



VINCERA
Kliniken

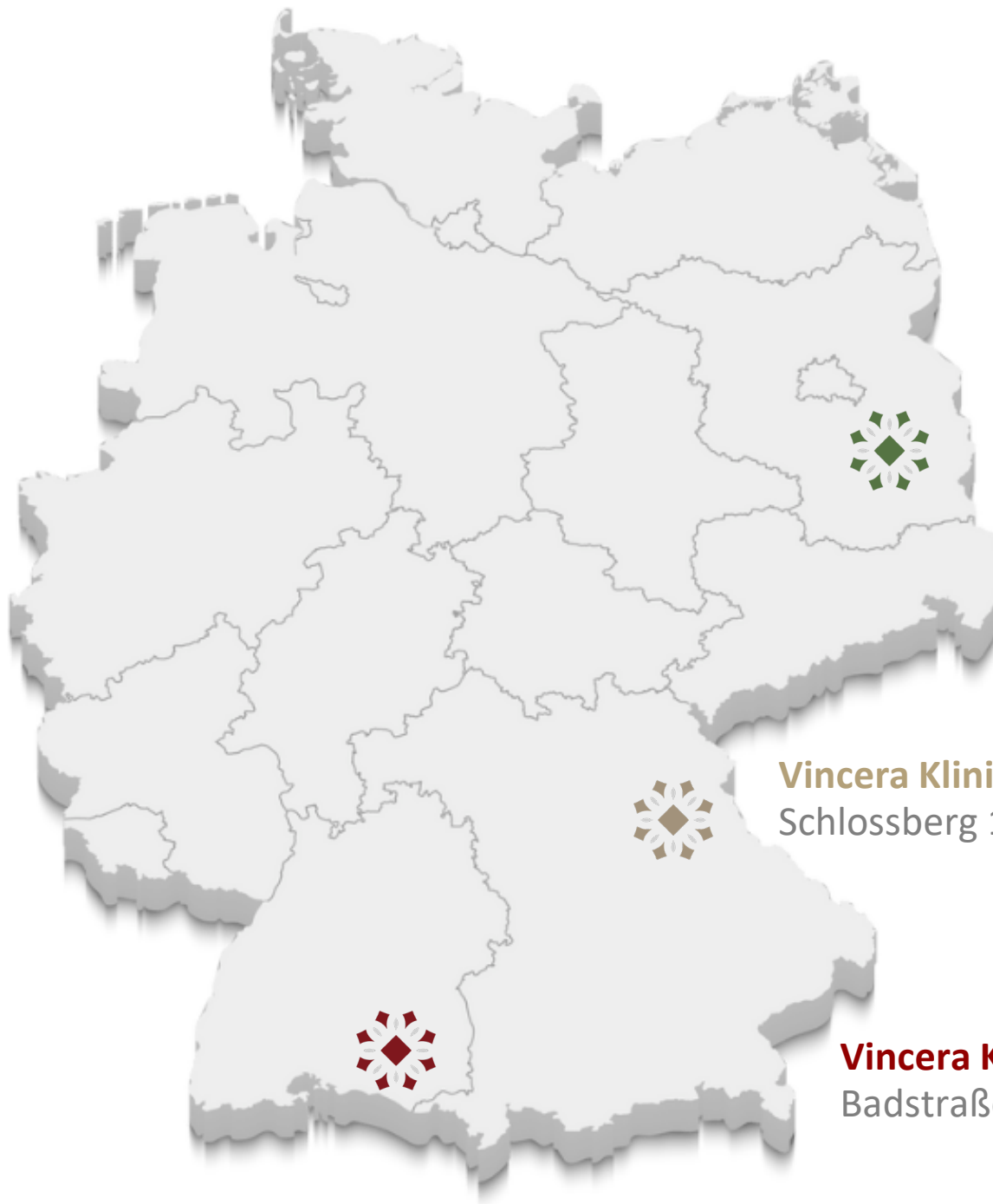


Break & Brain
Online-Fortbildung

Wenn der Darm verrückt spielt – Therapie des Reizdarmsyndroms

Prof. Dr. med. Kamila Jauch-Chara
Klinikdirektorin & Cheförztn,
Vincera Klinik Bad Waldsee

Mittwoch, 10.06.2026



Vincera Klinik Spreewald GmbH
Van der Valk Allee 2 | 15910 Bersteland

Vincera Klinik Burg Wernberg GmbH
Schlossberg 10 | 92533 Wernberg Köblitz

Vincera Klinik Bad Waldsee GmbH
Badstraße 28 | 88339 Bad Waldsee

UNSERE CHEFÄRZTE



 **Dr. med. Lisa Fiedler**
Chefärztin & Ärztliche Direktorin
der Vincera Klinik Burg Wernberg



 **Dr. med. Eberhard Böhme**
Chefarzt & Ärztlicher Direktor
der Vincera Klinik Spreewald



 **Prof. Dr. med. Kamila Jauch-Chara**
Chefärztin & Ärztliche Direktorin
der Vincera Klinik Bad Waldsee

WENN DER DARM VERRÜCKT SPIELT – THERAPIE DES REIZDARMSYNDROMS



REIZDARMSYNDROM

Allgemeines



Das Reizdarmsyndrom (RDS) ist die häufigste und wichtigste funktionelle Darmerkrankung mit einer Prävalenz zwischen 4 % und 17 %.

Frauen sind doppelt so häufig betroffen.

RDS ist charakterisiert durch chronische Bauchbeschwerden, für die sich in der Routinediagnostik kein ursächliches „organisches“ Korrelat finden lässt – insbesondere Blähungen/aufgetriebener Leib und Stuhlgangveränderungen (Diarrhoe/Obstipation).

REIZDARMSYNDROM

Definition des Reizdarmsyndroms gemäß der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

Um die klinische Realität besser abzubilden, definiert die DGVS das Reizdarmsyndrom, abweichend von den Rom-IV-Kriterien, als das gemeinsame Vorliegen folgender 3 Punkte:



1. Es bestehen chronische, das heißt länger als 3 Monate anhaltende oder rezidivierende Beschwerden (z. B. Bauchschmerzen, Blähungen), die von Patienten und Arzt auf den Darm bezogen werden und in der Regel mit Stuhlgangveränderungen einhergehen

2. Die Beschwerden sollen begründen, dass der Patient deswegen Hilfe sucht und/oder sich sorgt, und so stark sein, dass die Lebensqualität hierdurch relevant beeinträchtigt wird.

3. Voraussetzung ist, dass keine für andere Krankheitsbilder charakteristischen Veränderungen vorliegen, die wahrscheinlich für diese Symptome verantwortlich sind.

REIZDARMSYNDROM

Klinisches Erscheinungsbild - Subtypen

In Abhängigkeit von den dominierenden Einzelsymptomen kann das RDS unterteilt werden in:

- **Obstipationstyp (RDS-O):** Stuhlgang hart/klumpig in ≥ 25 % der Stuhlgänge und breiig/wässrig in < 25 % der Stuhlgänge
- **Diarrhoetyp (RDS-D):** Stuhlgang breiig/wässrig in ≥ 25 % der Stuhlgänge und hart/klumpig in < 25 % der Stuhlgänge
- **Schmerz- (und/oder Bläh-)Typ (RDS-U):** ohne ausreichende Stuhlgangsveränderungen für einen anderen Subtyp
- **Mischtyp (RDS-M):** wechselndes Stuhlverhalten innerhalb von Stunden/Tagen mit Stuhlgang breiig/wässrig in ≥ 25 % der Stuhlgänge und hart/klumpig in ≥ 25 % der Stuhlgänge
- **alternierender Typ (RDS-A):** wechselndes Stuhlverhalten innerhalb von Stunden/Tagen

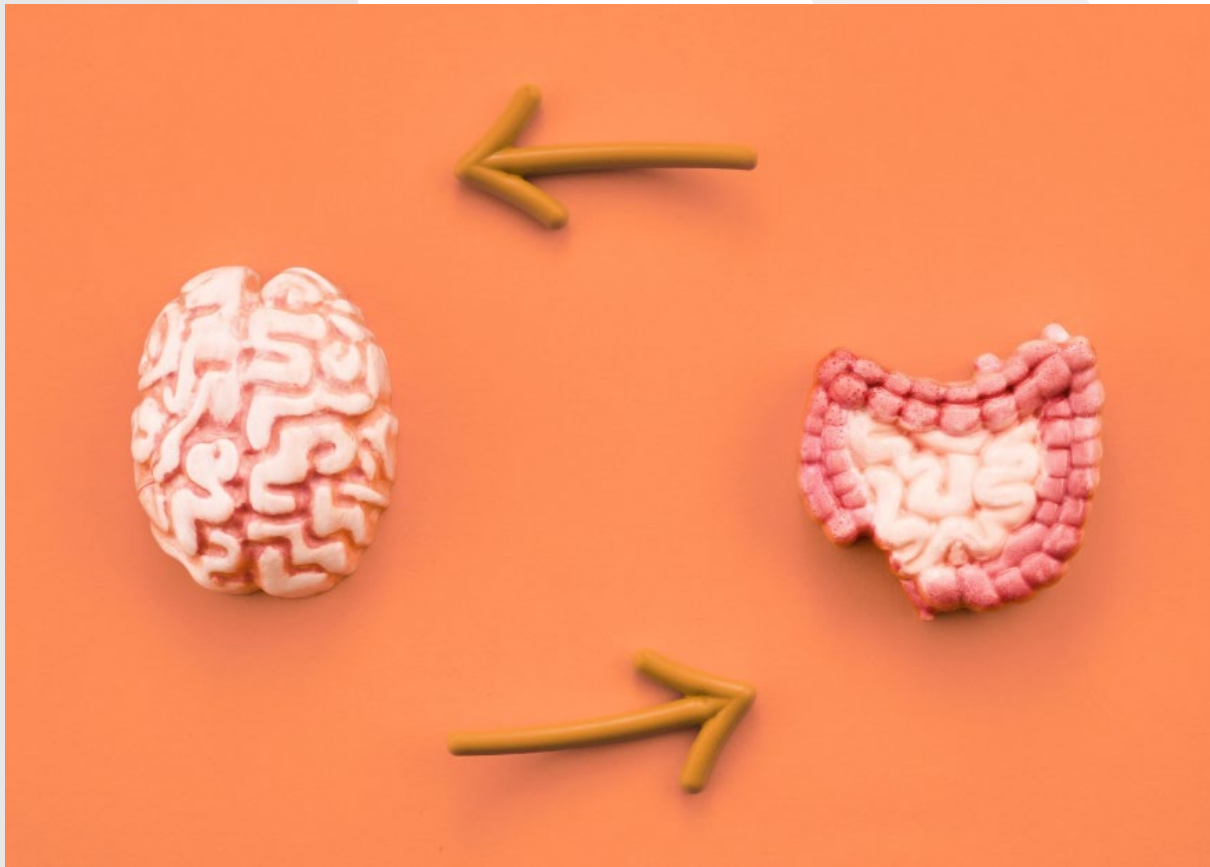


CAVE: Die Zuordnung zu einem der Subtypen ist für das diagnostische und therapeutische Management essenziell



REIZDARMSYNDROM

Ätiologie und Pathogenese



Die Pathogenese ist multifaktoriell. Bei dem RDS handelt es sich um eine Störung der Darm-Hirn-Interaktion. Ursächlich sind:

- Motilitätsstörungen,
- verändertes Mikrobiom,
- gestörter Gallensäuremetabolismus,
- veränderte Schleimhautfunktionen mit gestörter intestinaler Barriere und Sekretion,
- veränderte enterale Immunantworten und
- viszerale Hypersensitivität.

REIZDARMSYNDROM

Ätiologie und Pathogenese



Zu Faktoren, welche in die Genese und Aufrechterhaltung der Beschwerden führen gehören:

- enterale Infekte,
- vorangegangene Antibiotikatherapien und
- akute und chronische psychische Faktoren:

Stress

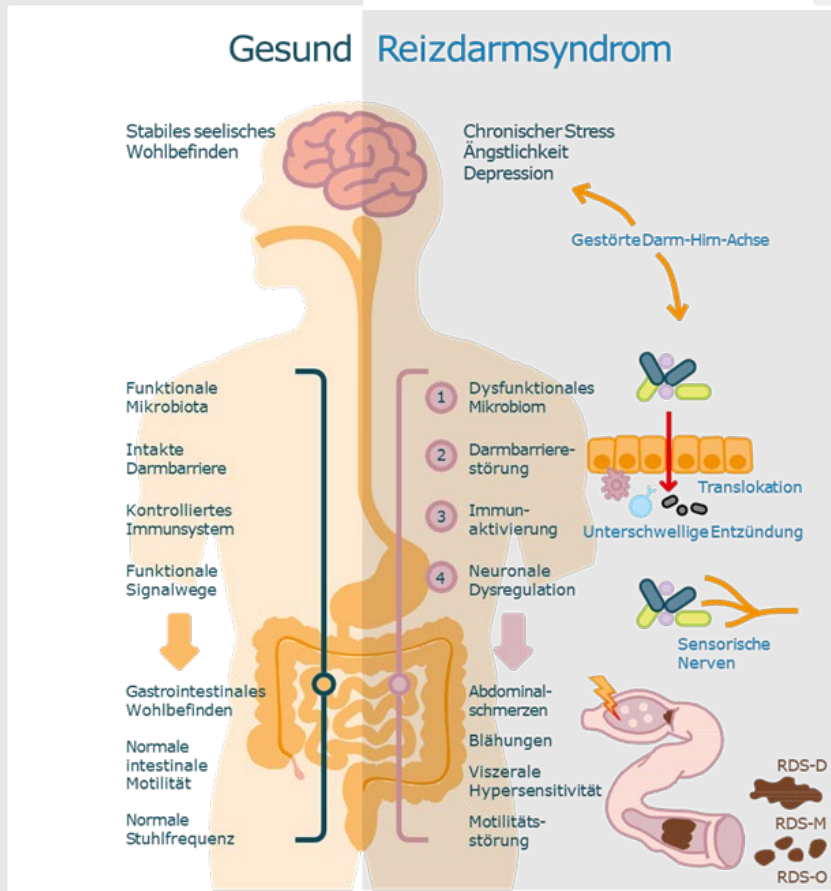
Angststörungen

Depressive Störungen

Traumafolgestörungen

REIZDARM

Ätiologie und Pathogenese

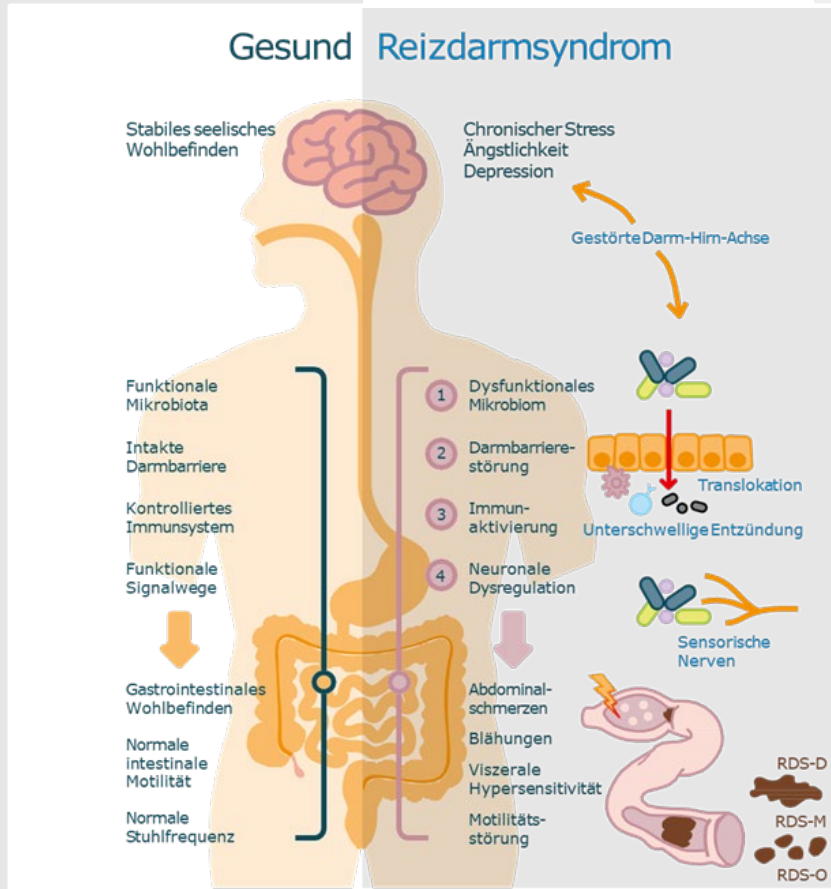


Dysfunktion des Darmmikrobioms

- Verringerte mikrobielle Biotransformation von primären Gallensäuren in sekundäre Gallensäuren bei RDS-D-Patienten führt zu Malabsorption primärer Gallensäuren, was zu Sekretionsveränderungen führt.
- Änderungen in der mikrobiellen Synthese von kurzkettigen Fettsäuren (z.B.: Buttersäure) beeinflussen die immunologische und epitheliale Aktivität.

REIZDARM

Ätiologie und Pathogenese

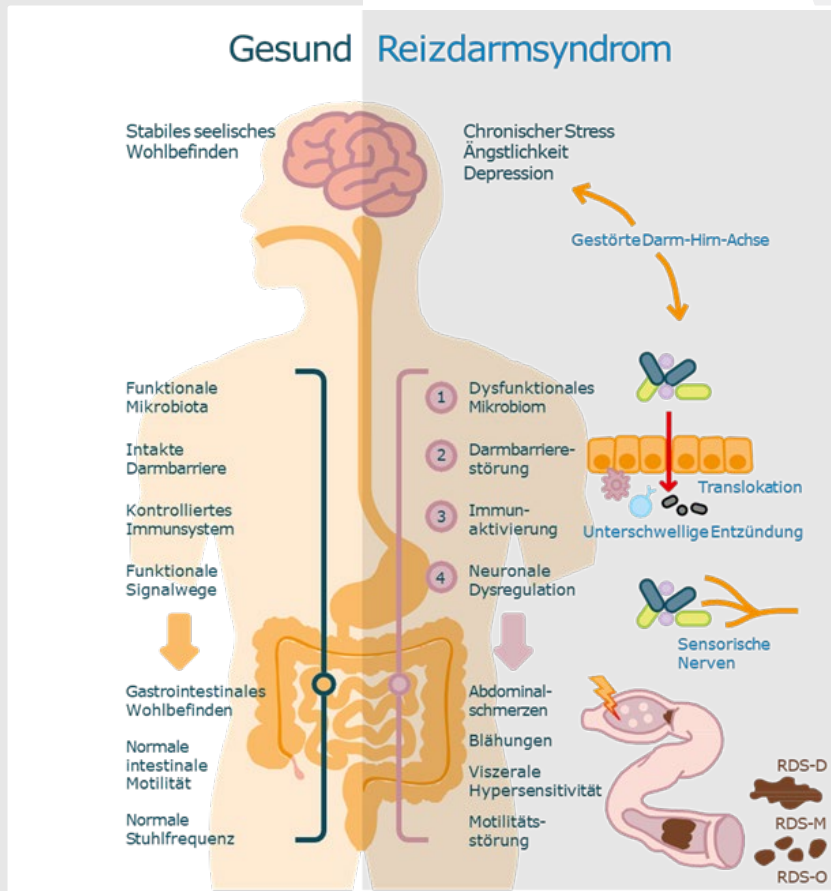


Bei RDS liegt eine **Barrierefunktionsstörung** vor, welche über die **erhöhte intestinale Permeabilität** zu

- **unterschwelliger Immunaktivierung,**
- **viszeraler Hypersensitivität**
- **Veränderungen der Darmfunktion und**
- **Bauchschmerzen** führt.

REIZDARM

Ätiologie und Pathogenese

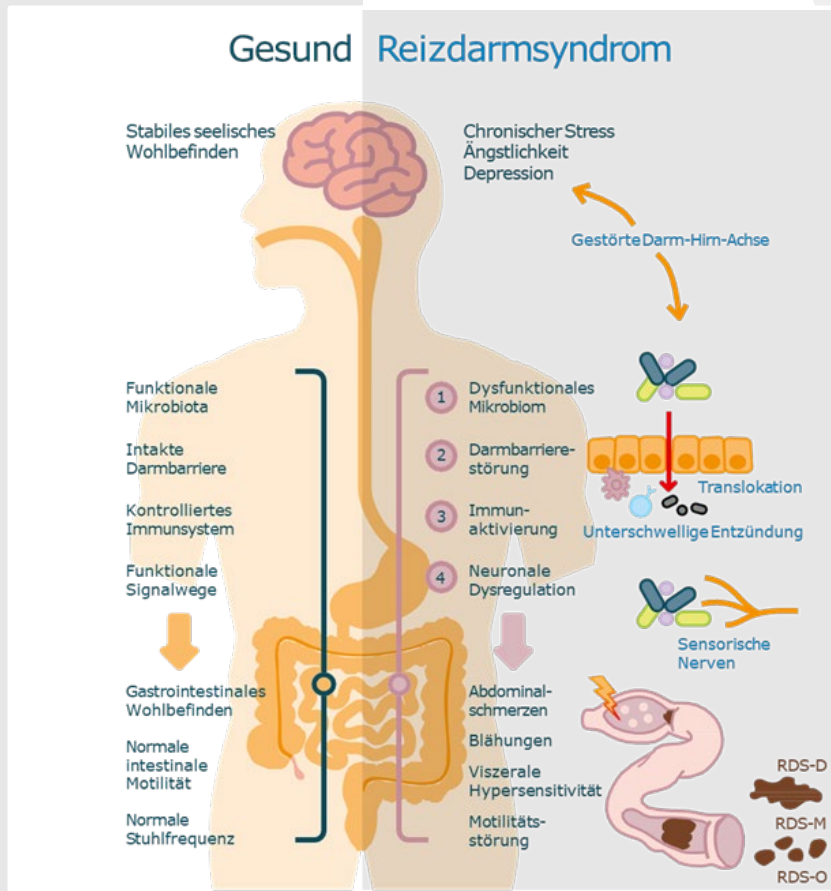


Mukosale Immunaktivierung

- Einige der kommensalen Bakterien können direkten Kontakt mit Zellen des darmassoziierten Immunsystems aufnehmen und so die Immunabwehr beeinflussen.
- Bei Reizdarmpatienten wird eine erhöhte Ausschüttung proinflammatorischer Zytokine nachgewiesen, die sich in einer histopathologisch nachweisbaren Entzündung äußert.

REIZDARM

Ätiologie und Pathogenese



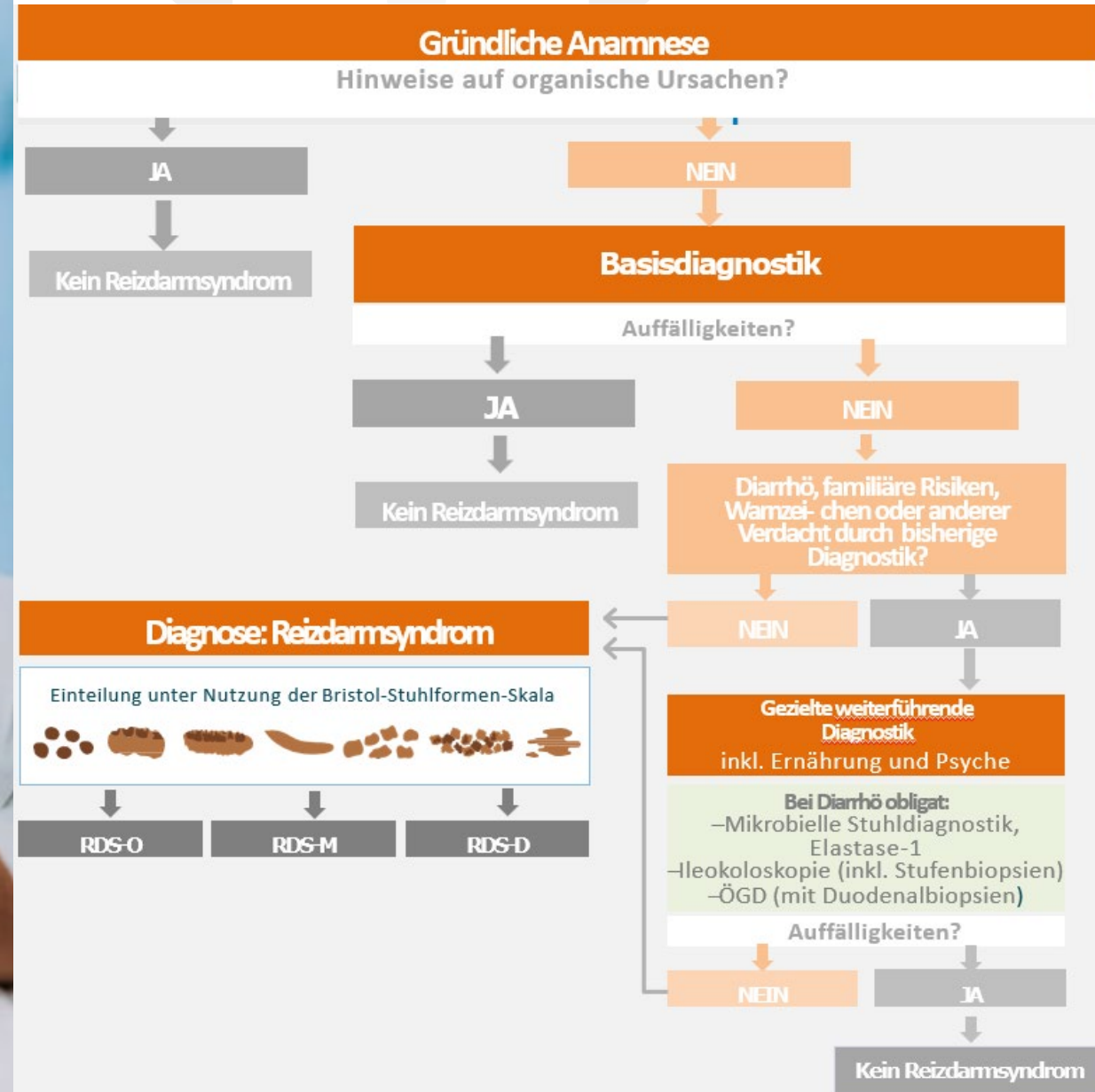
Dysregulation des enterischen Nervensystems

- Bei RDS ist die Reizschwelle deutlich herabgesetzt, sodass normale Reize als schmerzhaft wahrgenommen werden (viszerale Hypersensitivität).
- Erhöhte Konzentration von Immunzellen, besonders von Mastzellen, in direkter Nähe zu Nervenendigungen trägt zu viszeralen Hypersensitivität bei.
- Darmbakterien beeinflussen die Spiegel von Gamma-Aminobuttersäure (GABA), Dopamin, Noradrenalin und insbesondere Serotonin, was zu viszeralen Hypersensitivität sowie zu heterogen veränderter Darmmotilität und Transitzeit beiträgt (RDS-O, RDS-D).



REIZDARMSYNDROM

Diagnostisches Vorgehen





REIZDARMSYNDROM

Differenzialdiagnosen

Diarrhö

- **Kolorektales Karzinom**
- **Chronisch entzündliche Darmerkrankungen**
- **Mikroskopische Kolitis**
- **Zöliakie (glutensensitive Enteropathie, Sprue)**
- Kohlenhydratmalabsorption
- Darminfektion
- Kohlenhydratmalabsorption
- Darminfektion
- Chologene Diarrhö
- Hyperthyreose
- Dünndarmfehlbesiedlung
- Nahrungsmittelallergie
- Nicht-Zöliakie-Weizensensitivität

Obstipation

- **Kolorektales Karzinom**
- Divertikelkrankheit
- Nebenwirkung von Medikamenten
- Spezifische Motilitätsstörungen

Differenzialdiagnosen

Abdominalschmerzen

- **Kolorektales Karzinom**
- **Ovarialkarzinom**
- **Chronisch entzündliche Darmerkrankungen**
- Endometriose
- Intestinale Ischämie
- Divertikelkrankheit
- Appendizitis
- Gynäkologische Erkrankungen
- Prostatitis

Meteorismus/Flatulenzen

- Kohlenhydratmalabsorption
- Dünndarmfehlbesiedlung

REIZDARMSYNDROM

Relevante anamnestische Angaben

Bei V.a. RDS stets abfragen:

- Leitsymptome und ihre Dauer, GBS-Fragebogen
- subjektive Einschätzung der Patienten zu Schwere und Auswirkung, Symptomtagebuch
- vorangegangene Ereignisse wie Darminfektionen, Operationen, Antibiotikabehandlungen, stark belastende Lebensereignisse
- psychische Komorbiditäten
- feststellbare Triggerfaktoren, wie bestimmte Nahrungsmittel, Medikamente
- psychische Belastung (z. B. im Beruf, Trennung)
- Warnzeichen:

Positive Familiengeschichte für entzündliche Darmerkrankungen oder Darmkrebs

Kurze (<3 Monate) Anamnese

Erstmanifestation im Alter >40 Jahre

An Intensität zunehmende Symptome

Sichtbares Blut im Stuhl

Ungewollter Gewichtsverlust (>10 %)

Fieber, andere Entzündungszeichen

Signifikantes Erbrechen



REIZDARMSYNDROM

Basisdiagnostik



Bei V.a. RDS:

- Körperliche und rektale Untersuchung; bei Frauen auch gynäkologische Vorstellung
- Basislabor
 - + Zöliakie-Antikörper (Gewebsstransglutaminase-IgA-Antikörper inkl. Gesamt-IgA)
 - + Lipase
 - + C-reaktives Protein (CRP)/Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)
 - + Urinstatus
 - + Stuhl: Calprotectin A/Lactoferrin
- Abdomensonografie

REIZDARMSYNDROM

Weiterführende individuelle Diagnostik

- Erweiterte Blutparameter
- Einmalige Ileokoloskopie
- Weitere bildgebende Verfahren (CT, MRT, Kapselendoskopie)
- Individuelle Funktionstests H2 Atemtest

Bei Diarrhoe obligat:

Stuhldiagnostik:

- Erregernachweis
- Pankreas-Elastase 1 Ileokoloskopie (inkl. Stufenbiopsien)
- Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) mit Duodenalbiopsien

Bei Verdacht auf einen Zusammenhang mit den Ernährungsgewohnheiten:

- Symptomtagebuch, mit ernährungsmedizinisch begleiteter probatorischer Eliminationsdiät und Reexposition
- Provokationstest
- H2 Atemtest

Bei Verdacht auf organische Genese:

- psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Behandlung

REIZDARMSYNDROM

Therapie: Basismaßnahmen

EMPATHIE UND VERSTÄNDNIS ZEIGEN:

- Die Beschwerden sind „echt“. Die vorliegenden Störungen sind jedoch nicht mit den Methoden der klinischen Routinediagnostik darstellbar.
- Die Lebenserwartung ist normal. Das Risiko für andere somatische Krankheiten ist nicht erhöht.

EDUKATION MIT VERMITTLUNG DES STÖRUNGSMODELLS:

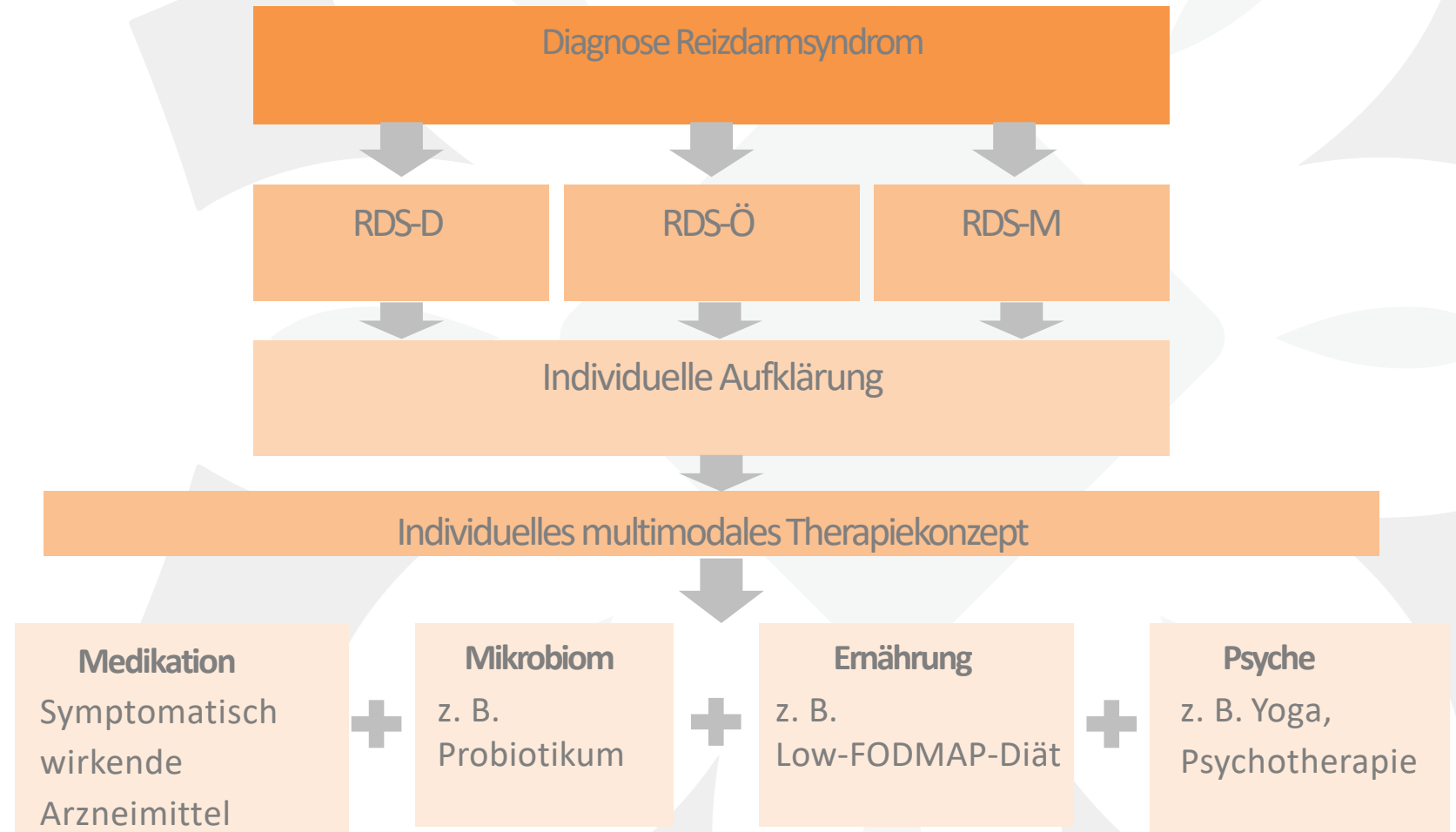
- Symptomvielfalt und -wandel des klinischen Bildes mit multifaktoriellen Ursachen
- Zusammenhang zwischen Stress/Emotionen und somatischer Symptomatik
- Rolle des Mikrobioms, Darm-Hirn-Achse und Ernährung

GEMEINSAME FESTLEGUNG VON REALISTISCHEN ZIELEN; BEHANDLUNGSKONZEPT:

- Es gibt keine Standardtherapie, vielmehr muss sie individuell zusammengestellt und ggf. angepasst werden.
- Die Betroffenen verfügen außerdem über eine Vielzahl an Möglichkeiten, um durch eigene Aktivitäten zur Besserung beizutragen.

REIZDARMSYNDROM

Multimodale Therapie



REIZDARMSYNDROM

Therapie



Allgemeine Verfahren im Rahmen einer multimodalen Therapie:

- ärztliche Führung und Aufklärung
- Ernährung (ggf. individuelle Empfehlungen, Elimination bei Unverträglichkeiten, vor allem bei Schmerzen, Blähungen und Diarrhö Low FODMAP-Diät)
- Probiotika (Wahl muss abhängig von den Symptomen erfolgen)
- Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie, bauchgerichtete Hypnose, Mischformen)
- Entspannungsverfahren

REIZDARMSYNDROM

Therapie



Symptomorientierte Verfahren bei Diarrhoe:

- lösliche Ballaststoffe (z. B. Flohsamenschalen 1 Beutel bis 6-mal tgl. mit ausreichend Flüssigkeit)
- Loperamid 2 mg bei Bedarf
- Colestyramin (1–3 mal 4 g)
- Rifaximin (Off-Label, 550 mg 3-mal tgl. für 10 bis 14 Tage)
- 5-HT3-Antagonisten (z. B. Ondansetron, initial 4 mg tgl., bei Bedarf steigern bis max. 3-mal 8 mg, Off-Label- Use, cave: ischämische Kolitis), für RDS zugelassen sind die Präparate Alosetron (in den USA) und Ramosetron (in Japan)

REIZDARMSYNDROM

Therapie



Symptomorientierte Verfahren bei Obstipation:

- lösliche Ballaststoffe (z. B. Flohsamenschalen 1 Beutel bis 6-mal tgl. mit ausreichend Flüssigkeit)
- Makrogole (1–4-mal tgl. 1 Beutel)
- Prucaloprid (1 oder 2 mg tgl. je nach Alter und Vorerkrankungen, nur bei chronischer Obstipation)
- Linaclotid (nur in Großpackung erhältlich, 1-mal tgl. 290 µg, bei Durchfall reduzieren)

REIZDARMSYNDROM

Therapie



Symptomorientierte Verfahren bei Blähungen:

- Probiotika
- Rifaximin (Off-Label, 550 mg 3-mal tgl. für 10 bis 14 Tage) bei zusätzlicher Obstipation
- Prucaloprid und Linaclofid (Prucaloprid (1 oder 2 mg tgl. je nach Alter und Vorerkrankungen, nur bei chronischer Obstipation oder Linaclofid 1-mal tgl. 290 µg, bei Durchfall reduzieren)

REIZDARMSYNDROM

Therapie



Symptomorientierte Verfahren bei Schmerzen:

- Spasmolytika (z. B. Butylscopolamin 1–2 Dragees 3–5-mal tgl.; Mebeverin retard 200 mg 2-mal tgl.)
- Pfefferminzöl (ebenfalls spasmolytisch wirksam, individuelle Herstellerempfehlung)
- Amitriptylin (Dosis einschleichen, initial 12,5–25 mg abends, max. 75 mg tgl.)
- SSRI bei psychischen Komorbiditäten bei zusätzlicher Obstipation Linaclohid (1-mal tgl. 290 µg, bei Durchfall reduzieren)

REIZDARMSYNDROM

Probiotika

Probiotika, die den aktuellen S3-Leitlinien nach bei der Behandlung des Reizdarmsyndroms sinnvoll sind

diarrhödominater Subtyp

Bifidobacterium longum NCC3001
Lactobacillus plantarum 299v
Lactobacillus brevis KB 290
Lactobacillus gasseri CP2305
Bacillus coagulans MTCC 5856
Bifidobacterium infantis 35624
Bifidobacterium bifidum MIMBb75
Lactobacillus acidophilus NCFM

obstipationsdominanter Subtyp

Bifidobacterium animalis DN173010
Lactobacillus gasseri CP2305
Lactobacillus reuteri (DSM 17938)
Bifidobacterium bifidum MIMBb75
Lactobacillus acidophilus NCFM
Lactobacillus plantarum 299v

gemischter Subtyp

Lactobacillus plantarum 299v
Bifidobacterium longum NCC3001
Bifidobacterium infantis 35624
Bifidobacterium bifidum MIMBb75
Lactobacillus acidophilus NCFM

Merke: Die Auswahl unterschiedlicher Probiotika sollte nach der vorherrschenden klinischen Symptomatik erfolgen.



REIZDARMSYNDROM

Ernährung



Eine allgemeine ernährungsbezogene Empfehlung zur Prävention des Reizdarmsyndroms kann nicht gegeben werden. **Es gilt:**

RDS-D

RDS-O

RDS-M

Individuell angepasste Vollkost

Lösliche
Ballast-
stoffe
Low-
FODMAP
-Diät

Lösliche
Ballast-
stoffe
Low-
FODMAP
-Diät

Lösliche
Ballast-
stoffe

REIZDARMSYNDROM

Therapie



Low-FODMAP-Diät :

- Leitlinien empfohlenes Ernährungsmedizinisches Behandlungskonzept für das Reizdarmsyndrom, mit drei Phasen: Elimination, Toleranzfindung, Langzeiternährung)
- FODMAPs (fermentierbare Oligo-, Di- und Monosaccharide und Polyole) sind kurzkettige Kohlenhydrate, die im Dünndarm schlecht aufgenommen werden und spätestens im Dickdarm osmotisch aktiv werden.
- Dort fermentieren sie rasch, was zu Bauchschmerzen, Blähungen und weichem, voluminösem Stuhl führen kann.

REIZDARMSYNDROM

Therapie



Psychotherapie und Stressmanagement als Teil eines multimodalen Konzeptes:

- Stressmanagementprogramme und Entspannungsverfahren (wie „mindfulness-based stress reduction, Yoga, progressive Muskelentspannung, etc.)
- Falls indiziert sollen psychotherapeutische Verfahren zum Einsatz kommen
- Diese können mit einer Psychopharmakotherapie kombiniert werden (insbesondere Amitriptylin; Serotoninwiederaufnahmehemmer)

REIZDARMSYNDROM

Fazit für die Praxis



- Das RDS ist eine organische Erkrankung mit Störung der Darm-Hirn-Achse.
- Die Diagnosestellung beruht auf der charakteristischen Anamnese, dem Fehlen von Alarmzeichen und dem gezielten Ausschluss relevanter Differenzialdiagnosen. Diagnostischer „Overkill“ und nicht indizierte Doppeldiagnostik sind zu vermeiden.
- Therapie sollte individuell auf Basis der Leitsymptome durchgeführt werden.
- Die multimodale Behandlungsstrategie sollte Maßnahmen aus den Bereichen symptomorientierte Medikation, Probiotika, Ernährungsmassnahmen und psychotherapeutische Verfahren enthalten.

FAZIT & FEEDBACK



STAY CONNECTED

Vincera-Newsletter abonnieren



**Neues aus den Kliniken,
Wissenstransfer, Termine
und aktuelle Themen rund
um die „Psychische
Gesundheit“:**

Wir freuen uns auf den
monatlichen digitalen
Austausch und darauf, mit
Ihnen in Kontakt zu sein!

Anmeldung:

www.vincera-kliniken.de/zuweiserinfos/newsletter



SAVE THE DATE B&B-Veranstaltungen



**Mittwoch, 08. Juli 2026,
18:00 Uhr**

**„Weniger Stress in und
durch Schematherapie –
Fälle aus der
therapeutischen Praxis“**

Sascha Fischer,
Leitender Psychologe,
Vincera Klinik Spreewald



Anmeldungen bitte per Mail:
anmelden@vincera-kliniken.de