

Schwerpunktthema: Lebensqualität

Editorial

Der ganzheitliche Ansatz, mit dem der Begriff Lebensqualität eng verknüpft wird, hat viele Anhänger gefunden. Damit lässt sich sehr viel Geld verdienen – nicht nur in der Touristik- und Wellness-Industrie. Auch in der Medizin hat sich ein Industriezweig entwickelt, in dem Ärzte aus verschiedenen Fachbereichen spezielle Angebote mittels Verfahren unterbreiten, die keinerlei Qualitätssicherung unterzogen werden.

Längst haben aber auch viele schulmedizinisch orientierte Wissenschaftler verstanden, dass bestimmte „Outcomes“ von Therapiestudien wie Überlebensrate oder Remissionsrate, nur ein Teil dessen sind, was die Patienten/Patientinnen unter gesund werden verstehen und dass die verbesserte Lebensqualität ein mindestens ebenso wichtiges Therapieziel ist.



„Frauen“, Igor Mitoraj

Die Lebensqualität hat aber auch Einfluss auf die Wahl der Therapie. Beispiel Brustkrebs: Frauen, die durch eine verbesserte Früherkennung eine gute Prognose haben, wird man mit Blick auf die Lebensqualität weniger belastenden Therapien zuführen, die eine schnellere Wiedereingliederung in den normalen Alltag ermöglichen.

In den letzten Jahren hat sich die Wissenschaft dem Thema Lebensqualität glücklicherweise mehr zugewandt und es wurden Instrumente zur Lebensqualitätsmessung immer mehr verfeinert und spezifischer auf bestimmte Lebens- und Krankheitssituationen ausgerichtet. Es ist heute kaum noch eine klinische Studie denkbar, in der die Lebensqualität nicht erfasst wird. Doch was ist unter Lebensqualität zu verstehen? Nicht jeder meint damit das selbe. Welche Kriterien werden verwendet, um Lebensqualität zu messen? Warum ist es so wichtig Lebensqualität zu messen? Welche Auswirkungen haben die Messungen auf den medizinischen Alltag, das Gespräch zwischen Arzt und Patient/Patientin? Wie kann der Arzt das Instrument Lebensqualitätsmessung in der Praxis, in der individuellen Situation, zum Wohle des Patienten und der Patientin nutzen? Die Etablierung der Lebensqualitätsmessung in der Praxis wird noch deutlicher auf gravierende Engpässe in der Gesundheitsversorgung aufmerksam machen.

In diesem WHC-Newsletter wollen wir die Frage nach der Lebensqualität in bestimmten Krankheitssituationen zur Diskussion stellen. Sie finden Beiträge zum

Thema Lebensqualität im Zusammenhang mit der lebensbedrohlichen Erkrankung „Brustkrebs“, aber auch im Zusammenhang mit anderen, nicht akut lebensbedrohlichen Gesundheitsproblemen, die allerdings Volkskrankheiten darstellen wie die Osteoporose, und einem der ganz großen Tabuthemen der Frauengesundheit – der Harninkontinenz.



Irmgard Naß-Griegoleit, Präsidentin der Women's Health Coalition e.V.

Inhalt

Seite 2: Aufruf an das BMGS
Irmgard Naß-Griegoleit

Seite 2/3: Der Kampf um Lebensqualität
Wilfried Lorenz und Michael Koller

Seite 4: Die Qualität des Lebens
Ute-Susann Albert und Ina Kopp

Seite 5: Osteoporose und Lebensqualität
Jutta Semler

Seite 6/7/8: Das Interview
Sven Hundertmark: Harninkontinenz

Seite 8: Studien
Harninkontinenz, Kaiserschnitt

Aufruf an das BMGS: Informationen zur HRT an die Frauen direkt!

Die Pressemitteilung des BMGS zur Hormonersatztherapie (HRT = hormone replacement therapy) ist zu begrüßen, ebenso die Befragungsdaten. Aber: Eine Pressemitteilung allein verbessert nicht die Informationssituation bei den Frauen, solange niedergelassene Frauenärzte/Frauenärztinnen „mauern“! Hier herrscht eine Front des Schweigens. Die Patientin ist mit ihrem Arzt/Ärztin allein in der Praxis und wird mit Informationen konfrontiert, die sie schlecht widerlegen kann. Was erwidert sie, wenn der Arzt/die Ärztin sagt, „die Ergebnis-

se der WHI oder der One-Million-Women-Studie sind auf Deutschland nicht übertragbar“? Oder: „Die WHI oder die One-Million-Women-Studie haben große Nachteile, am besten sei die Nurses Health Studie, in der das Brustkrebsrisiko nicht signifikant erhöht war“? Oder: „Es kommt auf die Dosierung an“ und „Brustkrebs ist ein Problem, aber Sie haben Vorteile, wenn es um Darmkrebs geht“? Frauen haben eine schlechte Chance in einem Gespräch mit ihrem Arzt/ ihrer Ärztin bestehen zu können. Wir müssen sie daher mit Informationen ausstat-

ten und zwar mit Hilfe des BMGS, der Kassen etc. Der Berufsverband der Frauenärzte hat zwar das Konsensuspapier von Professor Olaf Ortmann (DGGG) mit unterzeichnet, aber nach den neuesten Erkenntnissen der One-Million-Women-Studie keine öffentliche Stellungnahme verabschiedet. Der Berufsverband hat keine Info-Broschüre an die Frauen/Patientinnen verschickt, auch nicht im Internet. Hier besteht ein Handlungsbedarf. An das BMGS ergeht daher der Aufruf: Informationen an die Frauen direkt! *Irmgard Naß-Griegolet*

Der Kampf um Lebensqualität: Eine Herausforderung für die Frauengesundheit

Wilfried Lorenz und Michael Koller

Lebensqualität führen alle im Munde:

- die Politiker seit J. F. Kennedy mit ihren Wahlversprechen (mehr Wohlstand, mehr Qualität beim Verbraucherschutz und in der Gesundheitsversorgung),
- die Medien mit ihren Klischees von Sehnsüchten (schönen Urlaubsbildern) und Ansprüchen (einer heilen Welt),
- das Heer der Gesundheitsanbieter mit zahllosen neuen Berufen und viel versprechenden Heilmitteln (die faszinierende Wellness),
- der Fremdenverkehr und jede Menge Feiertagsideologen (sich Wohlfühlen und Zufriedenheit).

Alle meinen ihren eigenen Gewinn und verführen mit dem Slogan die Kunden: Jeder hat doch seine eigene, individuelle, nicht messbare Lebensqualität! Man muss doch die Ganzheit des Menschen sehen! In einem solchen Sirup von pausenloser Reklame und Verführung ertrinkt das kritische, erfahrungsgestützte, naturwissenschaftliche Konzept von Lebensqualität bei Gesunden und Kranken.

Die Frauen beim Jahreskongress der

Selbsthilfeorganisation „Frauenselbsthilfe nach Krebs“ in Magdeburg 2003 bewiesen ein feines Gespür: „Was sollen wir mit den Wolkengebilden von Lebensqualität? Wir kämpfen immer wieder mit unserer gegenwärtigen Situation und mit unserer Zukunftsangst! Wir füllen keine Fragebögen aus, das bringt uns nichts, wenn es uns wirklich schlecht geht“! Mit diesen Aussagen ist der Kernpunkt getroffen. Es geht darum, Lebensqualität zu definieren, prüfbar zu machen durch handfeste, validierte Parameter und schlechte Lebensqualität zu verbessern, zusätzlich zu allen notwendigen und sinnvollen medizinischen Interventionen.

Der vielfach leichtfertige Slogan „Lebensqualität“ betrifft nicht nur die Frauen! Es ist nicht nur der Brustkrebs, der interessiert, sondern alle Arten von chronischen Krankheiten. Frauen sind aber offensichtlich die besseren Kämpfer und oft die Speerspitze für kritisches Denken und gesunden Menschenverstand. Deshalb richtet sich dieser Artikel an sie spezifisch als Vorreiter für notwendige Veränderungen.

Lebensqualität als Gesundheits- und Krankheitskonzept

Es ist wie beim Steinewerfen vom schiefen Turm von Pisa: Hätte Galilei nicht einfache Experimente mit der Fallgeschwindigkeit durchgeführt, er wäre nicht zu erfahrungsgestützten Erkenntnissen gekommen. Erst darauf aufbauend konnten Newton und Einstein komplexere Theorien der Schwerkraft entwickeln. Ähnlich verhält es sich mit der Lebensqualität. Sie ist eine geordnete, nicht willkürliche Sammlung von Eigenschaften. Diagnostiziert – d.h. gemessen – und therapiert wird sie unter der Vorstellung eines speziellen Krankheits- oder Gesundheitsmodells. Dieses Krankheits- oder Gesundheitsmodell stellt nicht die Abweichung der biologischen Maschine von der Norm (biochemische oder physikalische Werte), sondern **subjektives Leiden** des Patienten in den Mittelpunkt und man kann heute diese subjektiven Eigenschaften genauso exakt messen wie mit einem Labortest. Die Grundlagenwissenschaft hierfür ist die Sozialpsychologie.



Prof. Wilfried Lorenz

Die Gesundheits- und krankheitsbezogene Lebensqualität schränkt das oben geschilderte Wirr-Warr ein und schafft eine spezifische Situation (z.B. eine spezifische Krankheit wie Brustkrebs oder Asthma), in der die Eigenschaften von Lebensqualität prüfbar, wiederholbar und kritisierbar (widerlegbar) werden. Jeder der im folgenden angegebenen Merkmale von Lebensqualität wurde in klinischen Studien an Gesunden und Kranken getestet^{1,2}. Alles was nicht getestet wurde, sondern nur spekuliert, wurde weggelassen. Danach umfasst die gesundheits- und krankheitsbezogene Lebensqualität Eigenschaften aus Selbstwahrnehmung und Selbstbewertung der Patientin (z.B. Schmerz) in drei Domänen: körperlich-physisch, psychisch und sozial und schließt gesundheits- und therapiebezogene Erwartungen und Bewältigung der Krankheit mit ein. Sie wird durch psychosoziale Grundeigenschaften der Patientin mitbestimmt, vor allem durch den „negativen Affekt“ als einem Sammelkonzept, sich selbst, andere Menschen und die Welt als Ganzes in einem schlechten Licht zu sehen.

Die Lebensqualität wird nicht für sich isoliert gesehen, sondern gemeinsam mit den klassischen Gesundheitszielen wie Überleben, Vermeidung von Komplikationen, Rezidivfreiheit und guten Laborwerten.

Mit diesen Eigenschaften wurde Lebensqualität am einzelnen Patienten messbar, wiederholbar und über die Darstellung der Werte für die einzelnen Eigenschaften als Lebensqualitätsprofil individuell diagnostizier- und behandelbar.

Praktischer Umgang mit Lebensqualität

Wenn Lebensqualität die Frauen in der Früherkennung (Stichwort: Mammographie) und in der Behandlung von Brustkrebs als ein entscheidendes Heilungsziel überzeugen soll, dann muss sie über mehr erfassbar werden als über Fragebögen und statistische Werte. Das individuelle Lebensqualitätsprofil³ (siehe Abb. S. 4), das aus dem von der Patientin selbst ausgefüllten Fragebogen errechnet und gezeich-

net wird, zeigt schlagartig die spezifischen Defizite, z.B. das Ausmaß an Schmerz, an geringer Belastbarkeit im Alltag, an Zerstörung der sozialen Welt in Familie und Beruf. Ohne dass darauf spezifisch im Rahmen der Primärtherapie und Nachsorge eingegangen wird, erhält Lebensqualität keinen Heilungswert. Bei Patientinnen mit Brustkrebs sind es vor allem fünf Maßnahmen, auf die gezielt aufgrund des Befundes im Lebensqualitätsprofil eingegangen werden muss: Schmerztherapie, Physiotherapie (Schulter-Arm), Sozialtherapie, Verhaltenstherapie, Hinführung zu aufbauender Ernährung und körperlicher Fitness (Stichwort: Sport).

Das Konzept individueller Lebensqualitätsdiagnostik und -therapie wurde im Rahmen eines Projektes des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung in Marburg zusammen mit K.D. Schulz entwickelt. Es wird jetzt in Regensburg erstmals flächendeckend implementiert. Träger ist das Tumorzentrum Regensburg. Finanziert wird das Projekt durch das Bayerische Ministerium für Gesundheit im Rahmen des Programmes „Bayern-Aktiv“. Das Projekt hat im März diesen Jahres begonnen und hat bereits jetzt, nach einem halben Jahr eindrucksvoll gezeigt: noch so viele schöne Artikel, noch so viele Medienauftritte (sog. Disseminierung) helfen **nichts**, um Lebensqualitätsdiagnostik und -therapie wirklich zu implementieren, d.h. im Alltag wirksam werden zu lassen. Kern der Implementierung ist die Einführung des Lebensqualitätsprofils und die notwendigen Interventionen in die tägliche Praxis. Aber wo sind dann die Plätze für die Schmerztherapie? Wie lange dauert es, einen Platz zu finden für Verhaltenstherapie? Wie oft dachten wohl die Ärzte, bei ihrer Patientin wäre alles in Ordnung?

In keinem der vielen Fernsehbeiträge und -kommentare, die wir sorgfältig verfolgt haben, wurde in der Früherkennungs- und Behandlungsdebatte das Lebensqualitätsthema überhaupt nur einmal angesprochen. Beispielhaft war die Sendung „Diagnose Brustkrebs“ im WDR am 11. September 2003. Da wurde Tumorbiologie und mathematische

Epidemiologie bis auf's Feinste bemüht, aber auf den Einbruch von Lebensqualität wurde mit keinem Wort eingegangen. Die beispielhafte Patientin im Film strahlt am Ende – vor dem schönen Segelboot – großen Optimismus aus, aber die Realität im Rahmen der oben genannten BMGS-Studie war anders: 60% von nahezu 400 nachverfolgten Frauen litten an ihrer momentanen Situation und jahrelang an Zukunftsangst. Dies nahm über fünf Jahre nicht wesentlich ab.



PD Dr. Michael Koller

Schlussfolgerung

Lebensqualität als neues Konzept für Heilen und Lindern muss herauswachsen aus dem unwissenschaftlichen spekulativen Sumpf⁵. Die wissenschaftlichen und medizinischen Voraussetzungen hierfür sind da, Patientinnen müssen es fordern und Ärztinnen/Ärzte müssen es lernen. Weltweit sind die Frauen beim Thema Brustkrebs hier am weitesten fortgeschritten. Ihnen sei Dank – wie in so vielen anderen essentiellen Dingen.

Literatur

- (1) Koller M, Heitmann K, Kussmann J, Lorenz W. Symptom reporting in cancer patients II: Relations to social desirability, negative affect, and self-reported health behaviours. *Cancer* 1999; 86:1609-1620
- (2) Koller M, Lorenz W. Quality of life: a deconstruction for clinicians. *J R Soc Med* 2002; 95:481-488
- (3) Albert U-S, Kopp I. Die Qualität des Lebens? WHC Newsletter 2003
- (4) Schulz K-D, Albert U-S. Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland. Zuckschwerdt Verlag 2003, München, 1-225
- (5) Lorenz W, Koller M, Kopp I, Schulz K-D, Albert U-S. Lebensqualität trotz Krebs: Klischee und Mitgefühl sind zu wenig. *Leben?Leben!* 2002; 10-14

Professor Wilfried Lorenz und
PD Dr. Michael Koller
Institut für Theoretische Chirurgie der
Philipps-Universität Marburg und Leit-
linienkommission der Arbeitsgemein-
schaft Wissenschaftlich Medizinischer
Fachgesellschaften (AWMF)
koller@mail.uni-marburg.de
lorenz@mail.uni-marburg.de

Die Qualität des Lebens?

Ute-Susann Albert und Ina Kopp

Patienten und Ärzte – Meinungen und Wissen?

Patienten meinen zu wissen, dass Ärzte ihre Leiden verstehen und behandeln. Ärzte meinen zu wissen was Patienten wollen und denken. Haben Ärzte und Patienten die gleichen Ziele und Therapieerwartungen? Intuition und Spekulation allein sind nicht geeignet diese Fragen zu beantworten. Sie bedürfen der wissenschaftlichen Untersuchung. Dass zwischen der Arzt- und der Patienteneinschätzung erhebliche Differenzen liegen zeigt eine Studie an Krebspatienten vor Beginn der Strahlentherapie. 58% der Patienten erwarteten von der Behandlung Heilung, während nur 7% der Ärzte diese Einschätzung teilten. Patienten hatten eine Fülle von weiteren Therapieerwartungen, während Ärzte ihre Erwartungen auf Schmerzlinderung und Tumorreduktion setzten.

Die Früherkennung von Brustkrebs eröffnet betroffenen Frauen hohe Heilungschancen. Von einer Heilung können Frauen ausgehen, wenn bei ihnen eine Krebsvorstufe, also ein nicht-invasives (in-situ) Karzinom diagnostiziert und behandelt wird. Doch Frauen mit guten Heilungschancen sind genauso von Zukunftsängsten geplagt wie Frauen mit weniger guter Prognose. Dies zeigte sich in einer vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales geförderten Studie zur Lebensqualität von Frauen mit Brustkrebs, durchgeführt im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Erst 2 Jahre nach Diagnosenstellung veränderte sich das Bild und Frauen mit Brustkrebsvorstufen gaben dann Problembereiche an, die der Vergleichsgruppe gesunder Frauen entsprach. Mit der Lebensqualität des Patienten ist also nicht nur die Heilung als Therapieerfolg verknüpft, sondern auch vielfältige andere Erwartungen. Es verwundert daher nicht, dass Arztschätzung und Patienteneinschätzung sich per se gegenüberstehen.



Dr. Ute-Susann Albert

Lebensqualität ist mehr als nur die Frage: Wie geht's?

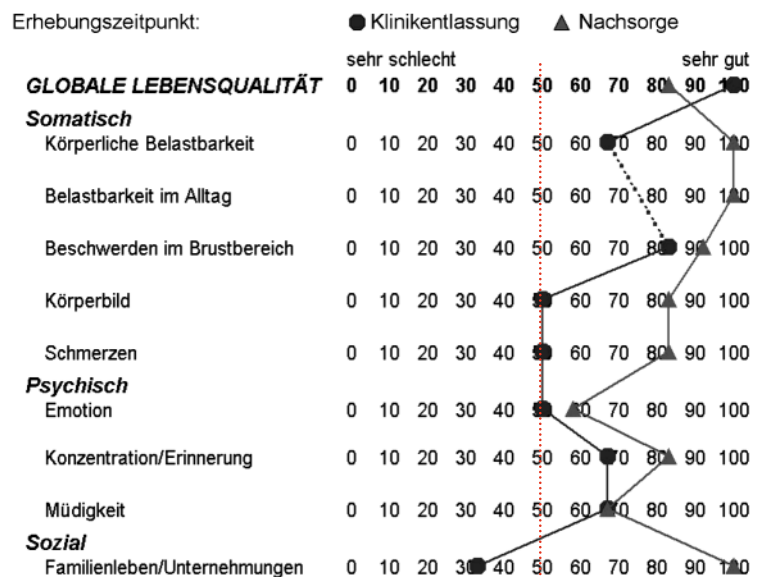
Wenn wir heute in der Medizin von Lebensqualität sprechen, so ist damit die individuelle, auf die Krankheit bezogene Lebensqualität gemeint. Sie umfasst die Bereiche des seelischen, ebenso wie die des körperlichen und sozialen Wohlergehens. Die Sozialpsychologie hat in den letzten Jahren hierzu Messinstrumente entwickelt, die wissenschaftlich korrekt wie Labormessgeräte sind. Sie messen mit einer Abweichung von 5% die individuelle, krankheitsbezogene Lebensqualität

im psychischen, physischen und sozialen Bereich. Lebensqualität kann somit systematisch analysiert werden, indem Patienten einen standardisierten Fragebogen wie z.B. der EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) beantworten. Doch ein komplexer Fragebogen, der mehr als 30 Antworten liefert, ist für die Praxis des Arzt-Patienten-Gesprächs in dieser Form ungeeignet. Eine Lösung des Problems konnte durch die Entwicklung des Lebensqualitätsprofils erzielt werden (Abb. unten). Auf einem Blick sind 10 Bereiche der Lebensqualität, unterteilt in die übergeordnete

Patientin: N.N. 1932
Name, Vorname Geburtsjahr

Operation: 1997 Ablatio is 0 0
Jahr Operation pT pN pM

Therapie: keine keine
primäre Chemotherapie adjuvante Therapie



Gesprächsnotizen:

- psychogene Konsolidierung
- Unterstützung durch Ehemann und Familie

Nach: Albert US, Koller M, Lorenz W, Kopp I, Heitmann C, Stinner B, Rothmund M, Schulz KD. Quality of Life: from measurement to clinical application. The Breast 2002;11:324-334

Abb. 1: Lebensqualitätsprofil einer Patientin mit Brustkrebs

ten Kategorien somatisch (körperlich), psychisch, sozial und globale Lebensqualität (zusammenfassende Bewertung der Patientin) erfassbar. Die Bewertung ist von 0, dem jeweils negativen Pol, bis 100, als jeweils positiven Pol dargestellt. Die gestrichelte Linie zeigt den Wert 50, als „cut-off“ Level an. Werte kleiner als 50 können als kritisch angesehen werden, d.h. sie liegen im interventionsbedürftigem Bereich. Hier bedarf es des Arzt-Patientinnen Gesprächs, um eine Klärung und eine mögliche Verbesserung durch gezielte, problemorientierte Therapiemaßnahmen zu erreichen.

Die Brücke schlagen zum „Outcome“

Lebensqualität ist somit mehr als nur eine Frage. Es ist ein Konzept, das subjektive Erfahrung in der Praxis verlangt. Es eröffnet die Chance eine Brücke zu schlagen zwischen

der Perspektive des Arztes und der Perspektive des Patienten, um gemeinsam eine kritische Bewertung des klinisch wirklich Relevanten zu ermitteln. Dieses von W. Lorenz entwickelte „kritische Modell des Outcome (Ergebnis)“ macht es möglich, von Arzt und Patient das Ziel des Heilens zu entwickeln.

Bei jeder Krankheit, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, ist die Bewertung der Lebensqualität unverzichtbares Element der Beurteilung des medizinischen Gesamtergebnisses (Outcome). Neue Versorgungskonzepte, wie die Entwicklung von Leitlinien, die Festlegung von Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren der Gesundheits- und Krankenversorgung, sowie Disease-Management Programme, DMP) sind ohne die Berücksichtigung der Lebensqualität als selbstberichtete und selbstbewertete Messgröße ziellos.

Literatur:

1. Wagner K, Koller M, Keil A, Trott D, Engenhardt-Cabillic R, Pfab R, Lorenz W. Der Chirurg 1998; 69: 252-258
2. Albert US, Koller M, Lorenz W, Kopp I, Heitmann C, Stinner B, Rothmund M, Schulz KD. The Breast 2002; 11: 324-334



Dr. Ina B. Kopp

*Dr. med. Ute-Susann Albert
Leiterin Brustzentrum-Regio,
Klinik für Gynäkologie, gynäkologische
Endokrinologie und Onkologie,
Philipps-Universität Marburg*

*Dr. med. Ina Kopp
Leitlinienkommission der Arbeitsge-
meinschaft Wissenschaftlich Medizi-
nischer Fachgesellschaften (AWMF),
Institut für Theoretische Chirurgie,
Philipps Universität Marburg*

Osteoporose und Lebensqualität

Jutta Semler

Osteoporose ist eine sich langsam und unbemerkt entwickelnde Krankheit. Das Charakteristikum ist die erhöhte Knochenbrüchigkeit – vor allem der Wirbelkörper und des Oberschenkelhalses. Ein Knochenbruch aus geringfügigem Anlass ist deshalb immer ein Alarmsignal für ein mögliche Osteoporose!

„Schleichende Wirbelkörperbrüche“ werden oft als solche nicht erkannt. Bei der Hälfte aller Personen mit zum Teil auch nur kleineren Frakturen vor allem von Wirbelkörpern treten Schmerzen auf, die über Wochen und Monate anhalten können. Mit steigender Anzahl von Frakturen nehmen die Schmerzen erheblich zu. Akute Einbrüche von Wirbelkörpern sind äußerst schmerzhaft und führen zu typischen, heftigen Rückenschmerzen und erheblichen Einschränkungen im Alltag.

Betrachten wir zwei typische Patientinnen:

Die jüngere Frau nach der Menopause ist noch weniger durch Behinderung im Alltag, Fehlstatik oder Schmerz belastet. Sie weiß aber um die Folgen der Osteoporose in Erinnerung an die Erkrankung ihrer Mutter oder Großmutter. Im Vordergrund stehen bei ihr die Angst vor der Zukunft, vor der chronischen Erkrankung im Alter. Oft bestehen noch Doppelbelastungen durch Wechseljahresbeschwerden, Partnerschaft, Familie und Beruf.

Die ältere Patientin nimmt Erkrankungen im Alter nicht selten geduldig hin. Sie hat im Laufe der Jahre gelernt sich zu beschränken. Durch das chronische Leiden Osteoporose sind aber zunehmend einfache Tätigkeiten nicht mehr oder nur langsam und unter Schmerzen möglich. Die Hausarbeit wird immer belastender – man getraut sich kaum noch Freunde, geschweige denn Fremde zu empfangen. Wirbelkörperbrüche können zu einer Rundrückenbildung führen und verursachen eine Abnahme der Körpergröße. So erscheinen Schränke und Fenster viel größer. Türschwellen und die schönen Teppiche werden zu Stolperfallen. Nach Oberschenkelhalsfrakturen ist bei 20% der Fälle mit nachfolgender Pflegebedürftigkeit zu rechnen.

Obwohl wir viel über die Folgen der Osteoporose wissen, werden im Alltag die körperlichen, psychologischen und sozialen Konsequenzen für die Patienten oft nicht wahrgenommen (Tabelle S. 6). Jeder Patient, jede Patientin leidet individuell unter der Osteoporose, in Abhängigkeit vom Alter, dem Schweregrad der Erkrankung, der Schnelligkeit des Progresses, der Schmerzempfindung und dem sozialen Umfeld. Besonders belastet und in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sind diese chronisch kranken Patienten



Dr. Jutta Semler

Tabelle: Die Folgen der Osteoporose im Alltag

1. Psychische Belastungen
 - Angst vor der Zukunft und vor Schmerz
 - Einsamkeit, Isolation
 - Abhängigkeitsgefühl
 - Depression, Verweigerung,
 - Selbstmordgefahr
2. Körperliche Belastungen:
 - Schmerz
 - Behinderung
 - Schwierigkeiten bei Körperpflege und Bekleidung
 - Mangelversorgung
 - Hausarbeit
 - Hobby, Freundschaft
 - Beruf
 - Sturzgefahr
3. Soziale Belastungen für Individuum und Gesellschaft:
 - Krankenhausaufenthalte
 - „Bezahlung“ dankbar entgegengenommener Hilfe
 - Finanzierung bisher selbst erbrachter Leistungen des Alltags
 - Finanzierung besonderer Garderobe (z.B.: bei Rundrücken)
 - Kurheilverfahren, selbst organisierter „Kurlaub“
 - Finanzierung „unseriöser Gesundheitsangebote“
 - Arbeitslosigkeit
 - Frühinvalidität
 - Pflegebedürftigkeit

durch die Ignoranz ihrer Ängste und Schmerzen, der Verweigerung von Therapien aus Budgetgründen sowie der gerade in letzter Zeit eingesetzten Diffamierung ihrer Leiden. Sie sind bedrückt, resigniert und verlieren an Kraft und Größe im Kampf gegen die Osteoporose. Dabei sollten sie den Ungläubigen entgegenen:

„Wer das Krankheitsbild nicht kennt, verliert an Größe“

Der Begriff Lebensqualität ist nicht einfach zu formulieren. In umfangreichen Studien wurden unterschiedliche Fragebögen zur Lebensqualität einander gegenübergestellt. Erwartungsgemäß ergab sich in allen Studien, dass der Lebensqualitäts-Score bei Patienten mit bereits erlittenen Frakturen – in Abhängigkeit von der Zeit nach der erlittenen Fraktur – niedriger war, als bei denen ohne Frakturen.

Literatur

1. Martin AR; Sornay-Rendu E; Chandler JM; Duboeuf F; Girman CJ; Delmas PD The impact of osteoporosis on quality-of-life: the OFELY cohort Bone; Vol: 31 (1): 32 - 36 (2002)
2. Torteson AN; Hammond CS. Quality-of-life assessment in osteoporosis: health-status and preference-based measures. Pharmacoeconomics; Vol: 20 (5) 289 - 303 (2002)

*Dr. med. Jutta Semler
Chefärztin der Abteilung für Stoffwechselkrankungen mit Schwerpunkt Osteologie;
Immanuel-Krankenhaus Rheumaklinik
Königstraße 63, 14109 Berlin
Vizepräsidentin WHC e.V.
Vorsitzende Kuratorium Knochengesundheit e.V.
E-Mail: j.semmler@immanuel.de*

Die Frage nach der Harninkontinenz sollte für den Arzt so selbstverständlich sein wie der Händedruck

Interview mit Priv. Doz. Dr. Sven Hundertmark
Leitung der Abt. für Gyn. und Geb. des Allgemeinen Krankenhauses Altona in Hamburg

Die „Women's Health Coalition“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, das Thema Harninkontinenz aus der Tabuzone herauszuholen und den betroffenen Frauen zu vermitteln, dass die Harninkontinenz kein unausweichliches Schicksal, sondern eine gut therapierbare Erkrankung ist. Der Urogynäkologe Priv. Doz. Dr. Hundertmark erläutert in folgendem Interview welche Formen der Harninkontinenz auftreten können, warum eine gute, frühzeitige Diagnose so eminent wichtig ist und wie sie im einzelnen therapiert werden kann.

Herr Dr. Hundertmark, was verbirgt sich hinter dem Begriff Harninkontinenz?

Man unterscheidet zwei große Gruppen, die Stressharninkontinenz oder Belastungsinkontinenz und die Dranginkontinenz. Der Begriff Stressharninkontinenz ist vielleicht etwas unglücklich gewählt, weil damit der Eindruck vermittelt wird, es würde sich um etwas Psychisches handeln. Das stimmt allerdings nicht. Stress ist das englische Wort für Belastung und in diesem Fall ist die körperliche Belastung gemeint.

Wie führt körperliche Belastung zum unwillkürlichen Harnverlust?

Durch Husten, Lachen, Heben oder

andere körperliche Belastung baut man einen Bauchdruck auf, der sich auf die Blase überträgt. Dadurch steigt der Druck in der Blase und wenn die Harnröhre nicht mehr gut abdichtet, geht Urin ab.

Wie unterscheidet sich die Belastungsinkontinenz von der Dranginkontinenz?

Bei der Dranginkontinenz liegt keine Ventilfunktionsstörung vor, sondern eine Blasenstörung. Sie kann auftreten, wenn die Harnblase gereizt ist, z.B. durch eine Entzündung oder durch Blasensteine. Der Harndrang, der bei einer Blasenentzündung besteht, liefert das typische Bild einer Drangsymptomatik.

Gibt es auch Mischformen?

Die gibt es. Manchmal ist die Dranginkontinenz sogar ein Resultat der Stressharninkontinenz bzw. beruht auf dem veränderten Trink- und Miktionsverhaltens der betroffenen Frauen. Sie reduzieren die Trinkmenge und gehen prophylaktisch auf die Toilette. Das führt dazu, dass sich die Blase in einem ständigen Entleerungszustand befindet. Nach ein paar Jahren schrumpft die Blase. Dann kommt eine Drangkomponente hinzu und man spricht von einer Stress-Dranginkontinenz.

Was sind die Ursachen einer Belastungsinkontinenz bei der Frau?

Bei vielen ist die Ursache der Stressharninkontinenz ein durch eine

Geburt verursachter Beckenbodenschaden, bei dem Bänder, Muskeln oder Nerven geschädigt werden. Aber auch Hormonmangel in den Wechseljahren und altersbedingter Bindegewebsabbau spielen eine wichtige Rolle. Das Zusammenkommen der verschiedenen Faktoren führt dann zur Beckenbodenschwäche, die sich in einer Stressharninkontinenz oder auch in einer Senkungsproblematik ausdrückt.

Demnach ist die Harninkontinenz ein typisches Frauenleiden?

Die Harninkontinenz ist ein klassisches Frauenleiden. Männer leiden seltener an Harninkontinenz weil die Harnröhre – also das Ventil – länger ist und die Prostata auch noch eine Dichtungsfunktion hat. Falls bei Männern eine Harninkontinenz auftritt, dann häufiger eine Dranginkontinenz.

Gibt es verlässliche Zahlen zur Häufigkeit der Harninkontinenz bei Frauen?

Nach einer aktuellen Marktstudie sind etwa 12 Millionen Frauen betroffen. Damit handelt es sich um die häufigste Erkrankungen der Frau überhaupt. Etwa 40 Prozent der über 80jährigen Frauen sind inkontinent und tatsächlich ist die Harninkontinenz der Haupteinweisungsgrund in ein Pflegeheim.

Welche Bedeutung hat die Harninkontinenz für die Lebensqualität?

Die Lebensqualität wird erheblich beeinträchtigt. Oft sind ja schon junge Frauen davon betroffen. Sie machen keinen Sport mehr, verändern ihr Trinkverhalten, haben Probleme mit ihren Kindern umzugehen. Sie bekommen auch erhebliche Probleme in ihrem Sexualleben, weil sie beim Geschlechtsverkehr Urin verlieren. Am Arbeitsplatz sind sie sehr unsicher, weil sie Angst haben zu riechen.

Welche Bedeutung hat die Diagnostik?

Eine gute Diagnostik ist extrem wichtig, da sich daran die Therapie der Harninkontinenz orientiert. Ärzte müssen soweit geschult werden, dass sie die Patienten nach der Harninkontinenz fragen. Die Frage: „Können Sie das Wasser halten?“

müsste eigentlich so selbstverständlich sein wie der Händedruck.

Welche Therapien der Belastungsinkontinenz gibt es?

Es gibt die konservative und die operative Behandlung. Konservative Behandlungsformen sind Beckenbodengymnastik und das Biofeedback mittels eines EMG-Geräts. Dann gibt es die Möglichkeit einer Pessartherapie. Pessaren sind Ringe, Würfel oder tamponähnliche Strukturen, die in die Scheide eingeführt werden und die Harnröhre festigen, indem sie die Beweglichkeit der Harnröhre einschränken. Die Pessare müssen regelmäßig gewechselt werden. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Therapie sind lokale Östrogene. In Kürze wird es mit Duloxetin auch das erste Medikament zur Behandlung der Stressinkontinenz geben.

Welche Grade kann man konservativ behandeln? Welche operativen Verfahren bieten sich an?

Ein frühes Stadium kann durch die Physiotherapie geheilt werden. Eine Pessartherapie funktioniert in jedem Stadium, vorausgesetzt die Patientin kommt damit zurecht.

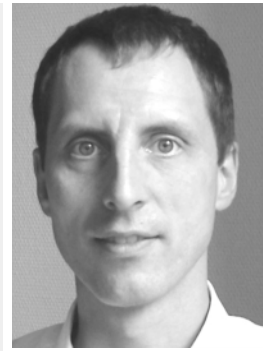
Die heutigen operativen Methoden der Stressharninkontinenz sind sehr effizient und nebenwirkungsarm. Das klassische operative Verfahren ist die Methode nach Burge. Neu ist das TVT-Verfahren, das ein großer Durchbruch gewesen ist. Die Effizienz liegt bei 80 bis 90 Prozent. Das heißt, dass die Patientinnen danach kontinent sind. Positiv zu vermerken ist, dass die Firma ganz konsequent auf die gute Schulung der Operateure gesetzt hat und das TVT-Original in Studien gut untersucht worden ist. Seit Ablauf des Patents sind jedoch 16 verschiedene Variationen des Verfahrens auf dem Markt aufgetaucht, mit denen ich teilweise schlechtere Erfahrungen gemacht habe – z.B. ist bei manchen Materialien die Infektionsquote höher. Ich ärgere mich darüber, weil ich ständig mit solchen vermeidbaren Komplikationen zu tun habe.

Welche Leitlinien gibt es zur Behandlung der Harninkontinenz?

Wer kümmert sich um die Ausbildung der Ärzte?

Leitlinien zur Behandlung der

Priv. Doz. Dr. Sven Hundertmark
Leitung der Abt. für Gyn. und Geb.
des Allgemeinen Krankenhauses
Altona in Hamburg
Hochschullehrer der Freien
Universität Berlin,
FB Humanmedizin



Mitglied der:

Task-forsk Urogynäkologie des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V.

Beirat der Gesellschaft für

Inkontinenzhilfe e.V.

Ausbildungskommission der AG Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V.

der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Harninkontinenz gibt es in der Gynäkologie. Die Ausbildungskommission der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V., eine Sektion der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V., kümmert sich um die Frage, wie bilden wir Ärzte aus. Vor kurzem wurde deutschlandweit eine Initiative gestartet, um Gynäkologen in der Anamnese, Diagnostik und Therapie der Beckenbodenerkrankungen auszubilden.

Welche Empfehlungen geben Sie Patientinnen mit der Erkrankung Harninkontinenz?

Sie sollen zu Gynäkologen oder Urologen gehen und diese aktiv auf ihr Leiden ansprechen. Stehen kompliziertere diagnostische Verfahren, Operationen oder andere Therapien an, so ist oft ein Spezialist gefordert. Hier sollte dann eine Überweisung oder eine Krankenhauseinweisung erfolgen. Die Antwort „da kann man sowieso nichts machen“ sollte nicht akzeptiert werden, da die Möglichkeiten zu helfen vielfältig sind und die Heilungsquote oft hervorragend ist.

Wo aber findet die Patientin qualifizierte Ärzte?

IMPRESSUM

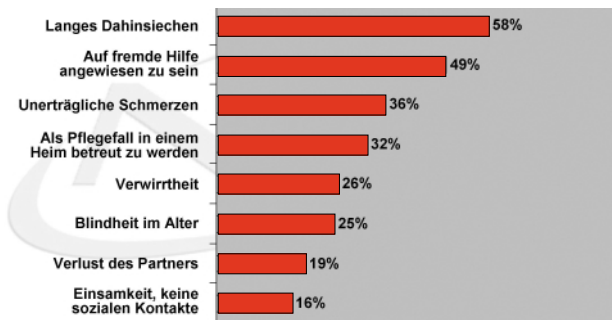
Herausgeberin: Women's Health Coalition e.V. (WHC),
Irmgard Naß-Griegoleit (Präsidentin)
Darmstädter Büro: WHC,
Heidelberger Landstr. 22,
64297 Darmstadt
Tel.: 06151/601411
Fax: 06151/953339

Verantw. für diese Ausgabe:
Irmgard Naß-Griegoleit
e-mail: whc_nassde@yahoo
Redaktion: Dr. Anita Schweiger
Fotos: Archiv/privat
Druck: pppp-Service, Marburg
ISSN: 1619-1285
Erscheinungsweise:
4 x jährlich

Es gibt Anlaufstellen, die man über das Internet findet:
Gesellschaft für Inkontinenzhilfe GIH e.V. (www.gih.de)
AG Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion
e.V. (www.agub.de)

Inkontinenz-hotline (www.inkontinenz-hotline.de)
Arztfindemaschine (www.meineblase.de)
Email-Sprechstunde PD Dr. Sven Hundertmark (sven.hundertmark@ak-altona.lbk-hh.de)

WHC-Studie: Die Angst vor langem Siechtum und Pflegebedürftigkeit ist bei Frauen am größten



Die WHC-Studie „Vorsorge- und Präventionsverhalten bei Frauen im Alter von 40 bis 75 Jahren unter besonderer Berücksichtigung der Brustgesundheit“, in der über 1000 Frauen befragt wurden hat gezeigt: Lebensumstände, die u.a. auch typische Folgen einer Osteoporose sind wie „Langes Dahinsiechen“, „Auf fremde Hilfe angewiesen zu sein“,

„Unerträgliche Schmerzen“, würden sie als besonders schlimm empfinden. Andererseits schienen sie sich nicht darüber bewusst zu sein, dass es sich dabei um die Folgen einer Osteoporose handeln kann. Denn auf die Frage welche Erkrankungen für sie besonders schlimm wären, gaben nur 12% eine Osteoporose an.

Harninkontinenz: Studie widerlegt Klischee vom „typischen Altersleiden“

Die Ergebnisse einer multinationalen Studie, in der 4558 Frauen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren aus neun Ländern befragt wurden, widerlegt die Vorstellung von der Belastungsinkontinenz als typisches Altersleiden. Sie zeigt, dass fast zwei von fünf Frauen (37%) im Alter von 35 bis 54 unter den Symptomen einer Belastungsinkontinenz leiden und damit fast so viele wie in der Altersgruppe der über 55-jährigen (39%). Außerdem berichtete beinahe jede vierte Frau aus der Altersgruppe der 18- bis 44-jährigen an diesen Symptomen zu leiden. Mit welchem großem Tabu diese

Erkrankung immer noch behaftet ist, zeigt sich darin, dass nahezu eine von fünf Frauen angab, bereits vor 29 Jahren (!) die ersten Symptome bemerkt zu haben. Fast zwei Drittel der befragten Frauen mit Belastungsinkontinenz hatten deswegen niemals einen Arzt aufgesucht.

Quelle: Symposium Florenz, Oktober 2003

Boom bei geplanten Kaiserschnitten

Im Jahr 2001 gab es in deutschen Krankenhäusern insgesamt 715 100 Entbindungen, bei denen 724 600 Kinder lebend zur Welt kamen. Wie das Statistische Bundesamt anhand der aktuell vorliegen-

den Ergebnisse mitteilt, erfolgten 161 500 dieser Entbindungen durch einen Kaiserschnitt. Dies entspricht einem Anteil von 22,6%. 1991 lag der Anteil der Entbindungen durch Kaiserschnitt an allen Geburten im Krankenhaus noch bei 15,3%. Was zunächst als lebensrettende Maßnahme für Mutter und Kind durchgeführt wurde, wird zunehmend auf Wunsch gemacht. Diese Entwicklung ist kritisch zu hinterfragen.

Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes

Schlingensalat

Als ein relativ neues operatives Verfahren bei Stressharninkontinenz stehen Schlingen zur Verfügung, die unter der mittleren Harnröhre platziert

werden. Die bekannteste Methode ist dasTVT-Verfahren (TVT = tension-free vaginal tape). Die Methode ist einfach, die Komplikationsrate in der Hand des erfahrenen Arztes gering. Unverständlich ist nach Meinung von Dr. Fiona Christine Burkhard aus Zürich, dass der Markt derzeit von Schlingen aus unterschiedlichen Materialien regelrecht überschwemmt wird. Dabei handelt es sich um Nachahmerprodukte, die häufig mit einer höheren Komplikationsrate behaftet sind, wie Dr. Hundertmark berichtete (Interview!).

65. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Hamburg, 25. September 2003