft können Sie Anzeichen auf eine mögliche Herzschwäche überprüfen und mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin besprechen. In diesem Sinne wünschen wir Ihnen von ganzem Herzen ein interessantes Lesevergnügen – und bleiben Sie gesund.

Ihr Patient.Partner-Team

Die genannten AutorInnen sind für die Inhalte ihrer Beiträge selbst verantwortlich. Novartis Pharma GmbH übernimmt keine Gewähr oder Haftung für die Aktualität, Richtigkeit oder Vollständigkeit der Inhalte dieser Fremdbeiträge.

INHALT



Patient.Partner –
unsere neuen
Materialien _____ **2**



Kennen Sie Ihr
Herzschwäche Risiko?
– Jeder 5.
ist betroffen _____ **7-8**



Darmgesundheit
und Multiple
Sklerose _____ **12-13**



Was ist die alters-
bedingte Makula-
degeneration (AMD)?
_____ **16-19**



Entzündlicher Rücken-
schmerz – erkennen
und richtig behandeln
_____ **22-23**



Was tun, wenn ein
Familienmitglied
pflegebedürftig
wird? _____ **4-6**



„Ich habe MS
und liebe mein
Leben“ _____ **9-11**



Chronische Migräne
und Depression
_____ **14-15**



Frühzeitige Diag-
nose und Therapie-
einleitung _____ **20-21**



Gewinnspiel _____ **24**

IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber & Redaktion: Patient.Partner der Novartis Pharma GmbH, Jakov-Lind-Straße 5 / Top 3.05, 1020 Wien, www.novartis.at
Grafik: Klepp&Partners GmbH, Druck: Print Alliance HAV Produktions GmbH, 2540 Bad Vöslau,
Coverbild: shutterstock/Dmytro Zinkevych

WAS TUN, WENN EIN FAMILIENMITGLIED PFLEGEBEDÜRFTIG WI

Als Elisabeths Mutter einen Schlaganfall erlitt, wurde das Leben der engagierten Diplomkrankenschwester aus den Angeln gehoben. Zwar lebt sie mit ihrer Familie und nun mittlerweile auch mit ihrer 65-jährigen Mutter in einem Häuschen im Grünen, aber den Betreuungs- bzw. Pflegeaufwand für ihre Mutter hat sie sehr unterschätzt. Seelisch geknickt musste sie hinnehmen, dass auch ihr als Pflegerin für ihre ureigensten Kompetenzen Grenzen gesetzt waren.

Sie liebte ihren Job in der psychiatrischen Anstalt, aber sie musste sich nun auch ihrer Mutter widmen. Ihr Kollege Max hatte ihr bereits erklärt, dass für sie die **Pflegekarenz** oder die **Pflege-teilkarenz** jedenfalls Modelle sein könnten. Damit sollte alles unter einen Hut zu bringen sein. Die Familienhospizkarenz (Sterbebegleitung) schloss sie ja aus, weil ihre Mutter ja nicht sterbend war.

Doch Max hatte ja gesagt, dass sie für die Pflegekarenz oder – was sie für sich noch viel mehr in Erwägung zog – die Pflegeteilkarenz einer Vereinbarung mit der Arbeitgeberin bedürfen. Dass ihre Stationsleitung nicht begeistert sein würde, war klar, aber ob sie überhaupt ein OK von der Pflegedienstleitung bekommen würde, wäre nur schwer abzuschätzen. Jedenfalls wollte sie sich zunächst einmal auch selbst informieren: Also nahm sie ihr Tablet und beauftragte Google mit der Suche nach Pflegeteilkarenz.

Komisch nureinTreffer! www.arbeiterkammer.at war die Herausgeberin. Sie las über die Voraussetzungen und...

...Moment: Da steht ja etwas Anderes als es Max erläutert hatte:



RD?

TEIL 2

Mit 1.1.2020 werden Pflegekarenz und Pflegeteilzeit neu geregelt. Ab diesem Zeitpunkt haben ArbeitnehmerInnen einen Rechtsanspruch auf bis zu vier Wochen Pflegekarenz, ohne eine Kündigung fürchten zu müssen.

Ein Rechtsanspruch würde ja bedeuten, dass es keiner Vereinbarung bedarf, sondern dass Elisabeth ihre Teilkarenz einseitig antreten dürfte. Freilich war es nicht in ihrem Sinne, ihre Stationsleitung vor vollendete Tatsachen zu stellen, aber immerhin hatte sie somit alle Trümpfe in der Hand. Um ganz sicher zu sein, rief sie bei der Arbeiterkammer an. Nach der Weiterleitung durch die Vermittlung geriet sie an eine kompetente Juristin:

ELISABETH: „Hallo, meine Mutter wurde durch einen Schlaganfall betreuungs- und pflegebedürftig. Von einem Freund bekam ich die Info, dass es die Pflegeteilkarenz gibt und nun lese ich auf ihrer Seite, dass man darauf sogar einen Rechtsanspruch hat. Stimmt das?“



DGKP Mag. Rolf REITERER informiert in seiner Funktion als diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP) mit abgeschlossenem Studium der Rechtswissenschaften direkt in Selbsthilfegruppen oder per Telefon. Die Rubrik behandelt wahre Situationen aus dem Leben mit chronischen Erkrankungen, die ihm

im Laufe seiner Tätigkeit bekannt wurden. Die Namen sind dabei zufällig gewählt. Mag. Rolf Reiterer ist als unabhängiger Jurist für Patient.Partner tätig und unter der Infoline **0800/203909** von Mo-Do 9-16 Uhr und Fr 9-13 Uhr erreichbar.

LENA die Juristin der AK: „Ja, das ist zwar richtig, aber die Ausnahme von einer Vereinbarung. Die Voraussetzung ist, dass ihr Betrieb mindestens fünf Mitarbeiterinnen hat...“

ELISABETH: „...das hat er, ich arbeite als Diplomkrankenschwester auf einer Psychiatrie!“

LENA die Juristin der AK: „Oh Sie sind ja dann vom Fach!“

ELISABETH: „Ja pflegerisch schon, aber ich bin einfach überlastet und ich bin froh, dass Sie mir Auskunft geben können.“

LENA die Juristin der AK: „Gut, Ihr Betrieb ist groß genug. Sie haben also grundsätzlich Anspruch auf zunächst zwei Wochen Pflegeteilzeit, deren Beginn Sie Ihrer Arbeitgeberin bekannt geben müssen. Auf Verlangen ist auch die Pflegebedürftigkeit Ihrer Mutter nachzuweisen. Kommt dann wirklich keine Vereinbarung zustande, dann haben Sie Anspruch auf weitere zwei Wochen Pflegeteilzeit.²

Das Ganze gilt freilich auch für eine etwaige Pflegekarenz.“³

ELISABETH: „Das wäre dann immerhin ein Monat. Mh... Aber weit komme ich damit auch nicht.“



REFERENZEN:

¹ „Pflegeteilkarenz“ via Google abgerufen am 2.7.2020

² § 14 d Abs 4a AVRAG

³ § 14 c Abs 4a AVRAG

Fortsetzung

WAS TUN, WENN EIN FAMILIENMITGLIED PFLEGEBEDÜRFTIG WIRD?

LENA die Juristin der AK: „Deswegen rate ich Ihnen, dass Sie es mit einer Vereinbarung versuchen, wo Sie bis zu drei Monate ausbedingen können und bei einer Erhöhung der Pflegestufe können Sie nochmals eine solche Vereinbarung treffen.“

ELISABETH: „Nun das hoffe ich jetzt einmal nicht, meine Mutter ist derzeit sehr stabil. Ich frage mich nur, wie viel ich arbeiten soll?!“

LENA die Juristin der AK: „Da kann ich Ihnen zumindest eine Entscheidungshilfe bieten: Es dürfen nicht weniger als 10 Stunden sein, sonst müssen Sie die Pflegekarenz konsumieren.“⁴

ELISABETH: „Danke, das ist immerhin ein Anhaltspunkt.“

LENA die Juristin der AK: „Eines noch: Beantragen Sie beim Sozialministeriumsservice das Pflegekarenzgeld. Das Formular dazu finden Sie z.B. auf oesterreich.gv.at.“

Nachdem sich die Damen verabschiedeten, war Elisabeth zwar voll im Bilde, aber wie bei solchen Entscheidungen nicht sehr überraschend mit sich selbst im Unklaren. Nach Rücksprache mit ihrem Mann, der ihr eindringlich riet, die Pflegekarenz zu konsumieren und keine „halben Sachen zu machen“, wie er es formulierte, war sie unschlüssiger als zuvor.

Da war es also keine Überraschung als sie mit Bauchweh zu ihrer Stationsleitung ging, um ihr den Sachverhalt darzustellen.

Stationsleitung: „Ich habe bei der Geschäftsführung vorgesprochen und dort bekam ich die Mitteilung, dass – sofern du in Pflegekarenz gehst, ich eine zusätzliche Karenzstelle für eine Diplomkrankenschwester bekomme. Daher muss ich dich nun fast bitten, dass du in Pflegekarenz gehst.“

Elisabeth mit Tränen in den Augen: „Es tut mir so leid, aber danke, ich werde dieses Angebot annehmen.“

Stationsleitung: „Es braucht dir nicht leid zu tun, eigentlich haben wir alle nun einen Vorteil daraus gezogen. Konzentriere dich jetzt auf deine Mutter und ich freue mich, wenn du wiedererstarkt in den Dienst zurückkehrst.“

Elisabeth war in der Tat heilfroh, dass ihr die Entscheidung quasi abgenommen wurde. In den kommenden Wochen rang ihr die Betreuung für ihre Mutter ohnehin viel Anstrengung ab. Durch die Pflegekarenz hatte sie auch endlich die Zeit dazu und mit dem Pflegekarenzgeld, das sich am Arbeitslosengeld orientiert⁵ waren auch finanzielle Sorgen geklärt. Sie konnte für ihre Kinder sogar die so genannten Kinderzuschläge geltend machen.⁶

In der nächsten Ausgabe: Elisabeth machte sich Sorgen, was sie nach Ablauf der drei Monate Pflegekarenz wohl zu organisieren hätte.

...und nicht vergessen: Antrag auf Pflegekarenzgeld beim Sozialministeriumsservice.

REFERENZEN:

⁴ § 14 d Abs 1 AVRAG

⁵ § 21 c Abs 2 BPGG iVm § 21 Abs 1 AIVG

⁶ § 21 c Abs 4 BPGG

Voraussetzungen für den Anspruch auf Pflegekarenz und Pflegeteilzeit für einen Monat:

- Mindestens 5 Mitarbeiter im Betrieb
- Bekanntgabe des Beginns der Pflegekarenz oder Pflegeteilzeit
- Auf Verlangen Bescheinigung der Pflegebedürftigkeit und Glaubhaftmachung des Angehörigenverhältnisses
- Es kommt keine Vereinbarung mit der Arbeitgeberin zustande



KENNEN SIE IHR HERZSCHWÄCHE RISIKO?

JEDER 5. IST BETROFFEN

Herzinsuffizienz, auch Herzschwäche genannt, ist eine chronische und lebensbedrohliche Erkrankung. Das Herz kann dabei durch eine verminderte Pumpfunktion den Körper nicht ausreichend mit Blut versorgen. 1 von 5 Menschen wird in seinem Leben an Herzinsuffizienz erkranken.

FAKTEN RUND UM DIE HERZSCHWÄCHE

Das Risiko, an Herzschwäche zu erkranken erhöht sich deutlich, wenn Menschen an Vorerkrankungen wie beispielsweise Diabetes, Koronarer Herzkrankheit (KHK) oder Bluthochdruck leiden. So haben Diabetes-Patienten ein 4-fach höheres Risiko an Herzschwäche zu erkranken, als Menschen ohne Diabetes.¹ Allein in Österreich wurden 2013 rund 25.000 PatientInnen wegen Herzschwäche stationär im Krankenhaus aufgenommen.²

Leider werden erste Anzeichen einer Herzschwäche wie beispielsweise Erschöpfung, Atemnot oder Schwellung der Beine oftmals als typische Altersbeschwerden falsch gedeutet.

Es ist wichtig, eine Herzschwäche rechtzeitig zu erkennen, damit Sie in Zukunft möglichst beschwerdefrei leben können. Ob bei Ihnen erste Anzeichen für eine mögliche Herzschwäche vorliegen, können Sie mithilfe des Fragebogens einfach überprüfen. Er soll Ihnen helfen, eine Herzschwäche zusammen mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt so früh wie möglich zu erkennen und zu behandeln.

REFERENZEN:

¹ Alessandra Dei Cas, Gregg C. Fonarow, Mihai Gheorghiade, Javed Butler. Concomitant Diabetes Mellitus and Heart Failure. Current Problems in Cardiology. Volume 40, Issue 1, Pages 7–43

² Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013. ISBN: 978-3-902925-49-7

MACHEN SIE DEN SELBSTTEST – DEHIT (DEUTSCHER HERZINSUFFIZIENZ-TEST)

	Frage	Ja	Nein	Ver-einzelt	Punkte
1.	Fällt Ihnen die Atmung schwer, wenn Sie zwei Etagen gemütlich die Treppen hoch gehen?				
2.	Bekommen Sie schlechter Luft, wenn Sie schnell gehen, so als ob Sie einen Bus noch erreichen wollten?				
3.	Nehmen Sie Tabletten oder Naturprodukte gegen hohen Blutdruck?				
4.	Fühlen Sie sich schnell müde und erschöpft?				
5.	Schlafen Sie nachts mit erhöhtem Oberkörper? (z. B. mehrere Kopfkissen oder erhöhtes Kopfteil)				
6.	Haben Sie nachts anfallsweise Luftnot?				
7.	Müssen Sie nachts mehr als zweimal zum Wasserlassen aufstehen?				
8.	Haben Sie geschwellene Füße oder Fußknöchel?				
9.	Haben Sie hohen Blutdruck?				
10.	Haben Sie Herzstolpern?				
10.a	Sie können Ihren Puls messen: Ist er schneller als 80 Schläge pro Minute?				
10.b	Sie können Ihren Puls messen: Ist er unregelmäßig?				
Summe:					

Je früher Sie eine Herzschwäche erkennen, desto eher kann sie erfolgreich von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin behandelt werden. Der Fragebogen ersetzt keine Untersuchung oder Diagnose, sondern bietet eine gute Grundlage für Ihren nächsten Arztbesuch.

Einfach ausfüllen und Punkte (Bewertung auf der Rückseite) zusammenzählen.

10 Punkte und mehr:

Herzschwäche möglich

20 Punkte und mehr:

Herzschwäche wahrscheinlich

	Frage	Ja	Nein	Ver- einzel
1.	Fällt Ihnen die Atmung schwer, wenn Sie zwei Etagen gemütlich die Treppen hoch gehen?	2	0	1
2.	Bekommen Sie schlechter Luft, wenn Sie schnell gehen, so als ob Sie einen Bus noch erreichen wollten?	3	1	2
3.	Nehmen Sie Tabletten oder Naturprodukte gegen hohen Blutdruck?	3	0	2
4.	Fühlen Sie sich schnell müde und erschöpft?	2	0	1
5.	Schlafen Sie nachts mit erhöhtem Oberkörper? (z. B. mehrere Kopfkissen oder erhöhtes Kopfteil)	3	0	2
6.	Haben Sie nachts anfallsweise Luftnot?	3	0	2
7.	Müssen Sie nachts mehr als zweimal zum Wasserlassen aufstehen?	3	0	2
8.	Haben Sie geschwollene Füße oder Fußknöchel?	2	0	1
9.	Haben Sie hohen Blutdruck?	3	1	2
10.	Haben Sie Herzstolpern?	2	0	1
10.a	Sie können Ihren Puls messen: Ist er schneller als 80 Schläge pro Minute?	2	0	1
10.b	Sie können Ihren Puls messen: ist er unregelmäßig?	2	0	1

Ihre Punktezahl bitte auf die Vorderseite übertragen.

Sollte Ihr Testergebnis auf eine Herzschwäche hinweisen, besprechen Sie dies bitte mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt.

Copyright:

Dr. med. Klaus Edel

Chefarzt der Abteilung für kardiologische
Rehabilitation und Prävention,
Herz-Kreislauf-Zentrum
Klinikum Hersfeld-Rotenburg GmbH,
Heinz-Meise-Str. 100, 36199 Rotenburg

T: +496623-88-6105 | **F:** +496623-88-6114 |
Mail: k.edel@hkz-rotenburg.de www.hkz-rotenburg.de

© 2019 Alle Rechte vorbehalten,
auch die des auszugsweisen
Nachdrucks

Evaluation:

**Prof. Dr. Clarissa
Kurscheid**

FiGuS GmbH, priv.
Forschungsinstitut
für Gesundheits- und
Systemgestaltung
Domstr. 55 - 73,
50668 Köln



„ICH HABE MS UND LIEBE MEIN LEBEN“

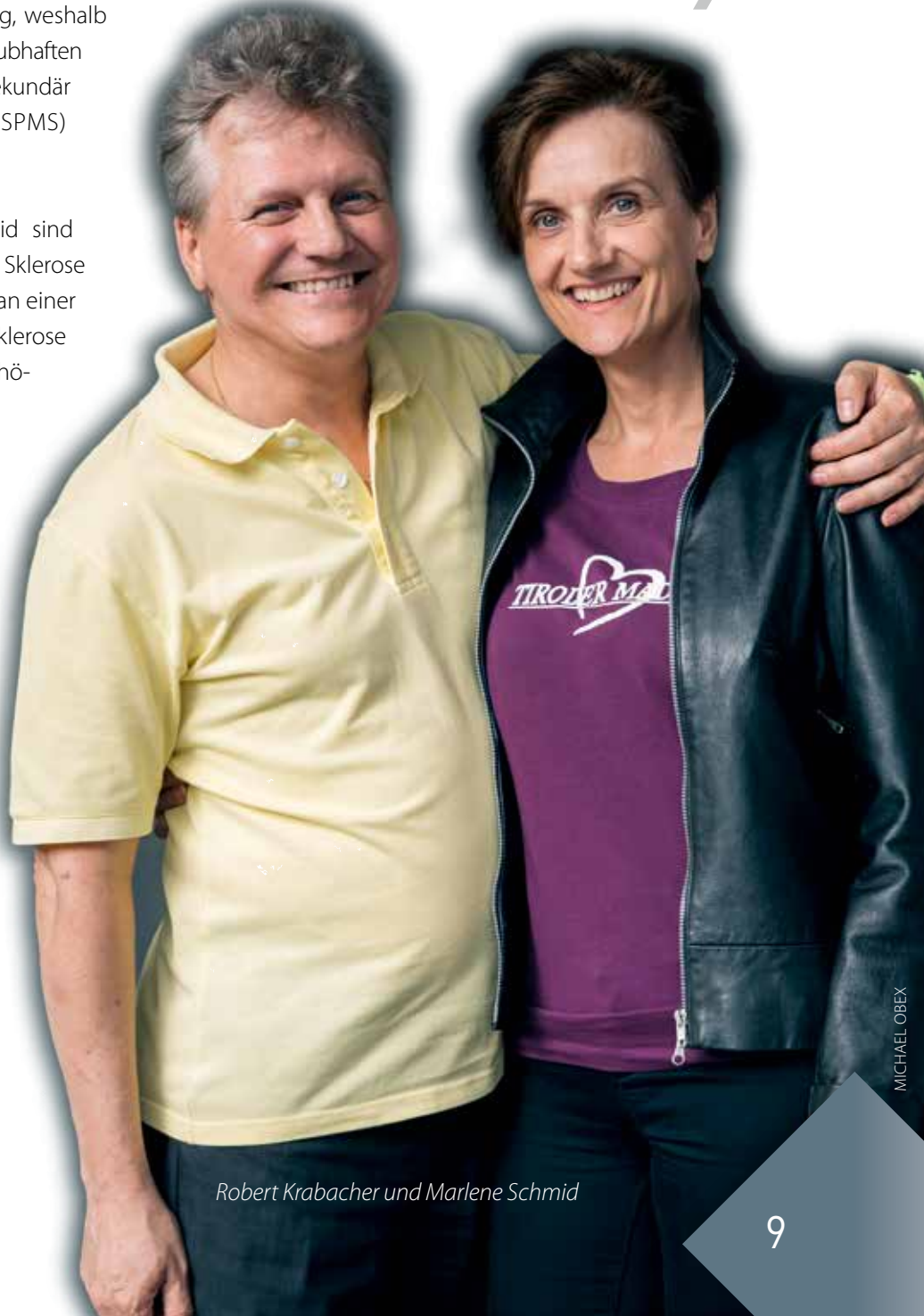
Ein Interview mit Multiple Sklerose Spezialist Dr. Michael Guger sowie den MS Patienten und Lebenspartnern Robert Krabacher und Marlene Schmid.

Rund 13.500 Menschen leiden in Österreich an Multipler Sklerose (MS). Hierbei handelt es sich um eine chronisch-entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems. Diese bricht oft zu Beginn des Erwachsenenalters zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr aus^{1,2}. Bei Frauen ist das MS-Risiko mehr als doppelt so hoch wie bei Männern. Es handelt sich um eine fortschreitende Erkrankung, weshalb viele Betroffene im Laufe der Zeit vom schubhaften remittierenden Verlauf (RRMS) zu einer sekundär progredienten Multiplen Sklerose (SPMS) übergehen.

Robert Krabacher und Marlene Schmid sind beide selbst von der Krankheit Multiple Sklerose betroffen, wobei Herr Krabacher bereits an einer fortgeschrittenen Form der Multiplen Sklerose leidet: der SPMS. Der Rückhalt von Angehörigen und Freunden ist in einer solchen Situation für Betroffene immens wichtig. Unterstützung und Austausch bieten auch Patientengruppen, wie etwa die MSG (Multiple Sklerose Gesellschaft) Tirol. Marlene Schmid ist Obfrau-Stellvertreterin der Patientengruppe MSG Tirol. Bei der MSG Tirol haben sie sich zur Aufgabe gemacht, PatientInnen und die breite Öffentlichkeit über die Krankheit Multiple Sklerose zu informieren.

„Wie man damit lebt, wie man als Partner, Freund, Familienmitglied oder Kollege damit umgeht. Das Leben geht weiter, auch mit MS!“, sagt Marlene Schmid. Die Multiple Sklerose Gesellschaft Tirol möchte auch in Zukunft Brücken bauen und Hindernisse überwinden.

Was Robert Krabacher und Marlene Schmid vereint und was sie anderen Betroffenen mitteilen möchten: Sie lassen die Krankheit nicht ihr Leben bestimmen und erzählen, wie sie das gemeinsame Leben mit MS meistern.



Robert Krabacher und Marlene Schmid

Fortsetzung

„ICH HABE MS UND LIEBE MEIN LEBEN“

Wie lange leben Sie schon mit der Diagnose MS?

„Vor ungefähr 25 Jahren habe ich einige Einschränkungen beim Laufen gespürt. Ich habe dem Ganzen aber wenig Aufmerksamkeit geschenkt, da die Beschwerden wieder nachgelassen haben. Drei Jahre danach hatte ich dann größere Probleme mit meinem rechten Fuß, daraufhin bin ich zum Neurologen gegangen und es wurden einige Untersuchungen gemacht. Nach ca. 2 Jahren wurde die Diagnose MS bestätigt.“

Wann haben Sie einen Übergang zu SPMS bemerkt?

„Nach meiner Diagnose MS ist der Krankheitsverlauf immer schlechter geworden. Besonders gemerkt habe ich es beim Gehen, was mir immer schwerer gefallen ist. Durch regelmäßige und im halbjährigen Abstand stattfindende Untersuchungen in der neuroimmunologischen Abteilung im Klinikum Innsbruck wurde 2006 bei mir der Übergang zur SPMS festgestellt.“

Welche Einschränkungen erfahren Sie im Alltag?

„Am meisten beunruhigt hat mich das Gefühl des immer wieder kommenden und gehenden Schwindels. Vor allem aber hatte ich Angst, dass das Schwindelgefühl bleibt. Ebenso habe ich weniger Gefühl in den Extremitäten wie Hände und Füße, sowie in meinem persönlichen Krankheitsverlauf auftretende Schmerzen ab der Hüfte abwärts. Diese Schmerzen können unterschiedlich stark ausfallen und mich im Alltag körperlich sehr einschränken.“

Wie gehen Sie damit um?

„Den Schwindel habe ich mittlerweile gut unter Kontrolle! Ich bemühe mich viel Sport zu machen: zum Beispiel gehe ich im Winter gerne Langlaufen. Durch ständiges üben kleiner Etappen von 10 m am Anfang der Wintersaison, schaffe ich am Ende der Saison sogar 3 bis 4 km. Auch das ist mit SPMS möglich. Immer einen Schritt nach dem anderen, man darf sich nie unterkriegen lassen. Durch die Bewegung wird der Schmerz weniger und es ist gleichzeitig eine gute Übung für den ganzen Körper.“

Das wichtigste bei MS ist Bewegung: Sport machen, auch wenn es schmerzt und mühsam ist.“

Was raten Sie anderen Betroffenen die noch nicht lange mit der Diagnose MS leben?

„Bleiben Sie trotz den Einschränkungen durch die Krankheit positiv und machen Sie das Beste



OA Dr. Michael GUGER
Kepler Universitätsklinikum Linz,
2. Stellvertreter des Klinik-Vorstandes,
Klinik für Neurologie 2

Frühe Anzeichen für ein Fortschreiten der Erkrankung können sich sehr unterschiedlich äußern. Viele Betroffene leiden unter kognitiven Veränderungen (beispielsweise, dass das Lesen eines Buches zunehmend schwerfällt), motorischen Problemen im Alltag oder auch einer erschöpfenden Müdigkeit (Fatigue). Auch das stark verringerte Auftreten von Schüben sowie eine Verschlechterung ohne einen Schub können Hinweise auf eine sogenannte Progression, also eines Voranschreitens der Erkrankung sein. Zum Beispiel können alltägliche körperliche Aktivitäten wie das Spaziergehen mit dem Hund oder der Besuch der Familie immer beschwerlicher werden.¹

„**Schätzungen gehen davon aus, dass über 50% der RRMS-Patientinnen und Patienten innerhalb von 10 Jahren unbehandelt zu einer SPMS übergehen**“, erläutert der MS-Experte OA Dr. Michael Guger. Deshalb ist es besonders wichtig, auf die Anzeichen dieses Fortschreitens zu achten und seinen behandelnden Arzt oder seine Ärztin darauf anzusprechen.

„**Die gute Nachricht ist: Multiple Sklerose ist in all ihren Verlaufsformen heute behandelbar. Das schließt mittlerweile auch die SPMS mit ein. Die Forschung schreitet laufend voran; erst heuer zu Jahresbeginn wurde ein neues Medikament für die Behandlung der aktiven SPMS zugelassen**“, betont OA Dr. Guger.



draus! Lassen Sie sich nicht runterziehen und versuchen Sie positiv zu denken. Meine positive Grundstimmung hat viel mit Bewegung zu tun und den Übungen die ich mache! Ganz nach dem Motto: Wer rastet - der rostet.“

Wie beeinflusst die Diagnose MS/SPMS den Alltag in der Partnerschaft?

„Ich selber bin ebenfalls seit 30 Jahren mit MS diagnostiziert. Ich weiß somit wovon mein Partner spricht. Aber für mich ist ganz wichtig zu unterscheiden: Er bleibt für mich Partner und ich bin nicht seine Pflegerin. Gemeinsam wollen wir anderen Betroffenen in der MSG Tirol Mut machen. Man hat sein Leben lang die Diagnose, aber man kann etwas dagegen unternehmen!“

Bekommen Sie als pflegende Angehörige psychologische Hilfe/Unterstützung?

„Wir wollen in der MSG Tirol den pflegenden Angehörigen in den Mittelpunkt stellen, denn der persönliche Austausch ist eine wichtige Säule in unserer Gruppe – es redet sich einfach leichter, wenn man weiß, sein Gegenüber steht vor denselben Herausforderungen. Den MS-PatientInnen stehen aber auch verschiedene Unterstützungsleistungen wie etwa Pflegegeld zu; auch darüber informieren wir als Patientengruppe gerne. Geplant ist auch durch online stattfindende Sitzungen, den Informationsaustausch zwischen Betroffenen und Angehörigen anzuregen und zusätzlich einen psychologischen Beratungstermin für Angehörige und Betroffene einmal im Monat anzubieten.“

MS-Betroffene können darüber hinaus selbst viel dazu beitragen, die kognitive Verschlechterung zu verlangsamen^{3,4}, macht OA Dr. Guger Mut: **„Ein gesunder und aktiver Lebensstil unterstützt die Gehirnaktivität und kann**

mithelfen, die kognitive Leistungsfähigkeit zu erhalten. Dazu zählen etwa Sport & Bewegung, Stressmanagement und ein geistig aktiver Lebensstil, also zum Beispiel, sich für neue Themen zu interessieren – alles Dinge, die man im Alltag gut umsetzen kann.“

Sprechen Sie offen mit Ihrem behandelnden Arzt/ behandelnde Ärztin, wenn Sie eine Veränderung Ihrer MS wahrnehmen!

Weiterführende Informationen sowie Informationsmaterialien für Betroffene und Interessierte finden Sie unter:

www.msundich.at



Kontaktdaten der Landesgesellschaften der Österreichischen Multiple Sklerose Gesellschaft:



REFERENZEN:

- ¹ Kingwell et al; Incidence and prevalence of multiple sclerosis in Europe: a systematic review. BMC Neurol. 2013 Sep 26
- ² D. Sturm et al; Multiple sclerosis: a review of the disease and treatment options; Consult Pharm. 2014 Jul;29(7):469-79
- ³ Guimaraes J, and José Sá M. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. Frontiers in neurology. 2012;3(74).
- ⁴ Sumowski JF, et al. Cognition in multiple sclerosis. Neurology. 2019;90(6):278-288

DARMGESUNDHEIT & MULTIPLE SKLEROSE

Essen und Ernährung ist für jeden Menschen notwendig und hat besonders für chronisch kranke Menschen einen wichtigen Einfluss auf die Lebensqualität und den Krankheitsverlauf. Das gilt natürlich auch für Multiple Sklerose PatientInnen.¹

Multiple Sklerose (MS) ist eine immunvermittelte chronisch entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems, bei der es zu einer Demyelinisierung und daraufhin zu axonalen Schäden kommt.² Die Ursache der Erkrankung ist multifaktoriell und noch immer nicht vollständig geklärt.³ Virusinfektionen und Umweltfaktoren spielen dabei eine große Rolle. Zu den Umweltfaktoren zählt auch unsere aufgenommene Nahrung mit ihren gewünschten Inhaltsstoffen (Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente...) sowie ungewünschten Inhaltsstoffen (Verunreinigungen mit Antibiotika, Pflanzenschutzmittel, Schwermetalle...)⁴

Nachdem seit vielen Jahren bekannt ist, dass spezielle MS-Diäten keinen Einfluss auf die Erkrankung haben, wurde in den vergangenen 20 Jahren oft nur der Rat einer „gesunden Ernährung“ mit auf den Weg gegeben.⁵ Doch in den letzten 5 Jahren wurde wieder mehr daran geforscht und neue Erkenntnisse zur Ernährung bei MS wurden gefunden.

NEUER THERAPIEANSATZ: MIKROBIOM

Bei einigen Autoimmunerkrankungen wie Rheuma, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sowie auch bei MS konnte eine Dysbiose – ein gestörtes Gleichgewicht – im Darmmikrobiom (Gesamtheit aller den menschlichen Darm besiedelnden Mikroorganismen v.a. Bakterien) festgestellt werden. So zeigte sich bei MS PatientInnen, dass Darmbakterien, welche kurzkettige Fettsäuren produzieren und sich positiv auf das Immunsystem auswirken, wie zum Beispiel Lachnospiraceae, Prevotella, Faecalibacterium prausnitzii, Butyricimonas und das Bakterium fragilis, nur in geringer Anzahl vorhanden sind.^{6,7} Auf der anderen Seite konnte ein vermehrtes Vorhandensein der entzündungsfördernden Bakterien Akkermansia und Dorea gezeigt werden. Ob dies nun Ursache oder Folge der Erkrankung ist, konnte noch nicht eindeutig geklärt werden. In Zukunft wird das Mikrobiom und seine Zusammensetzung aber sehr wahrscheinlich Teil der therapeutischen Intervention bei MS sein.⁷

Ein gesundes Mikrobiom zeichnet sich durch eine große Vielfalt (Diversität) an Bakterien und anderen Organismen aus. Dies ist wiederum abhängig von der täglich zugeführten Nahrung

und dem Lebensstil.⁷ Eine Ernährung mit einem hohen Anteil an Fleisch, Fett, verarbeiteten Produkten, Salz, Zucker und Stärke („Western-Diet“) reduziert die Diversität des Darmmikrobioms wohingegen eine Ernährung, die reich an Ballaststoffen, Gemüse, Obst, Hülsenfrüchten und Fisch ist („Vegetarian Diet“), zu einem raschen Anstieg der gesunden Darmmikroorganismen führt. Zusätzlich spielen natürlich auch Medikamenteneinnahme (vor allem Antibiotika), Bewegung, psychische Belastung, Beruf und Familie eine große Rolle bei der Zusammensetzung unseres Darmmikrobioms.⁴

Das gesunde Darmmikrobiom hat eine Reihe von Funktionen im menschlichen Körper. Die Hauptfunktion ist natürlich die Verdauung unserer Nahrung. Die spezifischen Mikroben, ihre Zusammensetzung und die von ihnen freigesetzten Stoffwechselprodukte beeinflussen jedoch auch die Entwicklung und die Funktion des Gehirns. So ist das Mikrobiom für die Erhaltung der Barriere zwischen Darm und Blut verantwortlich. Diese Barrierefunktion des Darms verhindert das Eindringen von Krankheitserregern in den Blutkreislauf und schützt in weiterer Folge vor einem Vordringen bis ins Gehirn. Aber auch das Mikrobiom selbst bzw. die entstehenden Stoffwechselprodukte lösen direkt immunologische Reaktionen im Körper aus, welche wiederum Auswirkungen auf unser Gehirn haben.⁷

Vereinfacht könnte man sagen, dass ein „Western-Diet“-Mikrobiom eher entzündungsfördernd wirkt (pro-inflammatorisch) und ein „Vegetarian-Diet“-Mikrobiom eher entzündungshemmend wirkt (anti-inflammatorisch).

Nachdem die Wissenschaft aber noch nicht ausreichend am Menschen geforscht hat, können bis heute noch keine konkreten Empfehlungen in Bezug auf die Adaptierung des Mikrobioms für PatientInnen mit MS gemacht werden.⁶ Was aber dennoch bereits jetzt sicher gesagt werden kann ist, dass unser Ernährungsverhalten auf jeden Fall Auswirkungen auf die Entzündungsaktivität bei MS hat.⁴

ERNÄHRUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR EIN VIELFÄLTIGES DARMMIKROBIOM BEI MS⁸:

- 5-mal am Tag Obst und Gemüse (2 Portionen Obst, 3 Portionen Gemüse – insgesamt ca. 600g pro Tag)
- Hochwertige pflanzliche Fette und Öle (Lein-, Leindotter-, Hanf-, Walnussöl für kalte Gerichte und Rapsöl zum Kochen) anstelle von Butter, Schmalz, Schlagobers oder Kokosöl



ANITA GRABNER-OSTERMANN

MSc. nutr. med.
Diätologin

- 2 Fischmahlzeiten pro Woche (1 Portion = 150-200g)
- Fleisch und Fleischwaren (Wurst, Speck, etc.) so selten wie möglich – magere Produkte bevorzugen - 2 bis 3-mal pro Woche (1 Portion = 150 g Fleisch bzw. 50 g Wurst)
- Fettarme Milch und Milchprodukte – 3 Portionen pro Tag (Milch 1,5%, Joghurt 1%, Käse < 35 % F.i.T.) (1 Portion = 250 ml Milch, Joghurt, Buttermilch bzw. 30-50 g Käse)
- Maximal 2 - 3 Stück Eier pro Woche
- Auf eine geringe Zufuhr von versteckten Fetten achten
- Getreideprodukte – am besten aus Vollkorn
- Häufig Hülsenfrüchte in den Speiseplan einbauen, sie sind ein guter Fleischersatz und Eiweißlieferant
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr – mind. 1,5 Liter alkoholfreie, bevorzugt energiearme Getränke
- Würzen statt salzen
- Auf eine gesunde Lebensweise achten

Diese Information ersetzt keine persönliche Ernährungsberatung. Wenn Sie eine persönliche Beratung wünschen, wenden Sie sich bitte an DiätologInnen in Ihrer Nähe (www.diaetologen.at/suche).

REFERENZEN:

1. Hadgkiss EJ, Jelinek GA, Weiland TJ, Pereira NG, Marck CH, van der Meer DM. The association of diet with quality of life, disability, and relapse rate in an international sample of people with multiple sclerosis. *Nutr Neurosci.* April 2015;18(3):125–36.
2. Brandt T, Herausgeber. Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen. 5., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2007. 1558 S.
3. Adamczyk-Sowa M, Medrek A, Madej P, Michlicka W, Dobrakowski P. Does the Gut Microbiota Influence Immunity and Inflammation in Multiple Sclerosis Pathophysiology? *J Immunol Res.* 2017;2017:1–14.
4. Riccio P, Rossano R. Diet, Gut Microbiota, and Vitamins D + A in Multiple Sclerosis. *Neurotherapeutics.* Jänner 2018;15(1):75–91.
5. Caldis-Coutiris N, Namaka M, Melanson M. Nutritional management of multiple sclerosis. *Can Pharm Journal* [Internet]. 2012 [zitiert 9. Mai 2012]; Verfügbar unter: www.ms-care.org/cmsc/images/pdf/June%20CPJ%202002%20cover%20story.pdf
6. Shahi SK, Freedman SN, Mangalam AK. Gut microbiome in multiple sclerosis: The players involved and the roles they play. *Gut Microbes.* 2. November 2017;8(6):607–15.
7. Frahm C, Witte OW. Mikrobiom und neurodegenerative Erkrankungen. *Gastroenterol.* Mai 2019;14(3):166–71.
8. Verband der Diätologen Österreich. Diätologischer Behandlungsstandard: Multiple Sklerose. 1. Wien; 2018.



CHRONISCHE MIGRÄNE UND ZUSAMMENHÄNGE UND WECHSELWIRKUNGEN

Sind Depressionen bei MigränepatientInnen die Folge der chronischen Migräne oder die chronische Migräne eine Folge der Depression?

Wie kann man beide Erkrankungen am Effektivsten behandeln?

EINLEITUNG

Die Migräne und die Depression gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen, die zu einem Leben mit Einschränkungen führen.¹

Wer hin und wieder von einer Migräne heimgesucht wird, also an einer episodischen Migräne leidet, kann nachfühlen, wie unangenehm so eine Attacke sein kann.

Treten die Kopfschmerzen und Migräneattacken sehr häufig auf, spricht man von einer besonderen Form, der chronischen Migräne. Seit 2004 wird die chronische Migräne als eigenes Krankheitsbild offiziell abgegrenzt.²

Bei chronischen Schmerzerkrankungen sind Depressionen sehr häufig.³ Ungefähr 8 % aller MigränepatientInnen sind

von einer chronischen Migräne betroffen.⁴ An mehr Tagen mit, als ohne, Kopfschmerzen zu leben, kann neben den körperlichen Beschwerden auch seelisch sehr belastend sein und zu depressiven Symptomen wie gedrückter Stimmung, Schlaflosigkeit und eingeschränkter Leistungsfähigkeit führen. Andererseits weiß man, dass depressive PatientInnen, die unter Migräne leiden, besonders gefährdet sind, eine chronische Migräne zu entwickeln.

Ein normales Berufsleben und normale soziale Aktivitäten sind häufig gar nicht mehr möglich. Viele Betroffene behelfen sich mit häufiger Schmerzmitteleinnahme. Das führt, wenngleich es auf den ersten Blick nicht einleuchtend erscheint, zu einer Zunahme der Migräneattacken.⁴

FachärztInnen für Neurologie und Kopfschmerz-ExpertInnen zeigen Ihnen Möglichkeiten, wie der Teufelskreis zwischen Kopfschmerzen, der Einnahme von Schmerz- und Migräne-Medikamenten und depressiver Verstimmung durchbrochen werden kann.

DEFINITION

Von einer chronischen Migräne spricht man, wenn Erkrankte über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten an 15 oder mehr Tagen pro Monat unter Kopfschmerzen leiden. An mindestens 8 Tagen müssen die Kopfschmerzen die Kriterien einer Migräne erfüllen.²

MÖGLICHE GEMEINSAME URSACHEN

Beiden Erkrankungen ist gemeinsam, dass eine genetische Belastung und eine Störung im Serotoninhaushalt vorliegt.⁵

Migräne-Webinar für Betroffene, Angehörige und Interessierte



<https://www.migraene-service.at/service/veranstaltungen>



D DEPRESSION

Serotonin ist ein Botenstoff im Zentralnervensystem, der für die Stimmung und das Wohlbefinden, aber auch in der zentralen Schmerzverarbeitung, eine wesentliche Rolle spielt. Menschen mit chronischer Migräne nehmen, um ihren Aufgaben nachgehen zu können, regelmäßig – und das oft über Monate und Jahre – zu häufig Schmerzmittel und Migränemedikamente ein. Die meisten Kopfschmerzkrankungen sollten nicht ohne Rücksprache mit ärztlichem Fachpersonal behandelt werden. Die Gefahr, dass sich ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz entwickelt, ist sehr hoch.

Es entsteht ein Teufelskreis. Wer unter permanenten Schmerzen leidet, entwickelt Angst und Panik vor der nächsten Attacke. Die Betroffenen stehen unter großem Druck. Meiner Erfahrung nach, nehmen sie regelmäßig zu häufig und gegen ihre Überzeugung Akutschmerzmedikamente ein, um ihren Aufgaben in familiärer und beruflicher Hinsicht nachkommen zu können. Die Schmerzmedikamente helfen schließlich nicht mehr. Das kann zu Verzweiflung und einem Gefühl der Hilflosigkeit und des "Ausgeliefert Seins" führen. Diese Negativspirale könnte schließlich das Auftreten einer Depression begünstigen.

Symptome der Depression, wie Schlaflosigkeit, verminderter Antrieb, eingeschränkte Konzentration und Leistungsfähigkeit, machen es schwierig eine regelmäßige Lebensführung, mit sportlichen Aktivitäten und dem Durchführen regelmäßiger Entspannungsmaßnahmen, einzuhalten.



DR. ANITA LECHNER

Fachärztin für Neurologie

THERAPIE

Die regelmäßige Konsultation mit KopfschmerzexpertInnen ist essentiell, um gemeinsam durch gezielte Maßnahmen und einen individuellen Behandlungsplan die chronische Migräne wieder in eine episodische Form zurückzuführen. Nicht medikamentöse und medikamentöse prophylaktische Maßnahmen sollen eingesetzt werden, um das Behandlungsziel zu erreichen. In klinischen Studien geprüfte Medikamente unterschiedlicher Substanzklassen stehen zur Verfügung, um Anfällen vorzubeugen und Häufigkeit sowie Stärke der Migräneattacken zu verringern. Die Behandlung der Depression muss im Behandlungskonzept unbedingt berücksichtigt werden und bei der Auswahl der vorbeugenden Medikamente bedacht werden.

Mit der Entwicklung und Zulassung der Antikörper gegen Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP), einem Neuropeptid das in der Entstehung der Migräneattacke eine wesentliche Rolle spielt, stehen gerade für diese schwer betroffenen PatientInnen mehrere hochwirksame Medikamente mit ausgezeichneter Verträglichkeit und rasch einsetzender Wirkung zur Verfügung.

ZUSAMMENFASSUNG

Lassen Sie sich von KopfschmerzspezialistInnen untersuchen und behandeln. Einschränkungen, wie versäumte Lebenszeit sowohl bei familiären Aktivitäten als auch im Beruf, sollen sie nicht länger hinnehmen.

In den meisten Fällen können die Beschwerden mit einer passenden individuellen Behandlung langfristig deutlich vermindert werden.

Neue vorbeugende Medikamente haben die Kopfschmerzbehandlung wesentlich verbessert.

REFERENZEN:

- ¹ WHO
- ² The International Classification of Headache Disorders 3rd Edition (ICHD-3)
- ³ <https://www.chronischemigraene.de/>
- ⁴ May A, Schulte LH. Chronic migraine: risk factors, mechanisms and treatment Jul. 2016, Nat Rev Neurol, 12(8):455-64.
- ⁵ AWMF unipolare Depression -nationale Versorgungsleitlinie 2. Auflage, 2015 Version 5 AWMF-Register-Nr.: nvl-005

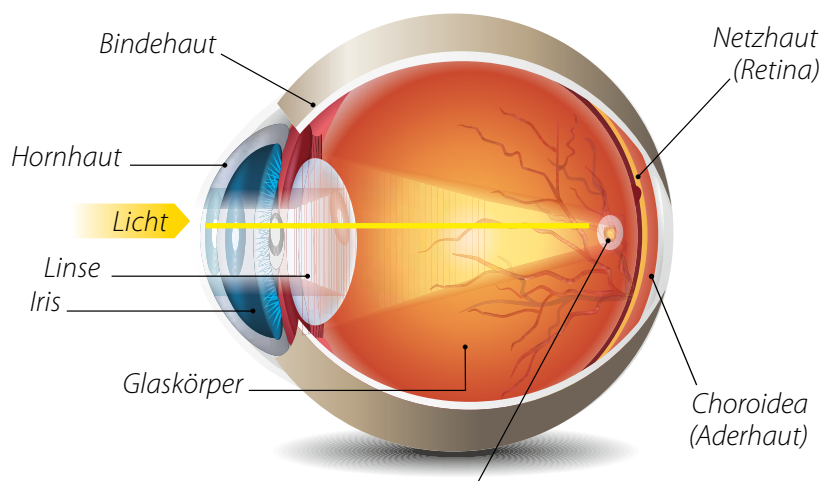
WAS IST DIE ALTERSB MAKULADEGENERATION



Die altersbedingte Makuladegeneration (AMD) ist eine ernst zu nehmende Netzhauterkrankung und zählt Europaweit zu den häufigsten Erblindungsursachen in der zweiten Lebenshälfte. Es ist ungefähr jeder vierte (26%)¹ im Alter über 60 Jahren betroffen. Der Großteil der PatientInnen (>90%) hat eine leichte oder mittelgradige AMD, während rund 9% an einer fortgeschrittenen Erkrankung leiden. Derzeit wird die Zahl der Betroffenen in Österreich auf über 500 000 geschätzt.² Angesichts der demographischen Entwicklung wird mit stetig steigenden Zahlen von Betroffenen gerechnet.

URSACHEN

Die altersbedingte Makuladegeneration steht – wie der Name schon verrät – im Zusammenhang mit dem Alter. Weiters kann eine familiäre Vorbelastung das Risiko einer Erkrankung erhöhen. Es gibt aber auch einige Faktoren, die man selber aktiv beeinflussen kann: ein gesunder, aktiver Lebensstil, regelmäßige körperliche Aktivität, eine gesunde Ernährung, Schutz vor UV-Licht, kein oder



Makula (Gelber Fleck)
mit den Makulapigmenten Lutein und Zeaxanthin

EDINGTE ON (AMD)?

nur geringer Alkoholkonsum und Verzicht auf Rauchen haben nachweislich einen positiven Einfluss. PatientInnen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hohen Blutfetten, Übergewicht oder Artherosklerose haben hingegen ein deutlich erhöhtes Risiko eine AMD zu entwickeln.

PATHOPHYSIOLOGIE

Die Netzhaut ist ein Gewebe aus Sinnes- und Nervenzellen, das den Augapfel innen auskleidet.

Die Makula ist der zentrale Bereich der Netzhaut von ca. 6 mm Durchmesser mit der höchsten Dichte an Seh-Sinneszellen. Um die Makula beurteilen zu können, benötigt der Augenarzt eine spezielle Lupe bzw. spezielle Geräte. Am äußeren Auge sind keine Veränderungen sichtbar. Grundsätzlich unterscheidet man eine trockene und eine feuchte Form der AMD. Zu Beginn der Erkrankung kommt es zu Ablagerungen von Stoffwechselprodukten unter der Netzhaut, die auch Drusen genannt werden. (Abbildung 2b) Diese Drusen bestehen oft über Jahre und beeinträchtigen das Sehen meist nicht. Im Laufe der Zeit können sich Drusen verändern, sie wachsen zusammen oder kollabieren. Bei der trockenen AMD kommt es zu einer Verdünnung der Netzhaut mit Verlust der Seh-Sinneszellen (Photorezeptoren). Man spricht dann von einer Atrophie, die mit der Zeit immer größer werden kann. Eine Atrophie ist irreversibel und mit Verlust der Sehfähigkeit in diesen Bereichen verbunden.

Bei der feuchten Form wachsen krankhafte Gefäße von der Aderhaut in die Netzhaut ein. Diese Gefäßneubildungen führen zu Blutungen und Flüssigkeitsansammlungen in und unter der Netzhaut, die zu einer Beeinträchtigung des Sehens binnen



**PRIV. DOZ.
DR. SONJA KARST**

Fachärztin für Augenheilkunde
Universitätsklinik für
Augenheilkunde

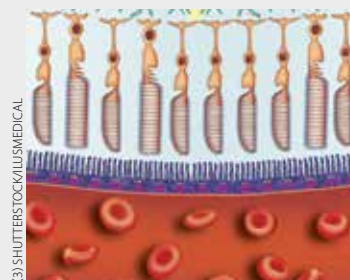
weniger Tage/Wochen führt. Für die feuchte AMD gibt es Behandlungen, die das Sehvermögen wieder bessern können.



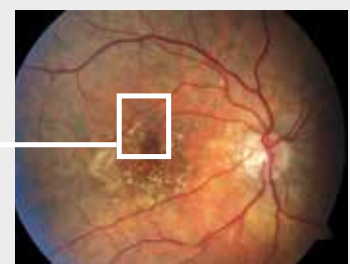
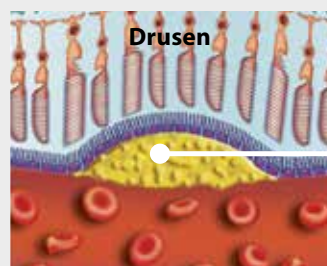
Netzhaut schematisch

Befund Augenärztin/Augen- arzt (Augenhintergrund)

Gesunde Netzhaut



Trockene AMD mit Drusenbildung (Frühstadium)



Feuchte AMD



Fortsetzung

WAS IST DIE ALTERSBEDINGTE MAKULADEGENERATION (AMD)?

SYMPTOME

Die Beeinträchtigungen durch die AMD treten meist mittig auf, daher genau dort, wo man hin fokussiert. Zu den häufigsten Symptomen zählen verschwommenes Sehen, verzerrte Linien, blasse Farben und fehlende Details. Probleme treten vor allem beim Lesen durch fehlende, verzerrte Buchstaben oder beim Erkennen von Gesichtern auf. Das periphere Sehen und damit auch die Orientierung im Raum bleiben bei der AMD erhalten.

DIAGNOSE

Die Diagnose einer AMD können FachärztInnen für Augenheilkunde bei Betrachtung der Netzhaut erstellen. Hierzu wird der Augenhintergrund mit speziellen Lupen bei weit-getropfter Pupille untersucht. Bei Verdacht auf eine feuchte AMD sind weitere Untersuchungen erforderlich, die in speziellen Netzhautzentren oder Augenabteilungen verfügbar sind. Eine gängige Untersuchungsmethode ist die optische Kohärenztomographie

(OCT), bei der binnen Sekunden Schnittbilder von der Netzhaut aufgenommen werden.

Krankhafte Veränderungen können so sicher erfasst und der Therapieverlauf objektiv verfolgt werden.

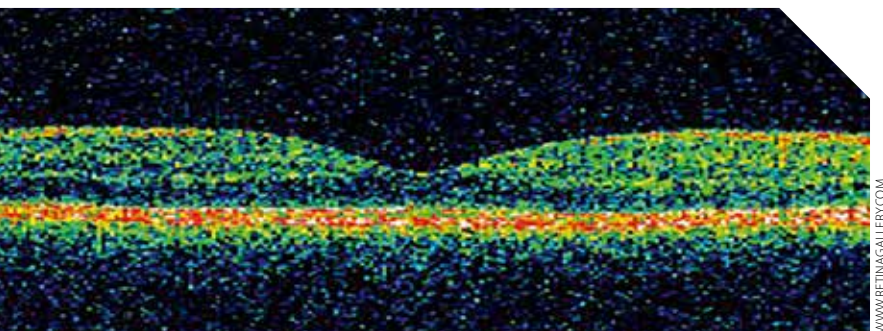
Manchmal ist zusätzlich eine Angiografie notwendig, um die krankhaften Gefäße am Augenhintergrund bei der feuchten AMD genauer zu untersuchen.

THERAPIE

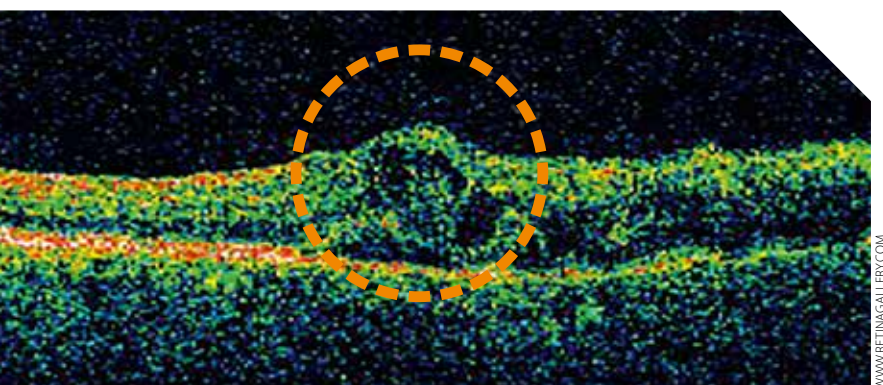
Eine kleine Ansammlung von Drusen am Augenhintergrund bedarf keiner Therapie. Sie geben aber Anlass zu regelmäßigen Netzhautkontrollen bei Fachärzten für Augenheilkunde, um ein Fortschreiten der Erkrankung frühzeitig zu erkennen.

Die Behandlung der feuchten AMD wird in dafür spezialisierten Zentren durchgeführt. Therapie erster Wahl ist die Hemmung des Gefäßwachstums durch anti-VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor). Das Medikament wird mit einer dünnen Nadel direkt in den Glaskörperraum gespritzt, um im Auge wirken zu können. Diese Behandlung verläuft in der Regel schmerzfrei, da das Auge zuvor mit anästhesierenden Augentropfen lokal betäubt wird. Für einen guten Therapieerfolg sind mehrere Behandlungen notwendig, die von NetzhautspezialistenInnen je nach Krankheitsaktivität individuell auf die Betroffenen abgestimmt werden. Durch die anti-VEGF Therapie kann bei ca. 1/3 der PatientInnen eine bereits verlorene Sehschärfe wieder zurückgewonnen werden. Im weiteren Verlauf bleibt die Sehkraft bei den meisten PatientInnen erhalten.³ Essentiell dabei ist es, dass eine feuchte Form frühzeitig erkannt und dann auch rasch und kontinuierlich behandelt wird.

Eine weitere Therapiemöglichkeit ist die photodynamische Therapie, die bei manchen Formen der feuchten AMD zum Einsatz kommen kann. Hierbei werden den PatientInnen ein photosensitiver Wirkstoff über die Vene verabreicht, um dann gezielt das erkrankte Gebiet am Augenhintergrund



OCT-Bild einer gesunden Retina



Ein Ödem im OCT

zu bestrahlen. Auch diese Behandlung verläuft schmerzfrei und kann ambulant durchgeführt werden.

Bleibt die feuchte AMD unbehandelt, so führt das zu irreversiblen Schäden an der Netzhaut und damit verbunden zu einem bleibenden Sehverlust. Für die trockene Form der AMD gibt es derzeit noch keine wirksame Therapie, es wird jedoch daran geforscht, wie man eine Atrophie der Netzhaut aufhalten kann. Vorerst gilt es, die allgemeinen Empfehlungen zu präventiven Maßnahmen einzuhalten.

LEBEN MIT FORTGESCHRITTENER AMD

PatientInnen mit fortgeschrittener AMD und irreversiblen Schäden an der Netzhaut sind im Alltag oft stark beeinträchtigt, vor allem, wenn beide Augen von der Erkrankung betroffen sind. Tätigkeiten in der Nähe wie Lesen oder Handarbeit fallen besonders schwer. Es gibt optische und elektronische Hilfsmittel wie beleuchtete Lupen, Lupenbrillen oder speziell vergrößernde Sehhilfen, die vor allem das Lesen erleichtern. Im Alltag helfen oft gelb gefärbte Brillengläser (Kantenfiltergläser), die das kurzwellige Licht filtern und so die Blendungsempfindlichkeit verringern und den Kontrast erhöhen. Die geeigneten Hilfsmittel werden vom Augenfacharzt/von Augenfachärztin verschrieben und von spezialisierten OptikerInnen angepasst.

EMPFEHLUNGEN

7 Schritte für eine bessere Augengesundheit:

1. Regelmäßige Kontrollen beim Augenfacharzt

Frühe Stadien der AMD werden vom Patienten oft nicht bemerkt. Daher empfehlen wir allen PatientInnen im Alter von 40 Jahren eine umfassende Augenuntersuchung bei den Augenfachärzten, bei der auch die Netzhaut kontrolliert wird. Hier können schon frühzeitige Veränderungen festgestellt werden. Spätestens ab dem Alter von 65 Jahren wird eine umfassende Augenuntersuchung alle 1 - 2 Jahre empfohlen, auch wenn PatientInnen völlig beschwerdefrei sind.

2. Rauchverbot

Zahlreiche Studien haben ergeben, dass Rauchen eine Makuladegeneration begünstigt. Raucher haben im Vergleich zum Nichtraucher ein doppelt so hohes Risiko eine Makuladegeneration zu entwickeln.

3. Ausgewogene Ernährung

Eine abwechslungsreiche Ernährung reich an frischem Obst und Gemüse sowie Fisch und Nüssen kann das Risiko

Neue Selbsthilfegruppe für AMD Patienten:

Informieren Sie sich hier über die Erkrankung und die nächsten Veranstaltungen

www.makula-info.at

einer fortgeschrittenen Makuladegeneration verringern. Zusätzlich werden auch bestimmt zusammengesetzte Nahrungsergänzungsmittel empfohlen, die eine Progression verzögern können.

4. Regelmäßige Gesunden-Untersuchungen

Starkes Übergewicht sowie Bluthochdruck sind weitere Risikofaktoren, die vom Patienten beeinflusst werden können. Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin berät Sie gerne, wie Sie Ihren Blutdruck in den Griff bekommen und Ihr Idealgewicht erreichen.

5. Regelmäßige körperliche Aktivität

Wer dreimal pro Woche oder öfter Sport treibt, kann das Risiko eine AMD zu entwickeln um 70% senken. Dies gilt sowohl für frühe als auch für späte Formen.

6. Kontrolle mit dem Amsler-Gitter

Zu Hause können Sie regelmäßige Sehtests mit dem Amsler Gitter (erhältlich bei Ihrem Augenfacharzt/Ihrer Augenfachärztin) durchführen. Beim Blick auf das regelmäßige Gitter fallen Veränderungen wie verzerrte oder unterbrochene Linien leicht auf.

7. Informieren Sie sich über Augenerkrankungen Ihrer Familienmitglieder

Wenn ein naher Blut-Verwandter an AMD erkrankt ist, haben Sie ein um 50% höheres Risiko auch AMD zu bekommen. Für eine gute Risikoeinschätzung ist es daher vorteilhaft, Erkrankungen der Eltern, Großeltern und Geschwister zu kennen.

REFERENZEN:

¹ 3(6):525-528. Retinal Diseases in Europe. Eur Soc Retin Spec. 2017;(August).

² WKO (Wirtschaftskammer Österreich) Statistik 2019: 2.211.800 Menschen > 60 Jahre in Österreich

³ Kaiser PK, Singer M, Tolentino M, et al. Long-term Safety and Visual Outcome of Intravitreal Aflibercept in Neovascular Age-Related Macular Degeneration: VIEW 1 Extension Study. ophthalmol Retin. 2017;1(4):304-313. doi:10.1016/j.joret.2017.01.004



FRÜHZEITIGE DIAGNOSE UND THERAPIEEINLEITUNG DURCH INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT

Aufgrund der Vielzahl der Krankheiten (über 400) die unter den Sammelbegriff Rheuma fallen, ist eine rasche Diagnose nicht immer möglich.

Rheumatische Erkrankungen betreffen zwar vorwiegend den Bewegungsapparat, können sich aber auch in fast allen Organen manifestieren und einen sehr variablen Verlauf zeigen, was sehr oft eine Herausforderung für den behandelnden Arzt bedeutet.

In Österreich ist fast jeder vierte von Rheuma betroffen und wenn es auch vorwiegend ältere Personen betrifft, erkranken auch Kinder und Jugendliche. Leider müssen viele Patienten noch immer eine Reihe von Ärzten konsultieren, vom Hausarzt über mehrere Spezialisten, bis eine Diagnose gestellt werden kann. Wir wissen, dass bei Patienten mit einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung häufig erst 5-7 Jahre nach

Symptombeginn die Diagnose gestellt wird.

Der Grund für die häufig verspätete Diagnose liegt wahrscheinlich auch an der Vielzahl und Variabilität der Symptome. Wichtig ist auch, eine exakte Anamnese und Untersuchung des Patienten, damit Patienten nicht mit der Diagnose „Unspezifischer Rückenschmerz“ an den Orthopäden überwiesen werden oder langwierige physikalische Therapien auf sich nehmen. Bei Patienten mit einer Schuppenflechte werden Gelenkbeschwerden nicht immer als entzündliche Veränderung erkannt, da die Gelenksbeschwerden mit einer aktivierten Arthrose verwechselt werden können. Neben dem langen Leidensweg können dann bei Diagnosestellung bereits irreversible Schäden an Gelenken vorliegen.

Das große Spektrum entzündlicher rheumatischer Erkrankungen umfasst unter anderem entzündliche Veränderungen an Gelenken, Sehnen, Muskeln und der Wirbelsäule. Dazu zählen



OA Dr. Julia MOSER

Fachärztin für Innere Medizin

SHUTTERSTOCK/LIGHTSPRING

unter anderem die Rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, Psoriasis Arthritis und auch Arthritis bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Entzündungen der Blutgefäße (Vaskulitiden) und Bindegewbserkrankungen (Kollagenosen) machen ebenfalls einen beträchtlichen Teil aus. Es handelt sich dabei um chronische, nicht heilbare Krankheiten, deren Ursachen bis dato nicht restlos geklärt sind. Wir wissen, dass eine frühzeitige Therapieeinleitung entscheidend ist, um die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Folgeschäden zu reduzieren. Ziel ist es eine Beschwerdefreiheit (Remission) zu erreichen.

Die typischen Symptome bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen, die Gelenke betreffen sind Gelenkschwellungen, Schmerzen, Bewegungseinschränkungen in den Gelenken, Steifigkeit der Gelenke vor allem nach Ruhephasen und auch morgens nach dem Aufstehen. Üblicherweise bessern sich die Beschwerden bei Bewegung, ganz typisch beim entzündlichen Rückenschmerz, der den Patienten in der zweiten Nachthälfte aus dem Bett treibt.

Die entzündlichen Veränderungen können auch auf andere Organe übergreifen und Patienten klagen vielfach über Allgemeinsymptome wie Müdigkeit und Leistungsabfall. Bei gleicher Diagnose zeigt sich bei jedem Patienten ein anderer Krankheitsverlauf und es ist bei Diagnosestellung

nicht vorauszusagen, wie sich die entzündliche rheumatische Erkrankung gestalten wird.

Umso wichtiger ist, dass der Patient ausführlich über die Erkrankung, den möglichen Verlauf und die Therapiemöglichkeiten, informiert wird. Dazu zählt neben der medikamentösen Behandlung auch die Physiotherapie, Ergotherapie und, wenn erforderlich, auch eine psychologische Unterstützung. Es sollte eine gute Gesprächsbasis aufgebaut werden, die es dem Patienten ermöglicht, das entsprechende Vertrauen aufzubauen.

Ziel ist es, mit dem Patienten einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen mit exakter Aufklärung über Medikamente und die möglichen Nebenwirkungen. Dazu ist es wichtig, die Begleiterkrankungen und bereits bestehende Medikation zu erfassen, um möglichst Medikamenteninteraktionen und eine Verschlechterung bereits bestehender Erkrankungen so weit wie möglich zu verhindern.

Aufgrund der zum Teil komplexen Krankheitsverläufe ist es für den einzelnen Arzt kaum möglich den Rheumapatienten zu behandeln. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Spezialisten ist aber nicht nur entscheidend für eine rasche Diagnose und Therapieeinleitung, sondern auch um die Lebensqualität der Patienten zu erhalten.

ENTZÜNDLICHER RÜ

ERKENNEN UND RICHTIG BEHANDELN

Starke, tiefsitzende Rückenschmerzen, die vor allem nachts und im jungen Alter auftreten, können einem das Leben erschweren und bedürfen einer effektiven Abklärung und Therapie. Dahinter können entzündlich rheumatische Erkrankungen aus dem Spektrum der „Spondyloarthritiden“ stecken. Ist die Diagnose aber erst einmal gestellt, kann aktiv in den Krankheitsprozess eingegriffen werden.

Millionen Menschen leiden weltweit an Rückenschmerzen. Ursache dafür sind oft überlastete Muskel, Bänder, Sehnen oder Bandscheiben. In der Regel dauern diese unspezifischen mechanisch bedingten Rückenschmerzen nur wenige Tage an und sind zum Beispiel auf Verspannungen oder auf das Heben von zu schweren Lasten zurückzuführen. Liegt die Schmerzdauer jedoch bei länger als 3 Monaten, wird von chronischen Rückenschmerzen gesprochen und eine weitere Abklärung ist sinnvoll. Vor allem, wenn gleichzeitig auch Kriterien für Rückenschmerzen auf Grund von Entzündungen vorliegen, sollten FachärztInnen für Rheumatologie aufgesucht werden.

Symptome

Entzündliche Rückenschmerzen machen sich durch folgende Beschwerden bemerkbar:

- Langsamer, schleichender Beginn
- Besserung bei Bewegung
- Keine Besserung in Ruhe
- Nächtliche Schmerzen, meist in der zweiten Nachthälfte mit Besserung durch Aufstehen
- Typischerweise Auftreten vor dem 40. Lebensjahr.

Zusätzliche Zeichen können Morgensteifigkeit in der Wirbelsäule oder gutes Ansprechen auf entzündungshemmende Schmerzmittel – sogenannte nicht-steroidale Antirheumatika (NSARs) – sein.

Auch können Entzündungen an Gelenken (Arthritis), Sehnenansätzen (Enthesitis) sowie an Organen wie Auge (Uveitis/Skleritis), Haut (Psoriasis, Schuppenflechte) oder Darm (Morbus Crohn/Colitis ulcerosa) auftreten. Man teilt daher die Gruppe der Spondylarthritiden (SpA) heute ein in:

- (vorwiegend) axiale SpA, d.h. Wirbelsäulen-betreffend, und
- (vorwiegend) periphere SpA ein, welche hauptsächlich Gelenke oder auch Gewebe der Extremitäten betrifft.



CKENSCHMERZ –

Zusammenfassend können entzündliche Rückenschmerzen also ein wichtiges Symptom für eine sogenannte axiale Spondylarthritis sein, deren bekanntester Vertreter der Morbus Bechterew, also die ankylosierende Spondylitis (AS), ist.

Diagnose

Leider können auch heute noch zwischen dem Auftauchen erster Symptome einer möglichen SpA und der Diagnose oft mehrere Jahre vergehen. Bei genannten Symptomen ist aber eine weitere Abklärung bei FachärztInnen für Rheumatologie angebracht.

Seit vielen Jahren spielt hier das konventionelle Röntgen eine zentrale Rolle, in dem sich typische Veränderungen an den Kreuzdarmbeingelenken bzw. der Zwischenwirbelgelenke erkennen lassen. Das können Verhärtungen (Sklerose), Verknöcherungen oder knöcherne Spangen sein, welche die Bandscheibenräume umwachsen. Auch kann es zu Veränderung der Knochen-Knorpel-Zusammensetzung an den Kreuzdarmbeingelenken kommen. All diese im Röntgen sichtbaren Zeichen definieren heute die „radiographische“ SpA, welche aber erst nach Jahren der Erkrankung auftreten und in den meisten Fällen als nicht umkehrbar gelten.

Eine wichtige Rolle in der bildgebenden Abklärung spielt heute zusätzlich die Magnetresonanztomographie (MRT). Schon früh im Erkrankungsverlauf kann man mit dieser Untersuchung zum Beispiel Anreicherungen von Flüssigkeit in gelenknahen Knochen (Knochenmarksödem), Ergüsse im Gelenkraum aber auch typische Sehnenentzündungen sichtbar machen. Bei typisch klinischem Befund und entsprechendem MRT Ergebnis kann hier die Diagnose einer „nicht-radiographischen axialen SpA“ gestellt werden.

Auch ein Bluttest kann hilfreich sein, wo v.a. das Vorhandensein des HLA-B27 Gens nachgewiesen wird. Hier handelt es sich um ein genetisches Merkmal, welches ca. 8% der europäischen Bevölkerung in sich tragen. Menschen mit den verschiedenen Formen der SpA-Erkrankungen tragen diese Marker deutlich häufiger in sich, sodass das Vorhandensein von HLA-B27 ein zusätzlicher „Puzzlestein“ in der Abklärung sein kann.

Ebenso können Entzündungswerte, wie der CRP-Wert oder die Blutsenkungsgeschwindigkeit bei der Beurteilung der Krankheitsaktivität helfen.



Dr. Martin VOGLMAYR

Facharzt für Innere Medizin
Zusatzfacharzt für
Rheumatologie

Therapie

Eine rasche Diagnose bei RheumatologenInnen ist wichtig, um eine geeignete Therapie zu ermöglichen und die Wahrscheinlichkeit des Voranschreitens der Erkrankung zu reduzieren. Oft wird den Betroffenen eine Kombination aus Bewegung, Medikation sowie Patientenschulung empfohlen. Abgestimmt an die individuellen Bedürfnisse und an das aktuelle Krankheitsstadium der PatientInnen stellt regelmäßige Bewegung und gezielte Kräftigung einen Teil der Therapie dar. Am Anfang des Jahrtausends kam mit der medikamentösen Therapie durch sogenannte Biologika (anfänglich Tumor-Nekrose-Faktor-Inhibitoren) ein neuer Ansatz zur Behandlung der Spondyloarthritis auf. Zuvor standen nicht-steroidale Antirheumatika (NSARs), lokale Infiltrationstherapien mit Kortikosteroiden, Schmerzmittel und Operationen zur Verfügung. Vor einigen Jahren wurde mit dem Einsatz von sogenannten IL-17 Antikörpern ein weiterer, gezielter medikamentöser Ansatz bei verschiedenen Formen der SpA gefunden. Mit all diesen Medikamenten ist heutzutage eine Schmerzreduktion, Verbesserung der Beweglichkeit und Lebensqualität für PatientInnen mit Spondyloarthritis möglich.

Fazit

Korrekte und vor allem frühe Diagnosestellung sowie richtiger Einsatz von geeigneten Therapien sind wichtig in der Betreuung von PatientInnen mit Spondyloarthritis. Nichtsdestotrotz bedarf die Behandlung des Morbus Bechterew ein interprofessionales Behandlungskonzept mit Beratung und Begleitung durch Spezialisten.

BUCHTIPP

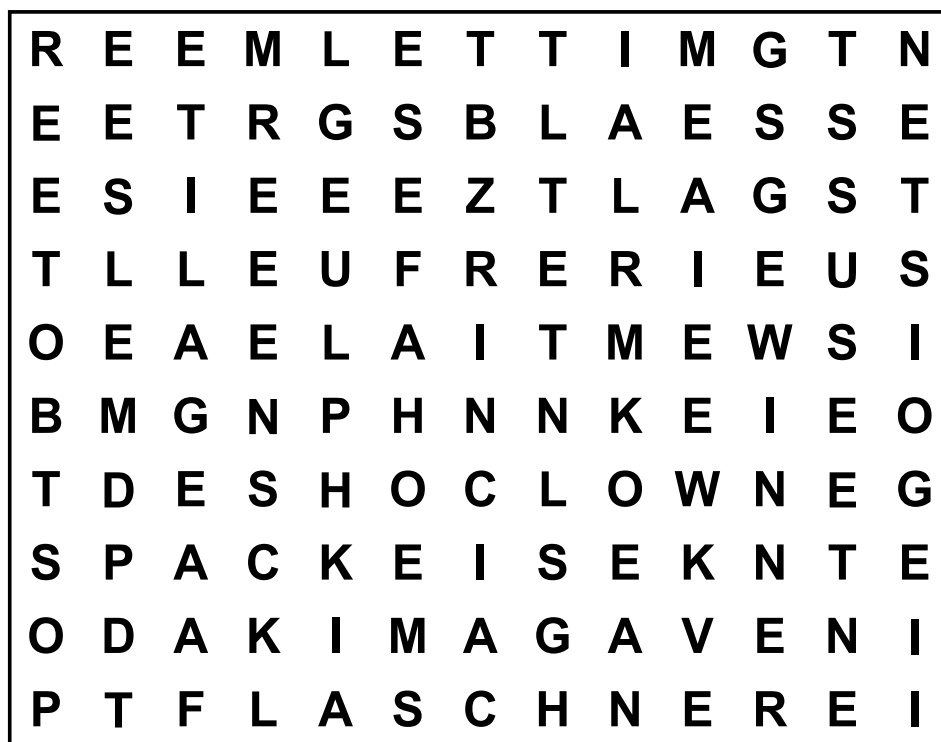
Migräne: verstehen, vorbeugen und behandeln
von **Ulrike Grabmair**

Dieser Ratgeber gibt eine Anleitung zur nicht-medikamentösen Selbsthilfe bei Migräne. Die Autorin selbst Migränebetroffene legt dabei einen besonderen Schwerpunkt auf mentales Training.



RÄTSEL & GEWINNSPIEL

Lösen Sie unser Rätsel und gewinnen Sie ein Exemplar des oben vorgestellten Buches. Heute handelt es sich um ein Wortsuchrätsel: Die Begriffe sind im Buchstabensalat waagrecht, senkrecht und diagonal in beiden Richtungen versteckt. Alle nicht verwendeten Buchstaben ergeben am Ende zeilenweise gelesen das Lösungswort. Füllen Sie den Coupon für die Teilnahme am Gewinnspiel am Fuß dieser Seite vollständig aus und senden Sie diesen an uns. Unter allen Einsendungen mit der richtigen Lösung werden drei GewinnerInnen gezogen. Teilnahmeberechtigt sind alle Personen mit Wohnsitz in Österreich, die mindestens 18 Jahre alt sind. Ausgenommen sind MitarbeiterInnen der beteiligten Unternehmen und ihre Angehörigen. Der Gewinn wird per Post an die anzugebende Postadresse versendet. Gewinnansprüche sind nicht übertragbar. (Einsendeschluss: 30.04.2021). Der Rechtsweg und eine Barauszahlung des Gewinnes sind ausgeschlossen.



AGAVEN
ASPARTAM
BELEGE
BLAESSE
EGALITE
EGOISTEN
ERFUELLT
FLASCHNEREI
GEUEBT
GEWILLT
GEWINNER
GEWISS
KONIFERE
KONTRAST

MIKADO
MITTELMEER
PACKEIS
POSTBOTE
SCHLEIER
SEEAMT
SEEKLIMA
ZEMENT

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Bitte Coupon für Abo-Anforderung des Patient.Partner Magazin und/oder Teilnahme am Gewinnspiel ausfüllen, in ein Kuvert stecken, ausreichend frankieren und an folgende Adresse senden:
Patient.Partner Team, Novartis Pharma GmbH, 1020 Wien, Jakov-Lind-Straße 5 / Top 3.05, Kennwort: **Patient.Partner**

patient
partner

MAGAZIN

Sind Sie daran interessiert?

JA, DAS IST INTERESSANT!

☐ Ich möchte regelmäßig und kostenfrei das Magazin von Patient.Partner mit Beiträgen aus den Bereichen Multiple Sklerose, Lunge, Gelenke/Haut, Herz, Migräne und Auge erhalten.

Unterschrift: _____ Datum: _____

Hiermit erkläre ich mich mit der Verarbeitung meiner Daten (Name, Adresse) durch die Novartis Pharma GmbH einverstanden. Zum Versand werden Ihre Daten an ein Logistikunternehmen übermittelt. Meine Daten werden dazu verwendet, mir Informationen über Multiple Sklerose, Lunge, Gelenke/Haut, Herz und Migräne und ihre Behandlungsmöglichkeiten zuzusenden. Ich kann meine Einwilligung jederzeit per Mail an novartis.austria@novartis.com widerrufen.

☐ Herr ☐ Frau

Vor-/Zuname: _____

Adresse, PLZ, Ort: _____

Telefon, E-Mail-Adresse (optional): _____

☐ **TEILNAHME GEWINNSPIEL**

Tragen Sie hier das Lösungswort ein: