

Erfassung von Beckenbodenfunktionsstörungen

Fragebögen als wichtiges Instrument

KAVEN BAESSLER, BÄRBEL JUNGINGER

Validierte Fragebögen spielen eine wichtige Rolle, um Beckenbodenfunktionsstörungen, deren Schweregrad und die Lebensqualität zu erfassen und zu dokumentieren. Im folgenden Beitrag werden verschiedene Fragebögen mit ihren Vor- und Nachteilen vorgestellt.



© Robert Kneschke / fotolia.com

Fragebögen sollten immer die funktionellen Ergebnisse einer Therapie erfassen, die für die Patientinnen wichtiger sind als die anatomischen.

Dass Beckenboden-Funktionsstörungen bei der Frau häufig sind und die Prävalenzen mit dem Alter steigen, ist hinlänglich bekannt. Auch wird diskutiert, dass mit einer zunehmenden Inzidenz zu rechnen ist, da wir nicht nur älter, sondern einerseits aktiver (Zunahme der z.B. durch sportliche Aktivitäten bedingten symptomatischen Belastungsinkontinenz) und andererseits kränker und dicker (Übergewicht ist ein Risikofaktor für Beckenbodenfunktionsstörungen) werden. Als Ursachen von Inkontinenz und Senkung werden meist vaginale Entbindungen, Alter und Bindegewebsschwäche aufgeführt. Über vermeidbare Risikofaktoren wie Adipositas, Nikotinabusus und systemische Hormon-

ersatztherapie wird dagegen wenig aufgeklärt. Und obwohl relativ viel zur Ätiologie und Pathogenese bekannt ist, gibt es keine guten Daten zur primären oder sekundären Prävention. Die ebenfalls viel diskutierte Wunschsectio kann eine Belastungsinkontinenz nicht sicher verhindern und ist somit keine Prophylaxe [u.a. Rortveit et al. EPINCONT-Studie]. Vor diesem Hintergrund werden immer mehr Mediziner mit Beckenbodenproblemen konfrontiert werden, in erster Linie Gynäkologen und Urologen. Gerade in Schwerpunktpraxen oder in den Spezialsprechstunden der Krankenhäuser wird die Frage der Erfassung und Dokumentation von Beckenbodenfunktionsstörungen thematisiert. Dabei spielen auch

zeitliche Limitierungen eine Rolle, denn die urogynäkologische Anamnese muss sich umfassend mit allen Beckenboden-Bereichen beschäftigen, also Blasen-, Darm- und Sexualfunktion. Außerdem sollte die Befragung schon auf eine Diagnose hinweisen und die Behandlung steuern.

Erfassung durch Fragebögen

Um Prävalenzen und Inzidenzen von Beckenbodenfunktionsstörungen beschreiben zu können, müssen die „richtigen“ Fragen gestellt werden. Große Unterschiede zwischen verschiedenen Studien lassen sich häufig durch die verschiedenen Definitionen und Fragen erklären. Neben den Symptomen spielen aber auch der Schweregrad, der Leidensdruck und die Auswirkungen auf die Lebensqualität eine entscheidende Rolle. Dies sei an folgendem Beispiel erläutert:

In einer longitudinalen Studie in Australien wurde die Beckenbodenfunktion von fast 500 Frauen aus der Bevölkerung zwischen 40 und 80 Jahren mithilfe eines validierten Beckenboden-Fragebogens analysiert (Australian Pelvic Floor Questionnaire) [Baessler et al. 2008]. Etwa 50 % der Frauen gaben eine Belastungsinkontinenz an, 30 % eine Dranginkontinenz und 7 % eine Stuhlinkontinenz. Die meisten Frauen berichteten über seltene oder manchmal auftretende (z.B. einmal pro Woche) Inkontinenz. Nur etwa die Hälfte dieser Frauen dokumentierte einen Leidensdruck, noch viel weniger hatten wegen dieser Probleme ärztliche Hilfe gesucht. Die Auswertung der Senkungszustände bestätigte den klinischen Eindruck, dass sich die vordere Vaginalwand statistisch signifikant häufiger und weiter senkt als die hintere. Ein Stadium 2 (Hymenalsaum \pm 1 cm) der vorderen Scheidenwand lag bei 14 %, der hinteren Scheidenwand bei 7 % der Frauen vor. Das mittlere Kompartiment dagegen deszendierte nur wenig (0,2 % Stadium 2). Hier

ACHTUNG:

Hier muss der
Dummy durch
eine Anzeige
ersetzt werden !!

fiel auf, dass nur ein Drittel der Frauen Symptome wie Senkungsgefühl angaben und noch weniger einen Leidensdruck (Grafik).

Behandelnde Ärzte sollten nur Patientinnen mit Symptomen und einem Leidensdruck operieren, denn das primäre Ziel einer Intervention am Beckenboden sollte eine Verbesserung von Blasen-, Darm-, Sexual- und Prolapssymptomen sein. Was – außer Anatomie – sollte verbessert werden, wenn die Patientin keine Symptome hat und der Deszensus nur ein Befund bei der Früherkennungsuntersuchung ist? Natürlich gehören rezidivierende Zystitiden bei Restharnbildung bei ausgeprägten Zystozelen mit zu den Symptomen, die durch Senkungen ausgelöst werden können.

Die Erfassung von Leidensdruck und Lebensqualität spielt auch eine wichtige Rolle in der Evaluation der konservativen und operativen Behandlung von benignen Erkrankungen wie Beckenbodenfunktionsstörungen. Gerade hier ist die Arzt-unabhängige Dokumentation von Symptomen und Zufriedenheit essenziell und sollte zumindest in Kliniken zum festen Bestandteil werden, um den Therapieerfolg auswerten zu können.

Standardisierte Fragebögen

Standardisierte Anamnesebögen zur Dokumentation von Beckenbodensymptomen haben wahrscheinlich die meisten

Spezialprechstunden und Krankenhäuser entwickelt. Vor allem, wenn in einem Bereich mehrere Ärzte tätig sind, kann so ein gewisser Standard gesichert werden. Abgefragt wird häufig – aber längst nicht immer – das gesamte Spektrum inklusive Blasen-, Darm- und Sexualfunktion. Der Nachteil eines standardisierten Fragebogens liegt zum einen darin, dass vielfach nur eine Ja-nein-Antwort möglich ist und der Schweregrad nicht erfasst wird. Eine Verbesserung von „immer“ zu „selten“ kann also posttherapeutisch gar nicht erfasst werden. Zum anderen ist die direkte Befragung der Patientin nicht akzeptabel, um den Erfolg einer Behandlung zu eruieren. Zu groß ist hier die Interaktion zwischen Patientin und Arzt/Ärztin.

Der Gaudenz-Fragebogen wird in Deutschland teilweise noch eingesetzt und soll einen Score für die Belastungs- oder Dranginkontinenz geben. Ob er dies tatsächlich leisten kann und bei der Therapieentscheidung hilft, wurde jedoch nicht untersucht. Zumindest für Nachkontrollen ist er gänzlich ungeeignet.

Validierte Beckenboden-Fragebögen

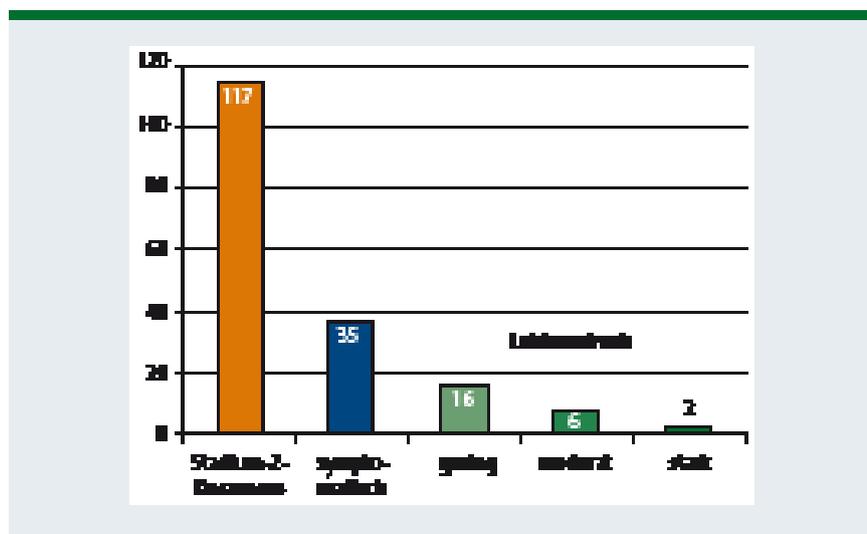
Die Lebensqualität lässt sich mit generischen Fragebögen wie dem SF 36 erfassen, der unter anderem den allgemeinen Gesundheitszustand abfragt. Symptom-spezifische Beckenboden-Fragebögen hingegen beziehen sich neben den Sym-

ptomen auf die Einschränkung von Aktivitäten durch Inkontinenz oder den Vorlagenverbrauch.

International sind validierte Patientinnen-administrierte Fragebögen zur Erfassung von Symptomen und Lebensqualität der Goldstandard. Diese Fragebögen sollten psychometrisch analysiert worden sein, damit auch gemessen wird, was gemessen werden soll. Dazu gehört die Prüfung der Inhaltsvalidität: Verstehen die Frauen die Fragen? Frauen in Deutschland zum Beispiel lassen Wasser oder haben Stuhlgang, in der Schweiz lösen sie Wasser oder stuhlen. Antworten die Patientinnen so, wie wir es erwarten? Sind die Fragen relevant, sinnvoll und wichtig im Alltag? Werden mehr als 4 % der Fragen nicht beantwortet, gilt dies als Zeichen der Unverständlichkeit, die Fragen sollten daher verändert werden.

Mittels Fragebogen sollte zwischen urogynäkologischen und anderen Patientinnen unterschieden werden (Konstruktvalidität). Außerdem muss er sensitiv genug sein, um Veränderungen nach Therapie zu erfassen (Reaktivität oder „sensitivity to change“). Zur Reliabilitätsprüfung gehört die Prüfung der internen Konsistenz (Cronbach's Alpha), um beispielsweise die Beziehungen der Fragen untereinander in einer Domäne zu messen. Außerdem wird die Reproduzierbarkeit in einem Test-Retest analysiert. Weiterhin muss ein Fragebogen zuverlässig sein. Die Frage „Verlieren Sie Urin beim Husten?“ soll etwa auf eine Stressinkontinenz hinweisen (konvergente Validität). Zum Vergleich können andere etablierte Fragebögen, die Urodynamik, klinischer Stresstest oder das Deszensusausmaß herangezogen werden.

Fragebögen müssen für die Population und in der Sprache, in der man sie einsetzen möchte, validiert sein. Junge, nullipare Frauen werden beispielsweise weniger mit Prolapsfragen anfangen können. Auf Deutsch gibt es inzwischen verschiedene validierte Fragebögen für den Beckenboden. Der King's Health Questionnaire ist international etabliert für die Harninkontinenz inklusive Lebensqualität, allerdings lässt er Deszensus und anale Inkontinenz außer Betracht. Die International Consultation on Incontinence hat verschiedene Module validiert,



Grafik: Auswertung des Australian Pelvic Floor Questionnaires. Von 117 Frauen mit Stadium-2-Deszensus fühlte ein Drittel die Senkung, doch nur 22 von ihnen störte sich daran.

teilweise mit mehr als 30 Fragen. Diese entsprechen dem internationalen Standard und sind vor allem für Studien zu empfehlen, wobei dann die gewünschten Module zusammengestellt werden können (erhältlich über die Website www.icicq.net). Für sexuelle Fragen gibt es die deutsche Validierung des Female Sexual Function Indexes [Berner et al. 2004], der aus unserer Sicht jedoch nur begrenzt für urogynäkologische Frauen eingesetzt werden kann. Gegebenenfalls wichtige Fragen zur koitalen Inkontinenz oder zu einer zu schlaffen Scheide werden nicht gestellt.

Für den klinischen, aber auch für den wissenschaftlichen Alltag wurde in Australien ein Beckenboden-Fragebogen entwickelt, der die drei Domänen Blasen-, Darm- und Sexualfunktion sowie Prolapsymptome beinhaltet [Baessler et al. 2010]. Da er sich insbesondere im Alltag sehr bewährt hat, wurde er später auf Deutsch sowohl als Interviewer- als auch als Patientinnen-administrierter Fragebogen validiert [Baessler & Kempkensteffen 2010]. Vorteile dieses Fragebogens sind die umfassende Dokumentation von Symptomen inklusive Häufigkeit, Schweregrad und Leidensdruck. Auch sexuelle Probleme und Dyspareunie am Introitus werden erfragt, was für

die Operationsplanung sinnvoll sein kann. Für die posttherapeutische Auswertung wurde ein zusätzliches Modul entwickelt, das neben Verbesserungs- oder Verschlechterungsangaben auch die Zufriedenheit mit der Behandlung und dem Therapieergebnis abfragt [Baessler & Junginger 2011].

Einsatz in der Praxis

Welcher Fragebogen in Sprechstunden angewendet wird, hängt sicher von den Anforderungen und den Präferenzen der Ärzte ab, wahrscheinlich aber auch vom Patientenkollektiv. Aus unserer Erfahrung heraus ist der Deutsche Beckenboden-Fragebogen für die Spezialsprechstunde gut geeignet, da er sich leicht in die Routine integrieren lässt und auch zusätzliche Fragen möglich sind. Alternativ und durchaus validiert können 10-cm-Analog-Skalen eingesetzt werden, um die Schweregrade von Symptomen zu erfassen. Sie korrelieren mit Likert-Skalen und wurden als reproduzierbar und zuverlässig beschrieben [Lukacz et al. 2004].

Fazit

Um Beckenbodenfunktionsstörungen zu erfassen, gibt es inzwischen in Deutschland verschiedene validierte

Instrumente, die teilweise auch gut in die Praxis integriert werden können. Auch ein posttherapeutisches Modul liegt vor, mit dem sowohl die konservative als auch die operative Qualitätskontrolle erfolgen kann. Gerade um Behandlungskonzepte zu bewerten, spielt die zuverlässige Evaluation von Beckenbodenfunktionsstörungen, des Schweregrads und der Lebensqualität eine entscheidende Rolle. Die betroffenen Patientinnen interessieren vor allem die funktionellen Ergebnisse einer Therapie, nicht nur die anatomischen Erfolge. Die Zukunft liegt wahrscheinlich in elektronischen Fragebögen, die durch neue anwenderfreundliche Oberflächen auch von älteren Patienten gut ausgefüllt werden können.

Literatur bei den Verfassern

**PD Dr. med. Kaven Baessler
Bärbel Junginger**
Klinik für Gynäkologie
Charité Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin and Mitte
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin
E-Mail: kaven.baessler@charite.de

Anzeige

Anzeige 1/4 quer (174x55 mm)

ACHTUNG:

**Hier muss der
Dummy durch
eine Anzeige**