



Schwerpunktthema: Harninkontinenz - ein gesundheitspolitisches Stiefkind

Editorial

Die Harninkontinenz der Frau – kein „prickelndes“ Thema denken Sie? Ist dieses Thema überhaupt von gesundheitspolitischer Relevanz? In der Werbung wird uns diese Problematik vermittelt im Zusammenhang mit gutaussehenden Frauen über 50, die – obwohl sie Einlagen tragen müssen – voll am Leben teilnehmen. Spätestens wenn Sie diesen Newsletter gelesen haben, werden Sie Ihre Meinung ändern. Die Women's Health Coalition hat nämlich einen Blick hinter die Kulissen geworfen und ist auf viele offene Fragen, Missstände und einige wirklich „heiße Eisen“ gestoßen.

Zugegeben – die Harninkontinenz der Frau ist keine lebensbedrohliche Erkrankung, aber sie ist auch keine Bagatelle, und bedeutet auf jeden Fall eine Einschränkung der Lebensqualität. Mehrere Millionen Frauen in Deutschland leiden darunter. Zur Prävalenz gibt es unterschiedliche Angaben. Nach Definition der Internationalen Continence

Society (ICS) sind sogar 41% aller Frauen im Alter ab 18 Jahren davon betroffen.

Um mit einem wichtigen Missverständnis aufzuräumen, möchten wir in diesem Newsletter u.a. darauf hinweisen, dass es sich nicht nur um ein Altersleiden handelt. Fakt ist: Harninkontinenz ist eine häufige Erkrankung bei Frauen aller Altersgruppen und verursacht hohe Kosten im Gesundheitssystem. Nach einer Untersuchung von Hampel und Finnern wird in Deutschland allein für die Therapie der Belastungsinkontinenz jährlich eine Milliarde Euro ausgegeben. Dennoch ist das Thema Harninkontinenz in der „Öffentlichkeit“ nicht präsent, es sei denn in der Werbung, siehe oben.

Nicht nachvollziehbar ist für uns, dass das Thema Harninkontinenz im „Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“, herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001 – von anerkannten Expertinnen der Frauengesundheit erstellt, 700 Seiten stark – nur einen Nebensatz wert war.

Dabei bedürften viele Punkte der Klärung: Wer ist eigentlich zuständig für die Diagnose und Behandlung, der Hausarzt, die Gynäkologen, die Urologen? Operationen werden oft ohne ausreichende Diagnostik durchgeführt. Das geht zwar in vielen Fällen gut, aber leider nicht in allen. Eine Ursache dieses Missstandes sind fehlende interdisziplinäre Leitlinien und definierte Qualitätsstandards. Es gibt zwar Leitlinien, doch hat jede Facharztgruppe ihre eigenen, die zum Teil nicht aktualisiert und von niedrigem Evidenzgrad sind. Seit Einführung des TVT-

Bandes vor einigen Jahren zur operativen Behandlung der Belastungsinkontinenz der Frau wird dieses Verfahren zunehmend durchgeführt. Leider ohne jegliche Qualitätssicherung. Die Women's Health Coalition hält es deshalb für dringend notwendig, die Versorgungssituation in Deutschland näher zu untersuchen.

Darüberhinaus finden Sie in diesem Newsletter auf Seite 8 Informationen zu einem gesundheitspolitischen Skandal: Die „Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“.



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

Inhalt

- S. 2: Interview mit Dr. Erika Ober, MdB
- S. 3: Kritiklose Diagnostik und Therapie gefährden Gesundheit und Lebensqualität der Patientinnen
- S. 4: Der Beckenboden – die vernachlässigte Muskelgruppe
- S. 5: Zulassungspraktik von Implantaten in Deutschland ist ein gesundheitspolitischer Skandal
- S. 6: Interview mit Prof. Jünemann
- S. 8: 5-Punkte-Plan zur Verbesserung der Situation bei Belastungsinkontinenz
Die Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland



„Zurückgezogen“, Annegret Soltau

Das totgeschwiegene Frauenleiden?



Dr. med. Erika Ober, MdB, ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und hat im Fach Urologie promoviert.

Frau Dr. Ober, warum wird ein Frauenleiden, das Millionen von Frauen betrifft, totgeschwiegen?

Harninkontinenz ist für mich als Frauenärztin ein alltägliches Thema. Dass Harninkontinenz in der Öffentlichkeit nicht so präsent ist wie andere, frauenspezifische Gesundheitsthemen, liegt auch darin begründet, dass es ein sehr persönliches Thema ist. Deshalb halte ich es für sinnvoll, mit diesem Thema sensibel umzugehen. Daraus folgt für mich aber keinesfalls, das Thema totzuschweigen. Auch als Politikerin habe ich keine Scheu, über solche Themen offen zu sprechen.

Was empfehlen Sie bei Belastungs- oder Dranginkontinenz?

Als Ärztin und Politikerin empfehle ich allen, bei gesundheitlichen Problemen eine Ärztin oder einen Arzt aufzusuchen. Das Problem der Harninkontinenz kann man zunächst auch mit dem Hausarzt besprechen, um sich dann eventuell fachärztlich weiterbehandeln zu lassen. Standardisierte Aussagen oder Empfehlungen zu einer Drang- oder Belastungsincontinenz erspare ich den Lesern und mir, weil sie ohne Berücksichtigung des Individualfalles und ohne konkrete Diagnose keinen Sinn machen.

Wie könnten Sie in Ihrer Funktion als Mitglied des Ausschusses Gesundheit und Soziale Sicherung dazu beitragen, dass das Thema

Harninkontinenz auf die gesundheitspolitische Agenda kommt?

Themen kommen dann auf die politische Agenda, wenn klar ist, dass z.B. Versorgungsengpässe bestehen oder Qualitätsmängel messbar sind. Versorgungsprobleme sind derzeit bei Harninkontinenz meines Wissens nicht festzustellen. Wir finden in Deutschland flächendeckend eine gute Versorgung in diesem Bereich vor. Das offene Gespräch über Inkontinenz kann man nicht politisch verordnen. Dieses Interview ist doch ein gutes Beispiel, wie man das Thema in die Öffentlichkeit tragen kann.

Wir danken Ihnen herzlich für das Gespräch!

Aktuelle Prävalenzdaten zur Harninkontinenz

Abb. 1: Häufigkeit der verschiedenen Inkontinenzformen in Deutschland*

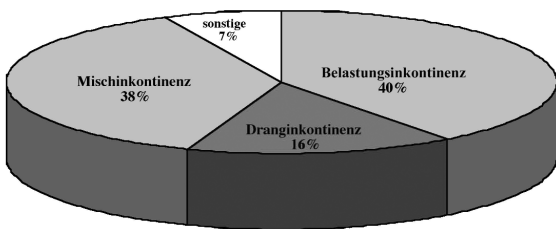
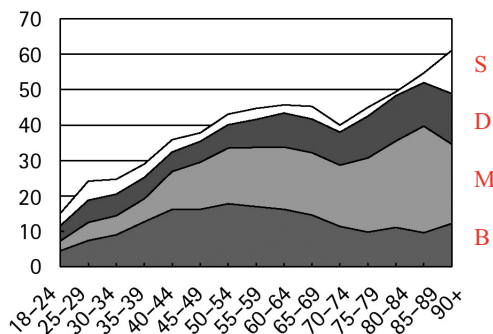


Abb. 2: Häufigkeit von Belastungs-, Drang- und Mischinkontinenz in verschiedenen Altersgruppen*



B = Belastungsincontinenz
M = Mischformen
D = Dranginkontinenz
S = Sonstige Formen

Nach einer aktuellen, epidemiologischen Studie von S. Hunskar und Mitarbeitern, die vor kurzem im renommierten Journal BJU International erschienen ist, sind in Deutschland 41% der Frauen von einer Harninkontinenz betroffen. Es wurden 29500 Fragebögen an Haushalte in Deutschland, Frankreich, Großbritannien und Spanien verschickt, von denen 17080 ausgewertet werden konnten. Grundlage für die Auswertung war die neue, weiter gefasste Definition der Harninkontinenz der ICS (International Continence Society): Jeder unfreiwillige Harnverlust. Die Belastungsincontinenz war definiert als: Unfreiwilliger Urinverlust, verursacht durch Niesen, Husten, Sport, körperliche Belastung. Die Definition der Dranginkontinenz lautete: Harn-drang, der so stark ist, dass man die nächste Toilette nicht mehr erreicht oder plötzlicher starker Harndrang ohne Vorwarnung. Als Mischinkontinenz war definiert: Mindestens ein Symptom der Belastungsincontinenz und ein Symptom der Dranginkontinenz sind vorhanden. Gefragt wurde nach unfreiwilligem Urinverlust in den letzten 30 Tagen.

Aus Abbildung 1 geht hervor, dass die Belastungsincontinenz mit 40% die häufigste Form der Harninkontinenz bei Frauen einnimmt, danach folgen mit 38% die Mischformen. Auf die reine Dranginkontinenz entfallen 16% der Fälle.

Betrachtet man die Verteilung der einzelnen Formen nach Altersgruppen, so zeigt sich folgendes Bild (Abb. 2): Bei jüngeren Frauen (18-54 Jahre) steht die Belastungsincontinenz eindeutig im Vordergrund. Ab 55 Jahren nehmen die Mischformen aus Belastungs- und Dranginkontinenz kontinuierlich zu. Die reine Dranginkontinenz, insgesamt seltener vertreten, nimmt mit dem Alter der Frauen an Bedeutung zu.

Das Absinken der Mischformen und der Dranginkontinenz im hohen Lebensalter kann möglicherweise auf die geringe statistische Basis in den Untersuchungen, aber auch auf eine geringere physische Aktivität zurückzuführen sein.

*Quelle: Hunskar S. et al.: The prevalence of urinary incontinence in women in four European Countries. BJU International 93, 324-330, 2004

Kritiklose Diagnostik und Therapie gefährden Gesundheit und Lebensqualität der Patientinnen

Zur Behandlung der Harninkontinenz der Frau gibt es konservative Behandlungsmethoden und operative Therapiekonzepte. Wesentliche Voraussetzung für den Behandlungserfolg ist, dass die verschiedenen Methoden und Verfahren nicht kritiklos und ohne ausreichende Diagnostik angewendet werden. Doch hier liegt einiges im Argen.

Leitlinien: Die Qual der Wahl

Grundsätzlich bieten Leitlinien eine gute Orientierung. Zur Diagnose und Therapie der Harninkontinenz gibt es derer gleich mehrere: Die Leitlinie der DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe), die Leitlinie der DGU (Deutsche Gesellschaft der Urologie), eine internationale Leitlinie und, praktisch identisch damit, eine europäische Leitlinie. Bei allen handelt es sich nur S1- oder S2-Leitlinien. Sie überlappen sich zwar inhaltlich, haben aber unterschiedliche Schwerpunkte und in den verschiedenen Fachdisziplinen gibt es fachspezifische Bevorzugungen.

Im Bereich der Diagnostik mangelt es eindeutig an Konsens, erklärte Dr. C. Hampel, Mainz. Obwohl die Leitlinien eine urodynamische Abklärung der inkontinenten Patientin vor einer geplanten Operation fordern, werden vielerorts mehr Inkontinenzoperationen ohne, als mit vorliegenden Urodynamikergebnissen durchgeführt. In vielen Fällen geht das gut, aber leider nicht in allen – und die Komplikationen, die aufgrund einer mangelhaften Diagnostik entstehen können, haben für die Patientin erhebliche Konsequenzen, wie Hampel, an zwei Beispielen erläuterte.

Verstärkter Harndrang ...

Erstes Beispiel: Besteht eine Mischinkontinenz, bei der neben der Belastungsinkontinenz eine Drangkomponente vorhanden ist, können durch den Einsatz eines Bandes die Drangbeschwerden

noch weiter verstärkt werden. Die Frauen müssen vor einer Operation auch darüber aufgeklärt werden, dass durch das Einlegen eines Bandes eine Drangsymptomatik neu entstehen kann. Das heißt, nach einer Operation ist die Patientin zwar „trocken“, aber um den Preis einer Verschlimmerung der Drangsymptomatik. Sie hat ständig einen Harndrang und ist auch jetzt immer noch auf der Suche nach der nächsten Toilette.

Besteht eine Mischinkontinenz, so muss deshalb die Drangkomponente zuerst behandelt werden. Mit zunehmendem Alter wird die Wahrscheinlichkeit einer Drangkomponente immer größer, obwohl die Belastungsinkontinenz noch federführend ist. Man muss deshalb bei älteren Frauen besonders vorsichtig sein. Hier braucht man eine urodynamische Untersuchung, sagte Hampel, denn je älter die Patientin, um so ungenauer wird die Diagnose, wenn man sie nur an der Anamnese fest macht.

...und Harnverhalt

Das zweite Risiko, das man durch eine genaue Diagnose ausschließen kann, ist der Harnverhalt. Wenn eine Patientin z.B. nach einer Gebärmutterentfernung eine Blasenlähmung hat, weil die Nerven, die die Blase versorgen, durchgeschnitten wurden, ist sie sehr gefährdet, dass durch das Einlegen eines TVT-Bandes eine Überkorrektur auftritt. Sie ist nach der Operation zwar trocken, kann aber die Blase durch die Bauchpresse nicht mehr entleeren. Diese Patientinnen müssen sich entweder selbst katheterisieren oder einen Bauchdeckenkatheter tragen. Eine Blasenlähmung kann man vorher nur durch eine urodynamische Untersuchung feststellen. Die Frau selbst bemerkt sie nicht.

Allen Patientinnen muss vermittelt werden, dass eine Operation immer das Mittel der letzten Wahl ist und vorher alle konservativen Therapieformen ausgereizt werden sollten.

Dieses Jahr wurde das erste Medikament zur Behandlung der Belastungsinkontinenz zugelassen. Dabei handelt es sich um Duloxetine, einen Wiederaufnahmehemmer der Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin, von denen angenommen wird, dass sie eine Schlüsselrolle beim normalen Verschießen des Urethrasphinkters spielen. Nach Ansicht von Hampel wird die Zulassung dieses Medikaments die Therapie der Belastungsinkontinenz wahrscheinlich revolutionieren – denn erstmals werden die Allgemeinmediziner in die Lage versetzt, eine Therapie bei Belastungsinkontinenz überhaupt durchzuführen zu können.

Orientierungshilfen für die Patientinnen

Nicht immer sind Patientinnen dort gut aufgehoben, wo sie sich gut aufgehoben fühlen. Der behandelnde Arzt und die behandelnde Ärztin werden ihr selbstverständlich vermitteln, dass sie auf „ihrem“ Gebiet kompetent sind. Hinzu kommt, dass die Zusammenarbeit zwischen den Fachgesellschaften (Gynäkologie und Urologie) zwar auf „höchster Ebene“ gut funktioniert, auf „niedrigerer Ebene“ die gute Zusammenarbeit jedoch kein Standard ist. Die Patientin kann selbst nicht abschätzen, welche diagnostischen Untersuchungen notwendig sind und für welchen Facharzt bzw. Fachärztin sie sich entscheiden soll. Hilfe findet sie bei unabhängigen Patienten- und Arztvertretungen. Als Ansprechpartner empfahl Hampel die Deutsche Kontinenz Gesellschaft. Dort erhalten Patientinnen auch eine Liste von Ärzten und Ärztinnen, die mit der Deutschen Kontinenz Gesellschaft zusammenarbeiten und sich auf dem Gebiet der Inkontinenztherapie engagieren. Ärzte oder Ärztinnen, die für sich in Anspruch nehmen eine gute Inkontinenztherapie zu machen und nicht gelistet sind, müssen sich die Frage gefallen lassen, warum sie sich

„Jede Betroffene sollte vor einer geplanten Operation die maximal mögliche diagnostische Abklärung in Anspruch nehmen.“



Gespräch mit
Dr. med. C. Hampel
Oberarzt an der
Urologischen
Klinik und Poliklinik
der Johannes-
Gutenberg-Universität
Mainz

Das CPMP („Committee for Proprietary Medicinal Products“), eine Behörde der „European Agency for the Evaluation of Medicinal Products“ (EMA) hat am 24. März 2004 eine positive Empfehlung für die Zulassung von Duloxetin für die Therapie der mittelschweren bis schweren Belastungsinkontinenz der Frau ausgesprochen. Ausschlaggebend waren Daten zur Qualität, Sicherheit und Effektivität, die für ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis sprechen. Am 16. August 2004 erhielt Duloxetin die EU-weite Zulassung zur Behandlung von Frauen mit mittel-schwerer bis schwerer Belastungsinkontinenz.

dann nicht in der deutschen Kontinenzgesellschaft engagieren.

Für operative und konservative Maßnahmen bestehen in Deutschland keine Versorgungslücken. Kritikwürdig an der in Deutschland geübten Praxis der Beckenbodengymnastik-Verordnung sind die fehlende Standardisierung der Therapie und die zum Teil daraus resultierenden Qualitätsmängel. In Skandinavien und Österreich sind die Ergebnisse deutlich besser als in Deutschland. Bezüglich der Komplikationsrate beim Einlegen eines Bandes zur

Korrektur der Belastungsinkontinenz, erklärte Hampel, dass diese als gering angegeben wird. Er gab jedoch zu bedenken, dass die Daten dazu von sogenannten „Centres of Excellence“ stammen, also Zentren, die das Verfahren entweder erfunden haben, oder jedes Jahr viele tausend dieser Schlingen implantieren. Nur solche Zentren veröffentlichen ihre Ergebnisse. Diese spiegeln nicht die Situation im niedergelassenen Bereich wider. Daten aus dem niedergelassenen Bereich gibt es nicht. (as)

Der Beckenboden – die vergessene Muskelgruppe

Doris Hohloch-Adler, Mainz

Ilka T., 38, ist eine sympathische und gepflegte Erscheinung. Sie hat drei Kinder, spielt Tennis und fährt viel Fahrrad. Außerdem liebt sie es, mit ihren Kindern auf dem großen Trampolin zu springen.

In letzter Zeit ist Ilka T. allerdings etwas zurückhaltender geworden. Nicht nur Husten und Niesen, auch ihre gefürchtete Vorhand beim Tennisspielen oder ausgelassene Sprünge auf dem Trampolin gehen buchstäblich „in die Hose“.

Was Ilka T. noch nicht weiß: Sie ist eine von zwölf Millionen Frauen in Deutschland, die unter einer Harninkontinenz leiden. Viele leben jahrelang in der Angst, jemand könnte es sehen oder gar riechen. Diese Angst treibt oft schon jüngere Frauen in eine soziale Isolation.

Ilka T. aber ist eine sehr offene Frau, die sich mit ihren Freundinnen über dieses Problem unterhielt. So wurde sie auf meine Praxis aufmerksam. Denn als ich vor acht Jahren anfang, mich auf das Thema Beckenboden zu spezialisieren, machte ich es mir zur Gewohnheit, junge Mütter, deren Babies ich behandelte, nebenbei nach ihrem Beckenboden zu fragen – so auch die 31-jährige Anke S., der ich Tipps gab. Als Anke S. merkte, dass ihr Beckenboden darauf positiv reagierte, trommelte sie sechs Freundinnen zusammen, um gemeinsam bei mir ein Beckenbodenseminar zu besuchen. Ilka S. war eine davon. In den häufigsten Fällen erfahren die

Frauen von Bekannten, dass unsere Praxis darauf spezialisiert ist, eher selten werden sie von ihrem Frauenarzt an uns überwiesen.

Thema des Seminars war: „Kennenlernen des Beckenbodens“. Das ist keine Floskel. Der Beckenboden gehört zu den „vergessenen Muskeln“, die selten trainiert werden, obwohl sie für das menschliche Wohlbefinden sowie die physische und sexuelle Gesundheit ausschlaggebend sind. Ihr schlechter Zustand kann zu Rückenschmerzen, Inkontinenz und verminderter Libido beim Geschlechtsverkehr führen.

Ich zeigte den Frauen, wie sie sich selber untersuchen können. Mit zusätzlichen Spürhilfen wie Kirschkernsäckchen, bekommen sie einen besseren Zugang zu einer Muskelgruppe, die in der Tiefe des kleinen Beckens liegt. Bis jetzt hatten sie diese Muskelgruppe erst bei deren Ermüdung wahrgenommen.

Über mindestens einen, besser drei Tage müssen die Frauen ein Miktionstagebuch führen, in dem sie die ausgeschiedene Urinmenge (nicht < als 250 ml) ermitteln und die Häufigkeit (maximal 7x/Tag) und den Zeitpunkt des Urindrangs, der Toilettengänge und evtl. des Vorlagenwechsels notieren. Gleichzeitig sollen die Frauen genau abmessen, wieviel sie trinken und wann sie welches Getränk zu sich nehmen, um Information über ihr Trinkverhalten zu bekommen.

Langsam taute die Gruppe auf.

Probleme bei der Sexualität wurden angesprochen und jede hatte Erfahrungen mit Inkontinenzproblemen in der eigenen Familie – z.B. die Mutter, die alle Toiletten der Stadt kennt.

Beim nächsten Punkt, dem richtigen Verhalten beim Entleeren der Blase und des Darms, entdeckten die jungen Mütter, dass sie alle mit dem Mutter-Kind-Alltag kämpften: Wenig Zeit zu haben und immer mindestens zwei Dinge gleichzeitig erledigen zu müssen, führt dazu, sich selbst und seinen Körper zurückzustellen. In der Regel ist das der richtige Zeitpunkt, um eine Entspannungstechnik zu erlernen. Alles loslassen, die Atmung spüren, den Beckenboden wahrnehmen und mit Hilfe von Bildern („Seerose“, „Schwamm“) den Zusammenhang der Physiologie des Beckenbodens und des Zwerchfells begreifen.

Das bewusste, willentliche Entspannen fiel der Gruppe noch genauso schwer, wie das differenzierte Anspannen der einzelnen Beckenbodenmuskeln. Das langfristige Ziel, einen voll funktionsfähigen Beckenboden zu haben, dessen Muskulatur vernetzt ist mit der des Rückens, des Bauchs, der Hüften und der Oberschenkel, ist nur zu erreichen mit konsequentem Training im Alltag. Erst wenn die Beckenbodenmuskulatur nach vielen bewussten Impulsen automatisch arbeitet, trainiert sie sich quasi von selber. Bei jungen Frauen han-



**Doris Hohloch-Adler
Niedergelassene
Physiotherapeutin
in Mainz**

delt es sich meistens um eine reine Belastungsinkontinenz, d.h. bei Belastung führt der Kraftmangel der Beckenbodenmuskulatur dazu, dass der Urin nicht gehalten werden kann. Die veränderte Statik des Körpers nach Schwangerschaft und Entbindung erschwert die Situation zusätzlich.

Im Optimalfall bekommen wir vom behandelnden Arzt eine genaue Diagnose. Oft müssen wir jedoch selbst eine differenzierte Anamnese erstellen und wenn möglich vaginal, mit dem Pelvimeter, oder manuell die Muskelkraft messen (auch bei Belastung), den Husten-Stress-Test oder besser noch den Padtest durchführen, der über das Ausmaß der Belastungsinkontinenz bei Belastung genaue Auskunft gibt, oder ggf. dafür sorgen, dass eine urodynamische Untersuchung durchgeführt wird.

Der Erfolg unserer physiotherapeutischen Behandlung zeigt sich bei der Belastungsinkontinenz am schnellsten und deutlichsten. Oft kommen die Frauen aber erst nach einem langen Leidensweg zu uns. Manchmal werden sie erst aktiv, wenn der soziale Bewegungsradius so stark eingeschränkt ist, dass sie völlig isoliert sind. Dieser Patientin-

nenkreis leidet oft unter einer Mischform, der Belastungs- und Dranginkontinenz (unwillkürlicher Harnabgang, verbunden mit einem starken Entleerungsdrang). Selbst bei der reinen Dranginkontinenz kann es durch die verbesserte Körperwahrnehmung und einer reflektierten Verhaltensänderung relativ schnell zu einer Verbesserung der Lebensqualität kommen – allerdings ist dabei oft eine zusätzliche Medikation notwendig.

Helfen können wir ihnen immer. Voraussetzung ist, dass die Frauen sich einlassen, Disziplin und Geduld haben. Es dauert z. T. bis zu drei Monaten, bis eine richtig spür- und messbare Verbesserung der Muskelkraft festzustellen ist. Manchmal müssen wir zusätzlich eine Elektrostimulation einsetzen, oder es gelingt erst mit einem Biofeedbackgerät, die richtige Muskulatur zu trainieren.

Immer jedoch raten wir den Frauen, sich mit ihrem behandelnden Frauenarzt zu besprechen. Je nach Diagnose kann er ihnen zusätzlich einen Pessar anpassen, um die Blase zu stützen. Es gibt allerdings medizinische Situationen, wie z. B. eine Stressinkontinenz 3. Grades mit starker Bindegewebsschwäche, bei der

als letzte Möglichkeit u.U. nur eine Operation bleibt.

Es ist optimal, wenn wir die Frauen auf diesen Eingriff vorbereiten können, und sie danach begleiten, damit sie mit der neuen Situation besser zurecht kommen. Meiner Meinung nach wird häufig zu schnell operiert. Es wäre immer einen Versuch wert, es zunächst konservativ zu versuchen. Denn in jedem Fall wird das Beckenbodentraining immer zum Frauenalltag gehören. Die Muskeln bzw. die Blase haben durch eine Operation nur wieder günstigere Bedingungen.

Glücklicherweise haben wir in der Mainzer Umgebung inzwischen sehr kooperative Ärzte und Kliniken, mit denen wir zusammenarbeiten und beraten, wie man den gesamten Prozess optimieren könnte. Ein Ergebnis dieser Zusammenarbeit sind die Beckenbodenseminare.

Dt. Verband für Physiotherapie - Zentralverband d. Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e.V.
Pf 21 02 80
50528 Köln
0221-981027-0
www.zvk.org

Um eine qualifizierte physiotherapeutische Behandlung zu bekommen, empfiehlt es sich, nach der Therapeutenliste zu fragen, die bei allen Frauenärztinnen und Frauenärzten vorliegen sollte. Die Liste kann beim Deutschen Verband für Physiotherapie angefordert werden. Therapeuten, die auf dieser Liste stehen, sind verpflichtet, sich regelmäßig fortzubilden.

„Zulassungspraktik von Implantaten in Deutschland ist ein gesundheitspolitischer Skandal“

Als einen gesundheitspolitischen Skandal bezeichnete Dr. Sven Hundertmark, Hamburg, die Zulassungspraktik von Implantaten in Deutschland. Jedes Medikament, das in Deutschland auf den Markt kommt, durchläuft einen langen Zulassungsprozess – nicht so die Implantate. Für sie genügen eine CE-Plakette und ein einfaches Zulassungsverfahren. Ein wissenschaftlich anerkannter Qualitätsnachweis ist nicht notwendig. Erst nach „Anwendungsübungen“ an mehreren hundert Patientinnen stellen sich Effizienz und Nebenwirkungen heraus. „In Deutschland wird mit Implantaten experimentiert“, so das Fazit von Hundertmark. Genau so wenig wie ungeprüfte Arzneimittel in Deutsch-

land auf den Markt kommen, dürften auch medizinische Implantate nicht ohne ausreichende Prüfung in Rahmen von kontrollierten Studien zugelassen werden. Hundertmark forderte ein Zulassungsverfahren für medizinische Implantate, das vergleichbar ist mit Zulassungsverfahren für Medikamente.

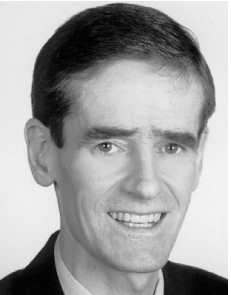
Konkret bezog sich Hundertmark auf die Schlingenplastiken: Inzwischen gibt es ungefähr 20 verschiedene Systeme auf dem Markt. Laut Hundertmark sind nur beim TVT-Original und mit Einschränkung beim SPARC ausreichende Qualitätsdaten vorhanden. Zum TVT-Original gibt es inzwischen mehr als 200 Publikationen, in denen die Effizienz und Nebenwirkungsarmut

Gespräch mit Priv. Doz. Dr. Sven Hundertmark
Leitung der Abt. für Gyn. und Geb. des Allgemeinen Krankenhauses Altona in Hamburg,
Hochschullehrer an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin



belegt sind. Beim sogenannten IVS-Band, das inzwischen nicht mehr eingesetzt werden sollte, hat sich erst nach mehreren hundert Operationen herausgestellt, dass das Band zu engmaschig gewebt ist und deshalb ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht. (as)

Qualitätskontrollen in der Medizin sind eine „conditio sine qua non“



Prof. Dr. Klaus-Peter Jünemann
1. Vorsitzender
Deutsche
Kontinenz
Gesellschaft e.V.

Herr Professor Jünemann, seit Ende 2003 sind Sie 1. Vorsitzender der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V. Welche Hauptziele haben Sie sich für Ihre Amtsperiode gesetzt?

Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft verfügt über eine solide Basis, auf der ich aufbauen möchte. Die Uhren drehen sich immer schneller und demzufolge ist es erforderlich, sich veränderter Situationen anzupassen, ohne den Boden unter den Füßen zu verlieren. Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft bedarf zweifelsohne einer Erneuerung. Schritte hierzu sind bereits in die Wege geleitet. Dieser Umwandlungsprozess beinhaltet Ausbau der Informationstechnologie, beispielsweise die Installation einer professionellen Hotline* für Interessierte und Betroffene, einen zeitgemäßen Internetauftritt sowie Industriemessen für Laien, Selbsthilfegruppen und Experten. Zertifizierte Spezialkurse für Ärzte, Pflegekräfte und Physiotherapeuten sind ein weiterer Baustein.

Die Deutsche Kontinenzgesellschaft muss eine Art medizinisches CE-Zeichen werden, welches für hohen Informationsgehalt, Beratung und Seriosität steht. Ziel ist es, näher auf die Menschen zuzugehen, um das Tabuthema Harn- und Stuhlinkontinenz zu brechen. Um die hochgesteckten Ziele erreichen zu können, habe ich die Schultern der Führungsebene erweitert. Die erste Amtsperiode beläuft sich auf zwei Jahre – eine kurze Zeit, in der ich Fakten schaffen möchte und nicht nur über Absichtserklärungen zu reden gedenke.

Welche Gestaltungsmöglichkeiten hat die Patientenvertretung bei der starken Präsenz von Ärztegruppen und Industrie in Ihrer Gesellschaft?

Die Patientenvertretung sitzt mit im erweiterten Vorstand der Deutschen Kontinenzgesellschaft und partizipiert demzufolge an den wesentlichen Entscheidungen der Gesellschaft. Gerade den Selbsthilfegruppen der Deutschen Kontinenz Gesellschaft soll in Zukunft noch

mehr Gehör geschenkt werden, um den Problemen vor Ort zeitnah und konkret entgegenzutreten zu können und somit den Patientenvertretern mehr Möglichkeiten in die Hand zu geben. Die von der Deutschen Kontinenz Gesellschaft initiierte Aktion „BEBO Life“** steht stellvertretend für diese Unterstützung. Wir haben uns zum Ziel gesetzt, die Thematik Inkontinenz bis in die letzten Winkel Deutschlands zu transportieren, um den aktiven Patientenvertreterinnen und -vertretern eine noch solidere Basis zu geben.

Welche Schritte zur Enttabuisierung des Themas Inkontinenz unternimmt Ihre Gesellschaft konkret in diesem und im nächsten Jahr?

Für 2004 und 2005 habe ich ein Pilotprojekt initiiert mit Unterstützung von Premium-Sponsoren seitens der Industrie. Wie bereits zuvor ausgeführt, gehören hierzu die Erweiterung der Informationstechnologie, wie Installation eines Call Centers, ein neuer Internetauftritt und die Aktion „BEBO Life“ in Schleswig-Holstein, Hamburg und Rheinland-Pfalz.

Wie wird Harninkontinenz mit den Kassen abgerechnet? Gibt es eigenständige ICD-Schlüssel für die verschiedenen Unterformen der Harninkontinenz?

Es gibt für einige Unterformen eigene ICD-Schlüssel, allerdings ist der Abrechnungsmodus nach wie vor ungenügend. Leider gilt das für viele Krankheitsbilder, insbesondere für Problemkreise wie die Harninkontinenz, deren differentialdiagnostische Untergliederung noch unzureichend vorgenommen wird. Dass Aktivitäten in dieser Hinsicht seitens der Deutschen Kontinenz Gesellschaft sowie einzelner Fach- und Ärztegruppen durchaus erfolgreich sein können, zeigt sich daran, dass die teure Neuromodulator-Implantation bei instabiler Blase über eine Sonderentgeltziffer im DRG-System abrechenbar geworden ist. Analoge Beispiele gibt es auch für andere Therapieformen.

Auf der Homepage der Deutschen Kontinenz Gesellschaft veröffentlichen Sie eine Liste, die zur Zeit 16 Kontinenzzentren in Deutschland umfasst. Welche Kriterien muss ein solches Zentrum erfüllen, um von der Deutschen Kontinenz Gesellschaft anerkannt zu werden?

Wer Kontinenzzentrum der Deutschen Kontinenz Gesellschaft werden will, muss sich an die Geschäftsstelle in Kassel wenden und erhält von dort die Kriterien, die festgelegt wurden, um sich für eine solche Zentrumseinrichtung zu bewerben.

Wie läuft der Zertifizierungsprozess ab? Wer vergibt die Zertifizierung? Ist „Kontinenzzentrum“ ein geschützter Begriff? Beinhaltet der Zertifizierungsprozess auch Outcome-Daten?

Zunächst werden die Bewerbungsunterlagen geprüft und im weiteren Verlauf dem geschäftsführenden Vorstand zur Prüfung vorgelegt. Werden die Kriterien erfüllt und sieht der Vorstand die Einrichtung eines Kontinenzzentrums in der beabsichtigten Region für erforderlich an, so wird die Zertifizierung vorgenommen. Gegenwärtig wird an einer Qualitätskontrolle der Kontinenzzentren gearbeitet, um den hohen Standard, den die Deutsche Kontinenz Gesellschaft in diesen Zentren anbieten möchte, erreichen und halten zu können. Eine Grundvoraussetzung sind interdisziplinäre Teams, die über diagnostische und therapeutische Entscheidungen beraten.

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit der Kontinenzzentren mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten? Wie gelangen Patientinnen und Patienten in diese Kontinenzzentren?

Die Patienten werden über niedergelassene Hausärzte und Fachkollegen in die Kontinenzzentren überwiesen. Allerdings besteht auch die Möglichkeit, sich direkt an ein Kontinenzzentrum zu wenden, da eine der Voraussetzungen das Angebot einer Sprechstunde im Sinne einer

*Hotline:
01805-233440

Kontinenzberatung ist. Hierfür ist kein Überweisungsschein von einem Arzt erforderlich. Die oder der Betroffene können direkt einen Termin vereinbaren und in dem Zentrum zu den vorgegebenen Zeiten vorsprechen. Die Informationen über das Kontinenzzentrum der jeweiligen Stadt/Region sollten durch lokale Veranstaltungen, die von dem Kontinenzzentrum vorgenommen werden, verbreitet werden.

Gibt es Qualitätszirkel? Welche?

Es existiert eine Gruppe für die Einrichtung von Kontinenzzentren und Beratungsstellen. Im Moment sind wir dabei, einen Qualitätszirkel für die künftige Weiterbildung von Ärzten zum Thema Harn- und Stuhlinkontinenz aufzubauen, wobei die Frage nach der Zertifizierung, bzw. zunächst einmal Anerkennung durch die unterschiedlichen Fachgruppen der Urologen und Gynäkologen sowie Proktologen, einen elementaren Schritt darstellen wird.

Gibt es Bestrebungen, die Basisdiagnostik der Harninkontinenz im hausärztlichen Bereich stärker zu integrieren, zumindest bekannt zu machen?

Ich glaube, dass wir mit unserem „BEBO Life“-Programm einen wesentlichen Beitrag dazu leisten werden, dass gerade Hausärzte über das Thema Inkontinenz besser informiert und später auch ausgebildet werden. Es geht nicht darum, in der Hausarztpraxis die Harn- und Stuhlinkontinenzdiagnostik zu etablieren – das ist weder sinnvoll noch gewollt. Allerdings sollte der Hausarzt in der Lage sein, ein fachkompetentes Gespräch zu diesem Themenkomplex zu führen und die notwendigen Weichen zu stellen, um die Patienten davon zu überzeugen, einen entsprechenden Fachkollegen/in oder ein Kontinenzzentrum aufzusuchen.

Harninkontinenz wird in der Öffentlichkeit oft als „Altersleiden“ gesehen. Allerdings erkranken insbesondere an der Belastungsincontinenz viele junge Frauen. Müssen Sie nicht unterschiedliche Strategien entwickeln, um die unterschiedlichen Altersgruppen, aber auch die geschlechtspezifischen Aspekte der Harninkontinenz zu berücksichtigen?

Sowohl die Deutsche Gesellschaft für Urologie als auch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie haben Leitlinien erarbeitet für Diagnostik und Therapie der unterschiedlichen Inkontinenzformen sowie der unterschiedlichen Altersgruppen. Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft orientiert sich daran.

Warum gibt es für die Harninkontinenz und ihre unterschiedlichen Formen bis heute keine interdisziplinären, evidenzbasierten Leitlinien für Diagnose und Therapie in Deutschland?

Es existieren Leitlinien, allerdings sind sie von den jeweiligen Fachgruppen der Urologen, Gynäkologen und Proktologen (Stuhlinkontinenz) erarbeitet. Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft hat sich vorgenommen, integrierend zwischen den einzelnen Fachgruppen tätig zu werden – auch in der Erarbeitung eigener, interdisziplinärer Leitlinien für Diagnostik und Therapie der Harn- und Stuhlinkontinenz.

Die European Association of Urology hat 1999 Guidelines on Incontinence herausgebracht. An deren Erstellung war von deutscher Seite Herr Prof. Thüroff (heute Mainz) als Chairmann federführend beteiligt. Diese Guidelines enthalten Algorithmen, die auf die verschiedenen Zielgruppen, wie Frauen, Kinder, Männer, Behinderte, zugeschnitten sind. Warum wurden diese Guidelines bisher in Deutschland nicht implementiert?

Die Erarbeitung und Verbreitung der Guidelines und deren spätere Umsetzung in der Praxis sind zwei Paar Schuh. In spezialisierten Zentren, so auch in Kontinenzzentren der Deutschen Kontinenz Gesellschaft, wird man sich an diese Vorgaben halten, auch mit der Möglichkeit der individuellen Gewichtung der vor Ort tätigen Spezialisten. Eine flächendeckende Implementierung, wie von Ihnen gefordert, muss eine Aufgabe der Deutschen Kontinenz Gesellschaft sein. Im Auftrag der Gesellschaft habe ich mit einer Agentur ein Strategieprogramm für die Deutsche Kontinenz Gesellschaft Anfang dieses Jahres erarbeitet, welches nunmehr Schritt für Schritt umgesetzt wird. Die hierfür erforderlichen Voraussetzungen wurden durch die Einrichtung eines Pre-

mium-Sponsorships der Industrie geschaffen und ich stehe im Wort, nach Ablauf der ersten zwei Jahre meiner Amtszeit die Ergebnisse dieser Arbeit im Herbst 2005 vorzustellen. Ich bin davon überzeugt, dass ich Ihren Wünschen, ebenso wie denen der Mitglieder der Deutschen Kontinenz Gesellschaft, ein wesentliches Stück näher kommen werde.

Die Women's Health Coalition e.V. hat es sich zum Ziel gemacht, evidenzbasierte Leitlinien für die großen Gesundheitsbereiche zu fordern. Viele Ärztinnen und Ärzte stehen Leitlinien in der Medizin immer noch skeptisch gegenüber und sprechen von „Kochbuch-Medizin“. Welche Einstellung haben Sie als Vorsitzender der Deutschen Kontinenz Gesellschaft?

Qualitätskontrollen in der Medizin sind eine „conditio sine qua non“, ohne die wir in Zukunft nicht mehr arbeiten können. Medizin allein auf der Basis einzelner, eigener Erfahrungen oder gar aus dem Bauch heraus zu betreiben, gehört der Vergangenheit an. Demzufolge ist das Bestreben Ihrer Organisation lobens- und unterstützenswert, um eine hochqualitative medizinische Versorgung nicht nur zu erreichen, sondern auch halten zu können.

Wann wird es interdisziplinäre Leitlinien für die unterschiedlichen Formen der Harninkontinenz, z.B. Belastungsincontinenz, Dranginkontinenz, in Deutschland geben?

Ich möchte mich nicht mit einer Jahreszahl aus dem Fenster lehnen, stelle allerdings fest, dass die erarbeiteten Leitlinien in den unterschiedlichen Fachgruppen soweit auseinander nicht klaffen. Gerade die Deutsche Kontinenz Gesellschaft als Bindeglied, weil interdisziplinär ausgerichtet, bietet ein ideales Forum, um derartig gewünschte interdisziplinäre Leitlinien auf den Weg zu bringen.

Wir danken Ihnen für das Gespräch!

Das Gespräch führte Irmgard Naß-Griegoleit, Präsidentin, Women's Health Coalition e.V., Berlin

****„BEBO Life“**

BEBO Life ist eine Initiative der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.. In Patientenveranstaltungen vermitteln Ärzte gemeinsam mit Physiotherapeuten, wie sich Kontinenzstörungen durch gezieltes Beckenbodentraining vermeiden und lindern lassen. Die Gesellschaft spricht mit dieser Initiative Frauen und Männer aller Altersgruppen an und verankert so die Aufmerksamkeit für das Thema Inkontinenz breit in der Bevölkerung. Pilotprojekte laufen derzeit in Schleswig-Holstein und Hamburg an.

IMPRESSUM

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

Verantwortl. für diese Ausgabe:
Irmgard Naß-Griegoleit
e-mail: whc_nassde@yahoo.de
Redaktion: Dr. Anita Schweiger (as)
Fotos: Archiv/privat
Druck: pppp-Service, Marburg
ISSN: 1619-1285
Erscheinungsweise:
2-4 x jährlich

„Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland – ein gesundheitspolitischer Skandal“

10 Millionen Frauen in Deutschland im Alter von 50 bis 69 Jahren haben seit Januar 2004 einen Anspruch auf ein flächendeckendes, qualitätsgesichertes Mammographie-Screening. Im September 2004 haben wir immer noch ein Versorgungsvakuum und ein Versorgungschaos:

Mammographien bei schwerdefreien Frauen als sog. Vorsorgemaßnahme sind gemäß Röntgenverordnung nur in dafür vorgesehenen Screening-Einheiten zulässig und werden dann von der Kasse bezahlt. Aber: diese Screening-Einheiten existieren noch nicht! „Vorsorge-Mammographien“ werden nach wie vor in den normalen

radiologischen Praxen oder Kliniken durchgeführt, obwohl dies gegen die Röntgenverordnung verstößt. Und diese nicht verordnungsgemäßen Mammographien werden meistens als IGEL-Leistung für 70 bis 80 Euro angeboten. D.h. Frauen zahlen Geld für eine nicht qualitätsgesicherte Leistung, die gegen die Röntgenverordnung verstößt. Andere Ärzte/Ärztinnen empfehlen ihren Patientinnen, einen Verdacht zu äußern, damit sie in den Genuss der bezahlten „kurativen“ Mammographie kommen.

Dieses Versorgungschaos ruft jetzt viele auf den Plan, die sich schon immer gegen

das Mammographie-Screening generell ausgesprochen haben oder die die Implementierung des Mammographie-Screenings nach den EU-Leitlinien ablehnen. Andere starten Programme zur Verbesserung der Selbstuntersuchung. Die Selbstuntersuchung ist empfehlenswert, aber nur ein Baustein in der gesamten Diagnosekette.

Bereits 2002 haben die Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. und die Women's Health Coalition e.V. ein Konzept für eine **Aufklärungskampagne „Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“** entwickelt. In einer im Oktober 2002 durchgeführten bundesweiten, repräsentativen Studie bei 1000 Frauen, mit dem

Thema: **„Vorsorge- und Präventionsverhalten bei Frauen im Alter von 40 bis 75 Jahren unter besonderer Berücksichtigung der Brustgesundheit“** haben wir mit finanzieller Unterstützung der BARMER die Basis für ein Konzept zur Aufklärungskampagne vorgelegt. Die Studie zeigte eindeutig: Es existieren Informations-, Kommunikations- und Versorgungslücken.

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. und die Women's Health Coalition e.V. als Initiatorinnen der Aufklärungskampagne „Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“ haben auf gemeinnütziger Basis eine komplette Kampagne erstellt. Wir stehen in den Startlöchern, können aber nicht starten, solange der Zeitpunkt für die Einführung des Mammographie-Screenings nicht festliegt.

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. und die Women's Health Coalition e.V. haben alle an der Implementierung Beteiligten mehrfach auf den unerträglichen Zustand aufmerksam gemacht. Die Antworten haben uns insgesamt nicht überzeugt! Jeder will sich für die Implementierung des Mammographie-Screenings einsetzen, verweist aber auf die Verantwortung der anderen.

Die Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. und die Women's Health Coalition e.V. werden weiterhin die Verantwortlichen auf ihre Verantwortung in dem gesamten Prozess hinweisen. Wenn es sein muss, werden wir dies auch öffentlich tun. Wir Frauen haben einen Rechtsanspruch auf ein qualitätsgesichertes und flächendeckendes Mammographie-Screening in den dafür neu zu schaffenden Strukturen. Diesen Rechtsanspruch werden wir beharrlich weiter verfolgen.

Irmgard Naß-Griegoleit

5-Punkte-Plan zur Verbesserung der Situation bei Belastungsinkontinenz

Patientenselbsthilfegruppen aus acht europäischen Ländern, Kanada und Mexiko haben in Zusammenarbeit mit der ICS (International Continence Society) einen 5-Punkte-Plan veröffentlicht, der dazu beitragen soll die Belastungsinkontinenz der Frau mehr in das öffentliche Bewusstsein zu rücken, so dass sie die ihr gebührende Aufmerksamkeit erhält. Der Plan beinhaltet im folgenden die Punkte:

- 1) Das Stigma, das die Belastungsinkontinenz hat, auflösen durch breit angelegte Öffentlichkeitskampagnen.
- 2) Frauen mit Belastungsinkontinenz dazu ermuntern, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, indem ihnen einfach verständliches Informationsmaterial zur Verfügung gestellt wird.
- 3) Die frühe Diagnose und Therapie der Belastungsinkontinenz fördern durch

Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation.

- 4) Den Zugang zu den Behandlungsoptionen sowie die Auswahl der Behandlungsmöglichkeiten verbessern.
- 5) Frauen mit Belastungsinkontinenz durch psychische und praktische Unterstützung im täglichen Leben eine möglichst große Unabhängigkeit sichern.

Nach Ansicht der WHC müssen jetzt konkrete Schritte folgen. Es muss eine Versorgungsstudie initiiert werden, welche die tatsächliche Situation der Frauen mit Belastungsinkontinenz in ihrem täglichen Leben aufzeigt. Daten aus vorliegenden Studien sind nur bedingt geeignet, die Situation aller Betroffenen abzubilden, da allein durch definierte Einschluss- und Ausschlusskriterien eine Selektion betrieben wird.

Die WHC hat bereits ein Konzept für die Versorgungsstudie erarbeitet, in der im einzelnen folgende Fragen geklärt werden sollen:

- Wie sind die tatsächlichen Prävalenzdaten?
- Welche Diagnoseprozesse laufen ab?
- Zu welchen Fachärzten werden die Frauen überwiesen?
- Welche Diagnosemethoden werden vor einer Operation eingesetzt, wie gut bzw. ausführlich ist die Aufklärung vor einer Operation?
- Wie hoch ist die Effektivität der Operation außerhalb von Studienbedingungen?
- Wie gut ist die Lebensqualität?

Jetzt gilt es, die Finanzierung der Versorgungsstudie sicher zu stellen.

Quelle: Pressemitteilung der International Continence Society vom 8. März 2004