

Reizdarmsyndrom: Diagnose und Behandlung

Organische Erkrankungen ausschliessen, ganzheitlich behandeln

Das Reizdarmsyndrom ist das am häufigsten diagnostizierte gastrointestinale Krankheitsbild. Es betrifft 7 bis 21 Prozent der Allgemeinbevölkerung. Ein kürzlich erschienener klinischer Review fasst den aktuellen Wissensstand zum Reizdarmsyndrom zusammen.

JAMA

Beim Reizdarmsyndrom (irritable bowel syndrome, IBS) liegen Bauchschmerzen oder abdominelle Missempfindungen sowie Stuhlgangsveränderungen vor, ohne dass eine andere Erkrankung besteht, die diese Symptomatik verursacht. Frauen berichten häufiger über Bauchschmerzen und Obstipation, während Männer öfter über Diarrhö klagen. Mit zunehmendem Alter nimmt die IBS-Prävalenz ab. Man unterscheidet drei IBS-Formen:

- ❖ IBS mit Diarrhö (IBS-D)
- ❖ IBS mit Obstipation (IBS-O)
- ❖ IBS vom Mischtyp (IBS-M).

Während in den USA alle IBS-Typen etwa gleich oft vorkommen, scheinen in Europa die Typen IBS-O und IBS-M häufiger vertreten zu sein. Im Krankheitsverlauf kann sich der IBS-Typ bei manchen Patienten verändern, beispielsweise vom Diarrhötyp oder Obstipationstyp zum Mischtyp.

Verschiedene Komorbiditäten sind mit IBS assoziiert, beispielsweise somatische Schmerzsyndrome (Fibromyalgie, chronischer Beckenschmerz), andere gastrointestinale Störungen (gastroösophageale Refluxkrankheit, Dyspepsie) und psychiatrische Störungen (Depression, Angststörung, Somatisierung). Bei den meisten Patienten ist das Reizdarmsyndrom eine chronische Erkrankung mit variabler Symptomatik. Eine Übersichtsarbeit ergab, dass 2 bis 18 Prozent der

IBS-Patienten eine Verschlechterung zeigten, während 30 bis 50 Prozent stabil blieben und es bei 12 bis 38 Prozent zu einer Besserung kam. Das IBS reduziert signifikant die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Arbeitsproduktivität der Betroffenen.

Pathophysiologie

Wie der klinische Phänotyp ist auch die Pathogenese des IBS heterogen (*Kasten 1*). Wahrscheinlich umfasst das IBS eine Reihe von Erkrankungen mit unterschiedlicher Pathophysiologie, aber ähnlicher Symptomatik. Traditionell standen Faktoren wie Anomalien der Darmmotilität, viszerale Schmerzempfindung, Hirn-Darm-Interaktion und psychosoziale Belastungen im Fokus des pathogenetischen Modells. Zwar weisen die meisten IBS-Patienten eine oder mehrere dieser Auffälligkeiten auf, doch kann keiner dieser Faktoren alle Symptome erklären. In jüngster Zeit konnten bei einem Teil der IBS-Betroffenen Veränderungen der Immunaktivierung im Darm, der intestinalen Permeabilität sowie des intestinalen und Kolon-Mikrobioms nachgewiesen werden.

Viele Patienten identifizieren bestimmte Lebensmittel als Trigger für ihre IBS-Symptome. Der Beitrag echter Nahrungsmittelallergien zum IBS ist zwar gering, doch weisen viele IBS-Patienten Nahrungsmittelunverträglichkeiten auf. Wichtige Trigger für IBS-Symptome sind rasch fermentierbare, osmotisch aktive, kurzkettige Kohlenhydrate (wie Fruktose, Laktose, Fruktane und Galaktane sowie Zuckeralkohole). Schlecht absorbierte Kohlenhydrate können osmotisch wirken und zu einer erhöhten Fermentierung im Dünndarm oder Dickdarm führen, was die Symptome bei IBS-Patienten mit zugrunde liegenden Anomalien der Darmfunktion und -schmerzempfindung aggravieren kann. Gesunde Personen mit normaler Darmfunktion und -schmerzempfindung bemerken dagegen nur selten Symptome nach einer Mahlzeit. Psychosoziale Faktoren prädisponieren ebenfalls für die Entwicklung eines IBS. Frauen mit Reizdarmsyndrom haben mit grösserer Wahrscheinlichkeit einen verbalen, sexuellen oder körperlichen Missbrauch erlebt, was über eine Hirn-Darm-Dysfunktion und eine Immunfunktionsstörung der Schleimhaut zur Entwicklung der Erkrankung beitragen kann.

Diagnostik

Die Diagnose des Reizdarmsyndroms basiert auf dem Vorliegen typischer Symptome und dem Ausschluss bestimmter organischer Erkrankungen (*Kasten 2*). IBS-Hauptkriterien sind nach dem derzeitigen diagnostischen Standard (Rom-III-Kriterien) abdominelle Schmerzen oder Missempfindungen

MERKSÄTZE

- ❖ Das Reizdarmsyndrom (IBS) kann zu erheblichem Stress, Morbidität und funktionellen Einschränkungen führen.
- ❖ Die Diagnose beruht auf der Identifikation typischer Symptome und dem Ausschluss organischer Erkrankungen.
- ❖ Ein ganzheitlicher Ansatz (Lebensstilintervention, Ernährung, Medikation oder Verhaltensstrategien) bietet die grösste Chance für einen anhaltenden Therapieerfolg.

Kasten 1:

Pathophysiologie des Reizdarmsyndroms (IBS)

Umgebungsfaktoren, die zu IBS-Symptomen beitragen

- ❖ Stressoren in jungen Jahren (Missbrauch, psychosoziale Stressoren)
- ❖ Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- ❖ Antibiotika
- ❖ Darminfektion

Wirtsfaktoren, die zu IBS-Symptomen beitragen

- ❖ veränderte Schmerz Wahrnehmung
- ❖ veränderte Hirn-Darm-Interaktion
- ❖ Dysbiose
- ❖ erhöhte intestinale Permeabilität
- ❖ erhöhte Immunaktivierung in der Darmschleimhaut
- ❖ viszerale Hypersensitivität

Kasten 2:

Merkmale des Reizdarmsyndroms (IBS) und Alarmsymptome

Typische Symptome

- ❖ breiiger/häufiger Stuhlgang
- ❖ Obstipation
- ❖ Blähungen
- ❖ Bauchkrämpfe, abdominelle Missempfindungen oder Schmerzen
- ❖ Symptombeginn durch Nahrungszufuhr/spezifische Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- ❖ Änderung der Symptome im zeitlichen Verlauf (Veränderung der Schmerzlokalisierung, Änderung des Stuhlmusters)

Symptome, die auf eine organische Erkrankung hinweisen können und eine weitere Abklärung verlangen

- ❖ Symptombeginn nach dem 50. Lebensjahr
- ❖ schwere oder progrediente Symptomatik
- ❖ unerklärter Gewichtsverlust
- ❖ nächtliche Diarrhö
- ❖ positive Familienanamnese für gastroenterologische Erkrankungen (Kolonkarzinom, Zöliakie oder entzündliche Darmerkrankung)
- ❖ rektale Blutung oder Meläna
- ❖ unerklärte Eisenmangelanämie

und Stuhlgangsveränderungen (Kasten 3). Wie bereits erwähnt, können IBS-Patienten über Obstipation, Diarrhö oder beides berichten. Es ist wichtig, nach den abdominellen Hauptbeschwerden des Patienten zu fragen, da diese für die diagnostische Abklärung und die Wahl der Therapie von Bedeutung sind.

Ausser der Untersuchung symptombasierter Kriterien sollte man darauf achten, ob Alarmsymptome (Kasten 2) vorliegen, die eine weitere Abklärung zum Ausschluss organischer Erkrankungen verlangen. Diagnostische Tests, die bei Verdacht auf IBS durchgeführt werden sollten, sind in Kasten 4 zusammengefasst.

Zwar kann das Vorliegen von Alarmsymptomen Patienten identifizieren, bei denen mit grösserer Wahrscheinlichkeit eine organische Erkrankung besteht, doch weisen die meisten

Patienten letztlich ein negatives Ergebnis auf. Daher besteht der Wert von Alarmsymptomen eher in ihrem negativen als in ihrem positiven prädiktiven Wert. Die Evidenz weist darauf hin, dass die Diagnose «IBS» vertrauensvoll gestellt werden kann, wenn Patienten die symptombasierten Kriterien erfüllen und keine Alarmsymptome vorliegen, da die «Ausbeute» einer umfangreichen diagnostischen Abklärung gering ist. Dennoch betrachten die meisten Kliniker das Reizdarmsyndrom als Ausschlussdiagnose und verlassen sich bei der Diagnosestellung nur ungern allein auf die geschilderten Symptome.

Therapie

Allgemeine Empfehlungen

Grundlage einer erfolgreichen Betreuung von IBS-Betroffenen ist eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Wichtig ist, dass der Patient über die Ursachen, den natürlichen Verlauf und die Behandlung des Reizdarmsyndroms sorgfältig aufgeklärt wird.

Da das IBS eine symptombasierte Störung ist, kann sich die Behandlung an abdominellen Symptomen wie Schmerzen, Krämpfen und Meteorismus oder an Darmsymptomen einschliesslich Obstipation und Diarrhö orientieren. Traditionell hat sich die Erstlinientherapie des IBS auf frei verkäufliche Medikamente konzentriert, die Durchfälle bekämpfen (z.B. Loperamid oder Probiotika) oder die Obstipation bessern (z.B. Ballaststoffsupplemente, Laxanzien). Während der letzten fünf Jahre wurden diätetische Massnahmen und Lebensstilinterventionen in der Erstlinientherapie des IBS immer wichtiger.

Körperlich aktive Menschen haben häufiger Stuhlgang und weisen einen schnelleren Kolontransit auf als Inaktive. Zudem konnte in einer klinischen Studie gezeigt werden, dass eine strukturierte Bewegungsintervention zu einer deutlicheren Besserung der IBS-Gesamtsymptomatik führte als die Standardbehandlung. Daher sollten IBS-Patienten zu mehr körperlicher Aktivität ermuntert werden. Einfach umzusetzen ist die Empfehlung, jeden Tag einen 20-minütigen Spaziergang zu unternehmen. Strecke und Geschwindigkeit können allmählich gesteigert werden.

Ernährung

Viele Patienten bringen ihre IBS-Symptome mit der Einnahme einer Mahlzeit in Verbindung. Bis zu 90 Prozent der IBS-Patienten schränken sich in ihrer Ernährung ein, um Beschwerden zu verhindern oder zu bessern. Echte Nahrungsmittelallergien sind bei IBS eher selten. Zum anderen wird häufig über Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder -intoleranzen berichtet. Derzeit gibt es zunehmend Evidenz, die eine glutenfreie Diät, die zudem arm an fermentierbaren Oligo-, Di- und Monosacchariden sowie Polyolen (FODMAP) ist, für IBS-Patienten stützt.

Verschiedene Studien berichteten darüber, dass die IBS-Symptomatik bei Glutenzufuhr nicht ausreichend kontrolliert werden konnte oder dass Gluten die Stuhlfrequenz bei IBS-Patienten mit Durchfall erhöhte und die Darmpermeabilität sowie die Immunaktivierung veränderte. Aus diesen Daten schlossen einige Autoren, dass Gluten die Hauptursache für Symptome nach einem Konsum von Weizen ist. Jedoch enthält Weizen auch Fruktane und andere Proteine, die

Kasten 3:

Rom-III-Kriterien für das Reizdarmsyndrom (IBS)

Rezidivierende abdominale Schmerzen oder abdominale Missempfindungen an mindestens 3 Tagen pro Monat in den letzten 3 Monaten, wobei mindestens zwei der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- ❖ Besserung der Beschwerden nach der Defäkation
- ❖ Beginn der Beschwerden assoziiert mit einer Änderung der Stuhlfrequenz
- ❖ Beginn der Beschwerden assoziiert mit einer Änderung der Stuhlkonsistenz.

Kasten 4:

Diagnostische Abklärung bei Patienten mit vermutetem IBS ohne Vorliegen von Alarmsymptomen

Alle IBS-Subtypen

- ❖ komplettes Blutbild
- ❖ altersgemässes Screening auf kolorektales Karzinom

IBS mit Diarrhö

- ❖ C-reaktives Protein oder fäkales Calprotectin
- ❖ IgA-TtG* +/- quantitative IgA-Bestimmung
- ❖ falls Koloskopie erfolgt, Biopsien entnehmen
- ❖ Gallensäureresorptionstest (mit Selen 75 [SeHCAT]), Bestimmung der fäkalen Gallensäuren oder C4 im Serum, falls verfügbar

IBS-Mischtyp

- ❖ C-reaktives Protein oder fäkales Calprotectin
- ❖ IgA-TtG* +/- quantitative IgA-Bestimmung
- ❖ Stuhltagebuch
- ❖ Abdomenröntgen zur Abklärung einer möglichen Stuhllakkumulation erwägen

IBS mit Obstipation

- ❖ bei schweren oder therapierefraktären Formen Überweisung an Gastroenterologen zur weiteren Abklärung

* TtG = tissue transglutaminase, Gewebe-Transglutaminase.

bei IBS-Patienten Beschwerden hervorrufen könnten. Darüber hinaus ist es wahrscheinlich, dass zahlreiche negative Medienberichte über Gluten die Wahrscheinlichkeit eines «Nozebo»-Effekts erhöhten und zur vermehrten Wahrnehmung negativer Effekte nach dem Verzehr glutenhaltiger Nahrungsmittel führten.

Kurzkettige, schlecht resorbierbare, fermentierbare Kohlenhydrate sind unter der Abkürzung FODMAP bekannt und liegen in verschiedenen Nahrungsmitteln wie Weizen, Zwiebeln, einigen Obst- und Gemüsesorten, Sorbitol sowie in manchen Milchprodukten vor. FODMAP führen in Dünn- und Dickdarm zu einer vermehrten Wassersekretion und Fermentierung, was zu einer gesteigerten Bildung von kurzkettigen Fettsäuren und Gas führt. Bei gesunden Erwachsenen verursachen FODMAP ausser einer vermehrten Flatulenz keine weiteren gastrointestinalen Symptome. Bei IBS-Patienten sind FODMAP dagegen ein wichtiger Trigger für mahl-

zeitenbezogene Beschwerden, wahrscheinlich als Folge der zugrunde liegenden Veränderungen der Darmphysiologie und der viszeralen Schmerz Wahrnehmung. In einer Studie mit 30 IBS-Patienten gaben die Teilnehmer unter einer «Low-FODMAP»-Diät geringere Beschwerden an als unter einer üblichen australischen Ernährung. Bis anhin gibt es allerdings noch nicht viele Langzeitdaten zur Wirksamkeit und Sicherheit einer «Low-FODMAP»-Diät.

Angesichts der zunehmenden Bedeutung von Ernährungsinterventionen bei IBS und anderen gastrointestinalen Erkrankungen ist es für Kliniker wichtig, sich auf diesem Gebiet fortzubilden und mit einer Ernährungsfachkraft zusammenzuarbeiten.

Antidiarrhoika

Antidiarrhoika wie Loperamid hemmen die Peristaltik, verlängern den Darmtransit und reduzieren das Stuhlvolumen. Sie werden oft als Erstlinientherapie bei IBS-D eingesetzt. Loperamid kann auch prophylaktisch eingenommen werden, wenn ein Patient mit Durchfall rechnet. Loperamid überschreitet die Blut-Hirn-Schranke nicht, daher kommt es unter Loperamid zu geringeren Gewöhnungserscheinungen als bei anderen Antidiarrhoika.

5-HT₃-Rezeptor-Antagonisten

Das Darmhormon Serotonin beeinflusst die gastrointestinale Motilität und die viszerale Schmerzempfindung. Alosetron ist ein 5-HT₃-Antagonist, der in den Vereinigten Staaten für die Behandlung von Frauen mit schwerem, funktionell einschränkendem, auf übliche Medikamente nicht ansprechendem IBS-D zugelassen ist. Zu den potenziellen Nebenwirkungen zählen jedoch eine dosisabhängige Obstipation und eine ischämische Kolitis.

Der 5-HT₃-Antagonist Ondansetron ist weniger potent als Alosetron. Doch profitieren Patienten mit IBS-D von Ondansetron. In einer randomisierten, plazebo-kontrollierten Studie führte Ondansetron (1- bis 3-mal täglich 4 bis 8 mg) zu einer signifikanten Besserung von Stuhlkonsistenz, allgemeiner IBS-Symptomatik, Stuhldrang und -frequenz sowie Blähungen, nicht jedoch von Schmerzen.

Spasmolytika

Zu den Spasmolytika zählen Substanzen mit anticholinergen oder kalziumkanalblockierenden Eigenschaften, die durch eine Relaxation der glatten Darmmuskulatur zu einer Besserung der IBS-Symptomatik führen können. Doch gibt es nur wenige qualitativ hochwertige Studien zum Einsatz von Spasmolytika bei IBS. Da einige IBS-Patienten einen starken gastrokolicen Reflex aufweisen, der teilweise cholinergisch vermittelt wird, sind Spasmolytika wohl am besten bei postprandialen Bauchkrämpfen und Durchfall geeignet. Es kann zu dosisabhängigen Nebenwirkungen wie Obstipation, Müdigkeit, Mundtrockenheit und Verschwommensehen kommen. Anticholinergika sollten bei älteren Menschen vermieden werden.

Pfefferminzöl, das frei verkäuflich ist, weist kalziumkanalblockierende Eigenschaften auf und wird daher als Spasmolytikum klassifiziert. Einige kleine klinische Studien weisen darauf hin, dass manche IBS-Patienten von Pfefferminzöl profitieren.

Ballaststoffsupplemente

Von Ballaststoffen profitieren eher IBS-Patienten mit Obstipation als Patienten mit Durchfall. Ballaststoffe werden oft als IBS-Erstlinienmedikament verabreicht. Anfangs sollte eine geringe Dosis verabreicht werden, die über Wochen langsam bis zu einer täglichen Ballaststoffzufuhr von 20 bis 30 g gesteigert wird. In einer aktuellen Metaanalyse erwiesen sich lösliche Ballaststoffe (Psyllium und Ispaghula) bei IBS als wirksam. Weizenkleie enthält Fruktane, die – wie andere FODMAPS auch – zu einer Verschlimmerung der IBS-Symptomatik führen können. Daher sollte Weizenkleie bei IBS-Patienten vermieden werden.

Laxanzien

Osmotische Laxanzien wie Polyethylenglykol werden bei IBS-Patienten mit Obstipation oft als Erstlinientherapie empfohlen. In klinischen Studien wurde nachgewiesen, dass Polyethylenglykol Stuhlfrequenz und -konsistenz bessert, doch kam es nicht zu einer zuverlässigen Linderung von Bauchschmerzen und Blähungen. Die übliche Startdosis ist 17 g in Saft oder Wasser, wobei die Dosis je nach klinischem Ansprechen erhöht werden kann. Meist wird Polyethylenglykol gut vertragen, doch kann es dosisabhängig zu Blähungen, Flatulenz und Durchfall kommen.

Stimulierende Laxanzien werden IBS-Patienten mit Obstipation ebenfalls häufig verabreicht. Ihre Wirksamkeit wurde bei Patienten mit chronischer Obstipation nachgewiesen, doch gibt es keine randomisierten, kontrollierten Studien mit IBS-O-Patienten. Im Hinblick auf IBS ist es wichtig zu wissen, dass zu den häufigsten Nebenwirkungen der stimulierenden Laxanzien Bauchschmerzen und Krämpfe zählen.

Prosekretorische Substanzen

Im Darmlumen wirksame prosekretorische Substanzen wurden bei IBS-Patienten mit Obstipation untersucht. Lubiproston ist ein Chloridkanal (CIC-2-)Aktivator, der die intestinale Flüssigkeitssekretion stimuliert und bei IBS-Patienten mit Obstipation zu einer Besserung der Symptomatik führt. In zwei Phase-III-Studien (1711 IBS-Patienten mit Obstipation) sprachen signifikant mehr Patienten unter 2-mal täglich 8 µg Lubiproston als unter Placebo auf die Behandlung an. Als Nebenwirkung kann unter Lubiproston Übelkeit auftreten. Durch Einnahme mit dem Essen kann dies reduziert werden. Linaclotid ist ein Guanylatzyklase-C-Agonist, der die Synthese von zyklischem Guanosinmonophosphat erhöht. Zyklisches Guanosinmonophosphat steigert intrazellulär die intestinale Chloridsekretion, während es extrazellulär zu einer reduzierten Aktivität afferenter Schmerzfasern kommt. Linaclotid wirkt bei IBS-Patienten mit Obstipation. Der maximale Nutzen hinsichtlich Stuhlfrequenz ist 1 Woche nach Beginn der Therapie zu erwarten, während es 8 bis 12 Wochen bis zu einer maximalen Besserung von Bauchschmerzen und Blähungen dauern kann. Als Nebenwirkung tritt bei etwa 20 Prozent der Patienten eine Diarrhö auf. Linaclotid sollte 30 bis 60 Minuten vor dem Frühstück eingenommen werden, da dann die Wahrscheinlichkeit für Durchfälle geringer ist.

Modifikation der Mikrobiota: Probiotika und Antibiotika

Eine kürzlich publizierte Metaanalyse ergab, dass Probiotika bei IBS zu einer Besserung von allgemeiner Symptomatik, Bauch-

schmerzen, Blähungen und Flatulenz führen. Da in den berücksichtigten Studien jedoch verschiedene probiotische Zubereitungen untersucht wurden, sollten die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. Derzeit können keine Empfehlungen für den Einsatz bestimmter Probiotika bei IBS gegeben werden.

Rifaximin ist ein Breitspektrumantibiotikum, das kaum absorbiert wird. Eine Metaanalyse, bei der fünf randomisierte klinische Studien berücksichtigt wurden, untersuchte die Wirksamkeit von Rifaximin bei überwiegend nicht obstipierten IBS-Patienten. Im Vergleich zu Placebo führte das Antibiotikum zu einer Besserung von allgemeiner Symptomatik und Meteorismus. Die klinische Erfahrung zeigt, dass viele Rifaximinresponder im weiteren Verlauf erneut IBS-Symptome entwickeln. Eine zweite und dritte Behandlung mit Rifaximin soll ähnliche Effekte wie der erste Behandlungszyklus haben. Welche Rolle andere Antibiotika bei IBS spielen, ist nicht bekannt. Doch ist die mögliche Resistenzentwicklung bei wiederholter antibiotischer Therapie zu bedenken.

Antidepressiva

Da sie auf Schmerzwahrnehmung, Stimmung und Motilität wirken, haben sich Antidepressiva zu einer weitverbreiteten Behandlungsoption für Patienten mit mässig bis stark ausgeprägtem IBS entwickelt. Die Wirksamkeit von trizyklischen Antidepressiva, selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) und (in geringerem Umfang) von selektiven Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern wurde bei IBS-Patienten untersucht. In einer Metaanalyse erwiesen sich Antidepressiva bei IBS-Bauchschmerzen als wirksam, die NNT (number needed to treat) lag bei 4. Nebenwirkungen traten bei den mit Antidepressiva behandelten Patienten häufiger auf als in der Placebogruppe. Trizyklische Antidepressiva können dosisabhängig zu Obstipation, Mundtrockenheit, trockenen Augen, Müdigkeit, Gewichtszunahme und Verlängerung des QT-Intervalls führen. SSRI können sexuelle Funktionsstörungen, Agitation, Übelkeit, Müdigkeit und Durchfall verursachen. Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer helfen bei Angst, Depression und somatischen Schmerzen, doch wurde ihre Wirksamkeit bei IBS bisher nur unzureichend untersucht.

Psychotherapie

Verschiedene psychotherapeutische Methoden stellen eine Alternative oder eine ergänzende Behandlung für IBS-Patienten dar. Eine kürzlich publizierte Metaanalyse wertete 32 qualitativ sehr unterschiedliche Studien mit insgesamt über 2000 Patienten aus. Die in diesen Studien angewandten psychologischen Verfahren waren effektiver als die Kontrolltherapie, die NNT lag bei 4. In einer Subgruppenanalyse wurde über eine jeweils ähnliche NNT für kognitive Verhaltenstherapie, Hypnotherapie, Multikomponentenpsychotherapie und dynamische Psychotherapie, nicht jedoch für andere Verfahren berichtet. Trotz dieser ermutigenden Ergebnisse ist Psychotherapie bei IBS in der klinischen Praxis aus verschiedenen Gründen (Kostenübernahme, Mangel an Therapeuten, geringe Akzeptanz bei Patienten und Ärzten) nicht sehr verbreitet. ❖

Andrea Wülker

Chey WD et al.: Irritable bowel syndrome: a clinical review. JAMA 2015; 313(9): 949–958.

Interessenlage: Der Erstautor hat zahlreiche Firmen beraten und Forschungsgelder von verschiedenen Unternehmen erhalten. Ein weiterer Autor hat ein Forschungsstipendium erhalten.