

UNTERSUCHUNGEN IN DER UROLOGIE



**Urologie
konkret**

**Inkontinenz –
Kompetenz
mehrerer
Spezialisten
erforderlich**

Seite 11

**Geschichten, die das
Leben schrieb:
Mit dem Camper
von Kiel zur
Wittener Urologie**

Seite 9

Editorial

„Keine Diagnose durch Hose“ – was hier salopp anklingt, ist, dass eine erfolgreiche Therapie nur mit einer dezierten Diagnose erfolgen kann und diese sich nicht immer nur durch eine Befragung erklärt. So kann „häufiges Wasserlassen“ Ausdruck einer Prostatavergrößerung, einer Harnwegsinfektion, eines lokalen Hormonmangels nach den Wechseljahren sein oder auf einer neurologischen Erkrankung, einem Diabetes oder anderen „internistischen“ Erkrankungen beruhen. So ist eine „Video-Sprechstunde“ oftmals problematisch, weil sie noch nicht einmal einfachste Untersuchungen erlaubt. Wie geht jemand vom Wartezimmer in den Untersuchungsraum? Ist er munter und geht schnell? Schleppt er sich dahin? Ist er fiebrig-heiß? So hat der liebe Gott vor die Therapie die Diagnose gestellt. Diese ist häufig nur mit speziellen Untersuchungsmethoden sicher zu stellen. Diese sollen hier im Zentrum der vorliegenden Ausgabe der „Wittener UroNews“ stehen. Was passiert bei einer Blasenspiegelung? Bei einer „Urodynamik“? Wann muss geröntgt werden und was ist eine „Doppler-Sonographie“? Warum wird nicht immer eine Urinkultur angelegt, sondern es reicht ein Urinschnelltest? Ein Aspekt ist bei aller Lektüre wichtig: Angst vor einer Untersuchung entsteht häufig dann, wenn mich etwas Unbekanntes erwartet. So sollte sich der Leser in der Urologie des EVK Witten oder sonstwo nicht scheuen, seinen (Stations-)Arzt oder die Ambulanzschwester nach dem Ablauf zu fragen, anstatt still vor sich hinzuleiden. Gerne ist das med. Personal für Sie da.



Ihr Prof. Andreas Wiedemann

Rektale Untersuchung – ja muss das denn sein?

Da machen Urologen den PSA-Test, es gibt das „multiparametrische Prostata-MRT“, den hochauflösenden Ultraschall (allerdings auch vom Darm aus) – hat sich da die rektale Untersuchung nicht überlebt?

In der Tat ist der Stellenwert der Prostata-Abtastung gesunken. War es noch vor 20 Jahren nahezu die einzige Möglichkeit, die Prostata zu untersuchen und einen Prostata-Krebs zu erkennen, sind die Methoden heute feiner geworden. Ultraschall und MRT liefern ein hochauflösendes Bild von der Prostata, der PSA-Wert zeigt an, ob etwas nicht in Ordnung ist. Und dennoch – die höchste Erkenntnis von

Prostataerkrankungen liefert die Kombination aller Untersuchungen – inklusive der rektalen Tastung. Ob z. B. die Prostatauntersuchung schmerzhaft ist (wie bei einer Prostataentzündung) oder ob ein Darmpolyp vorliegt, wird nur in der rektalen Untersuchung erkannt.

Also – um die Eingangsfrage zu beantworten: Ja es muss (in den meisten Fällen) sein.

Blasenspiegelung

Schlechte Erinnerungen haben Patienten an eine Blasenspiegelung, wenn sie diese vor 10 oder mehr Jahren durchgemacht haben. Damals wurde „starr“ gespiegelt, also mit Optiken, die technisch aus einer Metallröhre mit eingebautem Linsensystem bestanden. Dies ist Geschichte. Heute wird gerade bei Männern standardmäßig „flexibel“ gespiegelt.

Es handelt sich um weiche „Plastikschläuche“, die Glasfaserbündel enthalten. Diese transportieren Licht und Bild, sind aber über eine Mechanik auf der Seite des Urologen beweglich. Die gebogene Harnröhre des Mannes wird nicht mehr schmerzhaft durch eine starre Röhre aufgerichtet, sondern das flexible Instrument gleitet auf einem Wasserstrahl reitend in die Blase. Der Grad der Belästigung für den Patienten ist auf einen Bruchteil reduziert.

Mit wenigen Ausnahmen (z. B. demente Patienten, Kinder) bedarf es dazu absolut keiner Narkose und auch keiner Beruhigungsmittel wie bei einer Darmspiegelung. Diese ist per se nicht mit einer Blasenspiegelung vergleichbar: Während eine Darmspiegelung 30 Minuten und – z. B. bei einer Gewebentnahme – noch länger dauert, ist eine Blasenspiegelung nach 1 – 2 Minuten „erledigt“.

Zumeist dauern die Vorbereitungen länger als der eigentliche Spiegelungsvorgang: Der Patient wird – so sehen es die Hygienevorschriften vor – mit sterilen Einmaltüchern abgedeckt, ein Wasserzulaufschlauch und -ablaufschlauch wird an das Instrument angeschlossen und dieses mit dem Kameraprozessor und der Lichtquelle verbunden. Häufig kann der Patient über einen Monitor seine Spiegelung mitverfolgen. Die Harnröhre erhält ein Gleitgel, das das Einführen des Instrumentes erleichtert und das manchmal auftretende Brennen bei dem ersten Wasserlassen nach der Spiegelung dämpft.

„Überraschend problemlos...“

Die meisten Patienten berichten darüber, dass die Blasenspiegelung überraschend problemlos war und dass sie „mehr Angst als Vaterlandsliebe“ hatten. Selten wird eine Blasenspiegelung primär in Narkose

vorgenommen. Dann, wenn eine Gewebesenahme geplant ist, oder wenn eine sog. „Dehnungsspiegelung“ der Blase durchgeführt wird.

Sonderfall Interstitielle Zystitis (IC)

Dabei handelt es sich um eine Spezialuntersuchung zur Detektion einer „Interstitiellen Zystitis“. Dies ist eine sehr seltene, aber ernste Form einer nicht-bakteriellen Blasenentzündung, die sich vermutlich als „rheumatische Entzündung der Blase“

erklären lässt. Während die „gewöhnliche“ Blasenpiegelung bei dieser „IC“ völlig normal ist, treten unter einer milden (aber Narkose erfordernden) Blasendehnung charakteristische Blutungspunkte auf. Sind solche „Glomerulationen“ in einer Zahl von > 10 an mehr als 3 Quadranten der Blase und nicht im Lauf des Instrumentes zu sehen, kann eine Interstitielle Zystitis als gesichert angenommen werden (Abb. 1).

Nötig wird eine Blasenpiegelung z. B. dann, wenn

eine Harnleiterschleife, die im Rahmen einer Steinbehandlung eingesetzt wurde, wieder entfernt werden muss (Abb. 2 und 3).

Weitere Gründe

Weitere Gründe sind unklare mikroskopische oder mit dem bloßen Auge sichtbare Blutbeimengungen zum Urin, die im Ernstfall auch einmal ihren Ausgangspunkt von Tumoren der Harnblase gerade bei Rauchern nehmen können (Abb. 4).

Auch zur Abklärung von Harnwegsentzündungen werden Blasenpiegelungen vorgenommen: Der behandelnde Urologe kann die Art und den Schweregrad der Blasenentzündung sehen und die Therapie danach ausrichten. So kann es sich um eine akute (Abb. 5) oder chronische (Abb. 6) Blasenentzündung handeln oder um eine sog. „Zystitis zystica“, eine atypische Reaktion der Harnblasenschleimhaut auf Coli-Bakterien (Abb. 7).

Bestätigung von Befunden

Und manchmal bestätigt eine Blasenpiegelung Befunde, die etwa im Ultraschall aufgefallen sind. Dazu gehören Blasensteine (Abb.8) oder auch Ausstülpungen der Blasenwand, sog. „Divertikel“, die es auch am Darm gibt (Abb. 9).

Zusammenfassend gilt in Abwandlung eines Kinder-spruches „Keine Angst vorm bösen Wolf“ in der modernen Urologie: „keine Angst vor einer Blasenpiegelung“.

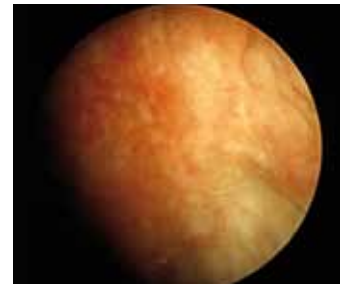


Abb. 5: Akute Blasenentzündung mit geröteter, geschwollener Blasenschleimhaut

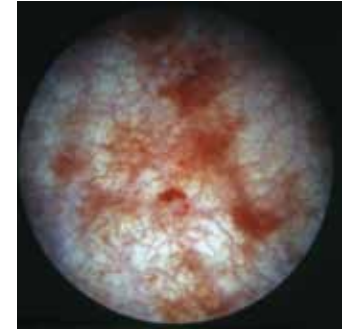


Abb. 6: Chronische Zystitis – fleckförmige, gerötete und manchmal blutende Schleimhaut-Areale

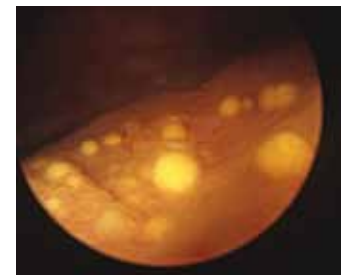


Abb. 7: „Zystitis zystica“ mit kleinen, unter der Schleimhaut liegenden Entzündungsherden



Abb. 8: Blasenstein



Abb. 9: Ausstülpung der Blasenwand, „Blasendivertikel“

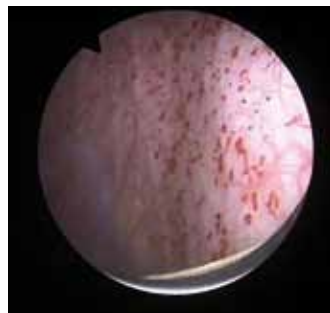


Abb. 1: Punktförmige Blutungen nach Dehnung der Blase in der sog. „Distensionszystoskopie“ bei Verdacht auf Interstitielle Zystitis („Glomerulationen“)



Abb. 3: Doppel-J-Katheter bei der Blasenpiegelung (mit geschwollener Harnleitermündung)

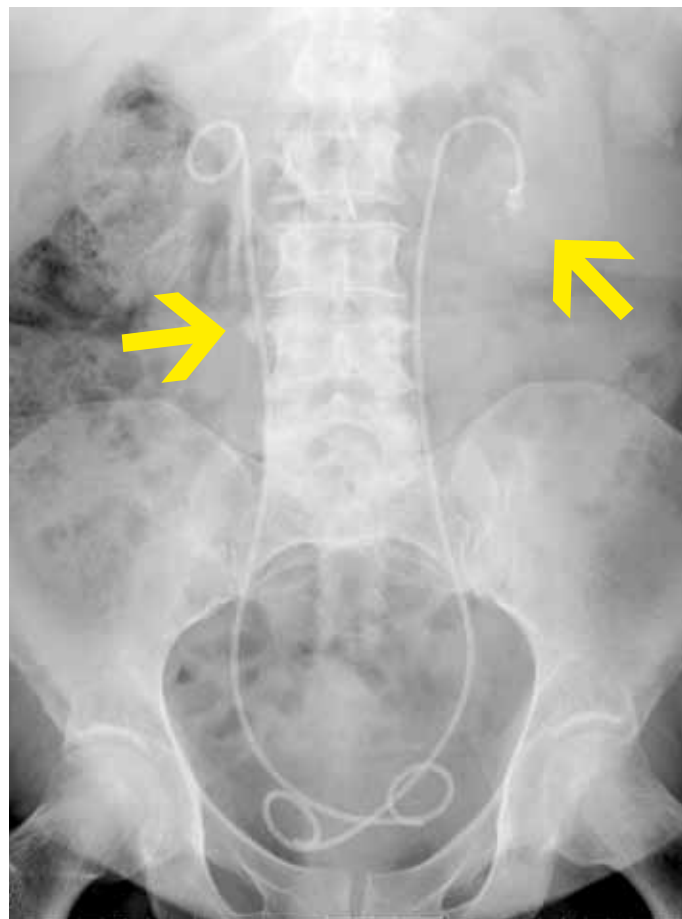


Abb. 2: Doppel-J-Katheter beidseits – bei Steinen beidseits



Abb, 4: Blasentumor mit „See-Anemonen-artigem“ Bild – nicht aggressiv

Urodynamik

Die sog. „urodynamische Messung“ dient der Untersuchung von Blasenfunktionsstörungen. Anders als bei einer Blasenpiegelung wird kein Befund „sichtbar“ gemacht, sondern das Auftreten von Harndrang, die Blasenkapazität und der Blaseninnendruck gemessen. Dazu wird die Blase über einen in die Blase eingeführten dünnen Messkatheter langsam – das Einlaufen von Urin imitierend – mit warmem sterilen Wasser gefüllt (Abb. 10).

Der Patient wird gebeten, anzugeben, wann er Harndrang bekommt, dieser Harndrang „nötig“ wird und wann die Blase absolut voll ist. Anschließend soll er in einen Messbecher Wasser lassen – der Harnstrahl und der dabei entstehende Blaseninnendruck wird gemessen. Während der urodynamischen Messung wird über Klebeelektroden die Muskelaktivität des Beckenbodens registriert und der Druck im Enddarm vermessen. Dies hat messtechnische Gründe – der Blasendruck braucht einen Referenzwert (Abb. 11).

Besonders die Notwendigkeit, einen Messkatheter in die Blase einzuführen verursacht Bedenken seitens des Patienten. In einer eigenen Untersuchung von Dr. Raban Mazur, Doktorand bei Prof. Wiedemann konnte jedoch mit einem weit verbreiteten Instrument dokumentiert werden, dass die damit verbundenen Schmerzen nahezu nicht ins Gewicht fallen. Dr. Mazur wendete – erstmals für die urodynamische Messung – im Rahmen seiner Doktorarbeit die sog. „visuelle Analogskala“ bei Patienten mit Urodynamik an. Die Patienten wurden gebeten, auf einer Skala von 0 (= kein Schmerz) bis 10

(= stärkster vorstellbarer Schmerz) einen Strich zu machen an der Stelle, an der sie die aktuellen Schmerzen bei der Untersuchung sahen (Abb. 12).

Im Mittel gaben alle Patienten auf der visuellen Analogskala einen Wert von 1,29 (0-10) und damit einen zu vernachlässigenden Schmerz an. Bei Frauen mit ihrer kurzen Harnröhre und Gewöhnung an die „gynäkologische“ Untersuchungsposition fand sich ein mittlerer Wert von 0,93, bei Männern (lange, gebogenen Harnröhre) lag dieser Wert erwartungsgemäß mit 2,13 höher. Insgesamt entstanden jedoch keine (interventionsbedürftigen) Schmerzen.

Wann mutet ein Arzt dem Patienten eine Urodynamik zu?

Dies ist z. B. bei einer unklaren Harninkontinenz, bei einer Blasenentleerungsstörung oder zu einer Therapiekontrolle der Fall. Soll etwa ein pathologischer, die Nieren gefährdender Blaseninnendruck mit Medikamenten gesenkt werden, um Symptome einer Überaktiven Blase zu dämpfen, lässt sich dieser Blaseninnendruck nur über die Urodynamik objektivieren.



Abb. 10: Urodynamische Messung – der Patient hat einen dünnen Messkatheter in der Harnröhre bzw. Blase, die Beckenboden-EMG-Aktivität wird ähnlich einem EKG mit Klebeelektroden gemessen.

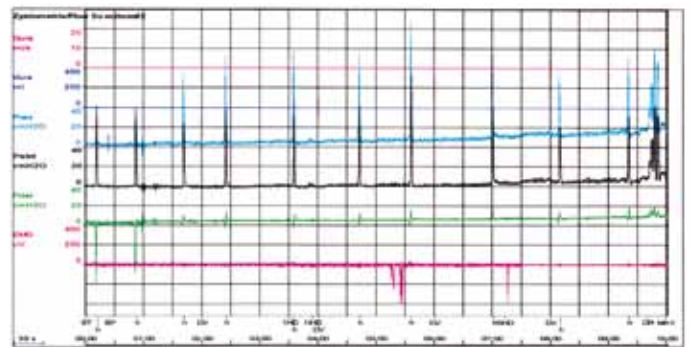


Abb. 11: Normale urodynamische Messung mit Blasen-, Darm- und Differenzdruck, einlaufendem warmem Wasser und Beckenbodenaktivität (von oben nach unten). Am Ende lässt der Patient Wasser.

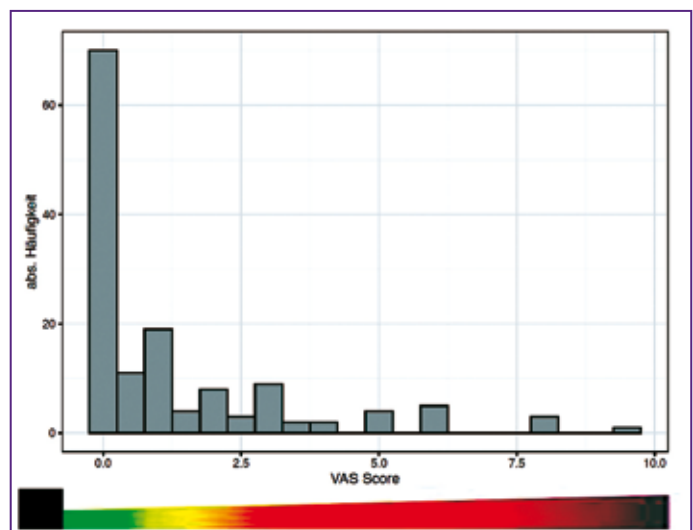


Abb. 12: Angabe der untersuchungsbedingten Beschwerden bei der urodynamischen Messung bei 92 Patienten (Promotion Dr. Raban Mazur).

Dopplersonographie

Dopplersonographie

Dopplersonographie

Es war ein Salzburger Physiker, Christian Doppler, der vor 200 Jahren den nach ihm benannten akustischen Effekt beschrieb und berechnete (Abb. 13).

Dieser Effekt ist im Alltag gut zu beobachten, wenn ein Auto an einem Fußgänger vorbeifährt. In dem Moment verändert sich das Motorgeschall – es wird tiefer wahrgenommen. Was mit der Stauchung von akustischen Wellen zu tun hat, übertrug Doppler auf den Ultraschall von „korpuskulären Flüssig-

keiten“ – also Flüssigkeiten, die wie z. B. Blut Blutkörperchen enthalten. Sie reflektieren Schallenergie je nach Strömungsrichtung. Man kann heutzutage nicht nur diese Strömung hörbar machen, sondern auch die Strömungsrichtung „farbcodiert“ darstellen – weg vom Schallkopf: rot, hin zum

Schallkopf: blau. Damit kann die Durchblutung von Organen in Arterien vom Herzen weg rot oder hin zum Herzen blau dargestellt werden. Die große Domäne dieser Untersuchung ist die Gefäßchirurgie oder Angiologie, bei der es um Erkrankungen der Blutgefäße geht. Aber auch in der Urologie ist die Dopplersonographie unverzichtbar. So kann mit dieser Untersuchung schnell und nicht-invasiv geklärt werden, ob ein Hoden noch durchblutet ist. Dies ist bei einem Verdacht auf eine sog. Hodentorsion (Verdrehung des Hodens mit Abschnürung der Blutzufuhr) wichtig. Eine verringerte Durchblutung toleriert das empfindliche Hodengewebe nur maximal 4 Stunden. Wird in dieser Zeit die Diagnose nicht gestellt, stirbt der Hoden ab und muss entfernt werden (Abb. 14).

Auch bei der sog. „Varicozele“, Krampfadern im Samenstrang, spielt die Dopplersonographie eine wichtige Rolle. Im Normalfall verhindern Venenklappen, dass Blut im Stehen oder bei Pressen von oben in den Samenstrang bzw. die Hodenvenen gepresst werden kann. Sind diese Venenklappen wie bei gewöhnlichen Krampfadern am Bein defekt, so kann das verbrauchte Blut aus dem Hoden schlechter zur Körpermitte entgegen der Schwerkraft abfließen. Das gestaute Blut führt nicht nur zu Druckschmerz im Hoden bei längerem Stehen und zu „regenwurmartigen“ Venenkonvoluten im Hodensack



Abb. 13: Christian Doppler (1803-1853), Quelle: Wikipedia

(Abb. 15), sondern auch zu Stoffwechselstörungen des Hodengewebes bis hin zur Unfruchtbarkeit. Neben dem Abtasten des Samenstranges ist die Dopplersonographie zur Diagnosestellung entscheidend (Abb. 16): Kann der Betroffene bei Pressen den Blutstrom vom Hoden zum Herzen „umkehren“, sind die Venenklappen defekt und eine „Varicozele“ gesichert. Mediziner nennen diese Untersuchung das „Stromumkehrphänomen“ unter Valsava (-Pressdruck).



Abb. 15: Varicozele (Krampfader im Samenstrang) in der Computertomographie (Wikipedia)



Abb. 14: Bild einer Hodentorsion mit einem blau-schwarzen, verdrehten und abgestorbenen Hoden, der entfernt werden musste. Ursache ist die „Verdrehung“ des Samenstranges, gut oberhalb und rechts vom Hoden zu erkennen.

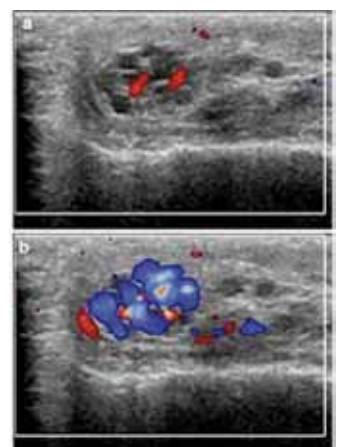


Abb. 16: Farbcodierte Dopplersonographie bei Varicozele: Der durch Pressdruck erzeugte „Blutswall“ zum Hoden hin wird sichtbar gemacht (blaue Formationen in der unteren Abb.).

Abstriche in der Urologie

Corona hat einen Schnell-Lehrgang in virologischer Diagnostik mit sich gebracht – heute weiß jedermann, was ein PCR-Test ist. Diese „Polymerase-Chain-Reaction“ ist aber nicht nur bei Viren anzuwenden, sie detektiert auch Bakterien. Dabei wird das Erbgut von Krankheitserregern so häufig dupliziert, bis es messbar wird.

Die Anzahl von Bakterien oder Viren im Ausgangsmaterial wird dabei mit dem sogenannten CT-Wert angegeben – je niedriger er ist, desto mehr Erreger waren im Ausgangsmaterial. Je höher also der Wert, desto geringer die Keimzahl – ab einem CT-Wert von 33 aufwärts kann man dann davon ausgehen, dass ein Mensch mit COVID-Infektion nicht mehr ansteckend ist, weil nur noch sehr, sehr wenig Viren im Nasen-Rachenraum sind. Dieser Vorteil des PCR-Tests gegenüber herkömmlichen Kulturen von Erregern ist aber mit einem anderen Nachteil verbunden: Während in einer Kultur einfach die Erreger wachsen, die vorkommen, misst der PCR-Test nur einen Erreger, auf den er geeicht ist. Man muss also wissen, wonach man sucht. Ein PCR-Test im Urin macht also keinen Sinn, da Dutzende von Erregern in Frage kommen, die alle unterschiedliches Erbgut beinhalten. Also wird die „gute

alte Urinkultur“ noch lange nicht von der „Urin-PCR“ abgelöst werden. Ein weiterer Nachteil des PCR-Tests ist, dass die verschiedenen Reaktionsschritte in verschiedenen Temperatur-Bereichen ablaufen. Die Probe muss also erwärmt, gekühlt, erwärmt usw. werden – technisch machbar, aber aufwändig (s. Abb 17.). Auch deswegen

ist ein PCR-Test hochpreisig und nicht für Routine-Untersuchungen geeignet.

An anderer Stelle aber hat die PCR ihren Stellenwert: bei sexuell übertragbaren Krankheiten („Geschlechtskrankheiten“) wird nach relativ wenigen Erregern aus sehr wenig Erregergruppen gesucht. Diese können manchmal nur sehr schwer

außerhalb des menschlichen Körpers angezchtet werden – schon eine kleine Abkühlung lässt sie absterben. Aber auch im abgestorbenen Zustand ist ihre Erbsubstanz mit der PCR nachweisbar, so dass heute nahezu ausschließlich Geschlechtskrankheiten oder Harnröhrenentzündungen über die „PCR“ diagnostiziert werden.

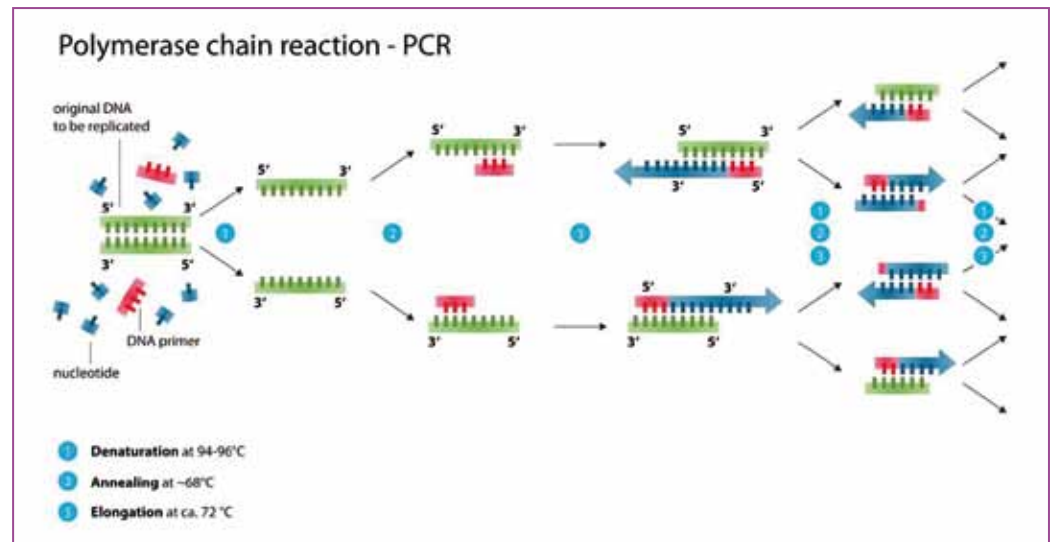


Abb. 17: Verschiedene Schritte der Erbgut-Vervielfältigung in einem PCR-Test mit verschiedenen Temperatur-Bereichen (Quelle: openscience.at)

Urinstix, Urinsediment, Urinkultur

Urinschnelltest reicht? Leitlinien legalisieren den Verzicht auf eine Urinkultur bei unkomplizierten Harnwegsinfekten der jungen Frau. Dies gilt dann, wenn weniger als 2 Infekte in 6 Monaten auftreten und keine Risikofaktoren vorliegen. Dazu wiederum gehören Erkrankungen des Harntraktes, Steine, Engen, Diabetes, hohes Alter – und wenn ein Mann einen Harnwegsinfekt hat, ist dieser immer als kompliziert zu betrachten.

Hintergrund für den Verzicht auf eine Urinkultur bei jungen Frauen ist eine Kosten-Nutzen-Analyse. Zwar lässt sich nur mit einer Urinkultur der Erreger identifizieren und die Wirksamkeit der verschiedenen Antibiotika auf diesen individuellen Keim testen, dies ist jedoch in den meisten Fällen nicht nötig, weil die typischen Erreger „schwach“ sind, d. h. auf vermutlich alle Antibiotika reagieren. Anders verhält es sich, wenn die Harn-

wegsinfektion häufig wiederkommt oder z. B. ein Nierenstein vorliegt – dann haben sich oftmals „resistente“ Keime angesiedelt, die lange noch nicht auf jedes Antibiotikum empfindlich zeichnen. Dann muss anhand der sog. Resistenzbestimmung ein wirksames Antibiotikum ausgesucht werden. Das Dilemma des Urinschnelltests mit Teststreifen ist, dass zwar das Vorhandensein von roten und weißen Blutkörperchen und einem Abbauprodukt

von Bakterien („Nitrit“) angezeigt wird, diese Mosaiksteine zusammen mit den Beschwerden des Patienten oder der Patientin aber zu einem Gesamtbild zusammengesetzt werden müssen. So können weiße Blutkörperchen auch aus dem Scheidenvorhof der Frau stammen, rote Blutkörperchen auch noch Tage nach der Menstruation vorhanden sein – und Nitrit bilden nur rund 50 % der für eine Harnwegsinfektion in Frage kommenden Bakterien.

Urologisches Röntgen

IV-Urogramm, CT, Urethrographie – was ist das?

Bei dem sog. IV-Urogramm oder Ausscheidungsurogramm wird Kontrastmittel, das den Harn anfärbt, über eine Vene „iv“ oder intravenös gegeben. Daher rührt der Name „IV-Urogramm“. Im Vergleich mit einer Aufnahme ohne Kontrastmittel kann der befundende Arzt z. B. Steine (s. Abb. 18), Polypen oder Engstellen in den Harnwegen erkennen und Rückschlüsse auf eine eventuelle Schädigung der Nieren ziehen.

Wird das Kontrastmittel nur „flau“, d. h. in geringerer Menge von der Niere in den Urin ausgeschieden, kann dies ein Hinweis auf eine gestörte Nierenfunktion sein. Interessant ist dies in Fällen einer einseitigen Störung, denn eine beidseitige Einschränkung der Nierenfunktion lässt sich auch einfach im Blut mit bestimmten Parametern feststellen. Ein IV-Urogramm ist also immer eine Serie von Röntgenbildern. Da Kontrastmittel für die Nieren geringe Mengen an Jod enthält, muss vorher eine Bestimmung der Schilddrüsenwerte erfolgen, da eine Jodgabe bei (unerkannter) Überfunktion der Schilddrüse zu einer Verschlimmerung der Überfunktion führen

würde. Sehr selten besteht eine Kontrastmittelallergie, die mit Gegenmitteln behandelt werden muss.

Gleiches gilt für das CT, das den Menschen wie einen Rosinenkuchen in „Scheiben“ oder „Schnitte“ teilt. Bild für Bild, Schnitt für Schnitt kann dann der Untersucher von den Rippen nach unten „fahren“ und dann pathologische Befunde sehen (s. Abb. 19). Vorteile vor dem IV-Urogramm: Auch Befunde neben den Nieren und den Harnwegen sowie im Nierengewebe können sichtbar gemacht werden – das IV-Urogramm stellt nur die eigentlichen Harnwege dar.

Auch das „retrograde Ureth-



Abb. 19: CT mit Nierentumor links – der Kopf des Patienten ist „hinter“ der Bildebene, die Füße davor.

rogramm“ wird mit Kontrastmittel angefertigt. Dieses wird jedoch nicht über die Vene gegeben, sondern läuft über einen Katheter direkt in die Harnröhre ein. Harnröhrenengen, Ausbuchtungen

oder „falsche Wege“ können so dargestellt werden. Auch sind Rückschlüsse auf die Prostatagröße und die durch die Vergrößerung bestehende Kompression der Harnröhre möglich.



Abb. 18: IV-Urogramm mit Leerbild, Füllungsbild nach 7 und 45 Minuten mit Darstellung eines Harnleitersteines (rechts im Bild, auf der linken Seite des Patienten, dort, wo der Harnleiter – von oben kommend, weiß dargestellt – abbricht).

Mitarbeiter*in des Monats

Viele Patienten werden sie in der urologischen Ambulanz während des Aufnahme-Prozesses treffen: Melanie Heese ist „physician assistant“ – eine Position bzw. Tätigkeit, die heute an einer Fachhochschule als Bachelor/Master-Studiengang angeboten wird. Anders als z. B. eine Arzthelferin oder „Medizinische Fachangestellte“ darf ein physician assistant eigenständig Befunde erheben oder Ultraschalle anfertigen. Wird es rechtsverbindlich (wie z. B. bei einer OP-Aufklärung), darf er oder sie diese Aufklärung tätigen, ein Arzt muss allerdings als „Endaufsicht“ noch einmal fragen, ob es Unklarheiten gibt und gegenzeichnen. Insgesamt ist Frau Heese in dem immer komplexer werdenden und leider auch von vielen Formalien geprägten Aufnahmeprozess wertvoll und hat sich bereits als „Fels in der Brandung“ bewährt (Abb. 21).



Abb. 21: Melanie Heese, physician assistant der urolog. Ambulanz

Assessments


Assessments sind strukturierte Erhebungsbögen zur zuverlässigen („validen“) und untersucherunabhängigen („reliablen“) Erfassung von Beschwerden. Einer Checkliste gleich werden immer die gleichen, sinnvollen Fragen an Patienten gestellt und die Antworten zumeist mit einem Punktwert versehen.

Bestes Beispiel in der Urologie (und vielleicht hat der männliche Leser so einen Fragebogen schon einmal in einem Wartezimmer ausgefüllt) ist der Internationale Prostatasymptomenscore oder der Fragebogen der „International Continence Society“ zur Erfassung einer Harninkontinenz (s. Abb. 20). Es wird nach der Häufigkeit eines Urinverlusts, nach dem Umfang und der Beeinträchtigung der Lebensqualität gefragt. Das Ergebnis mit einem Punktwert

erlaubt nicht nur den Vergleich mit anderen Patienten und damit die Einordnung des individuellen Falles in einen Schweregrad, es gelingt auch der longitudinale Vergleich im zeitlichen Verlauf. Auf die einfache Frage nach einem Jahr „ist eine Besserung aufgetreten“ kann kein Patient außer einem undefinierten Gefühl Auskunft geben. Anders verhält es sich, wenn die Punktwerte verglichen werden – auch leichte Veränderungen können so sichtbar gemacht werden.

Inkontinenz-Fragebogen ICIQ-SF
Formular

Abteilungshandbuch Urologie
gültig für: EvK Witten



EvK Krankenhausbetriebsgesellschaft
Herne | Castrop-Rauxel gGmbH
EvK Castrop-Rauxel | EvK Herne | EvK Witten

1. Wie oft kommt es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust?

nie	<input type="checkbox"/> 0
einmal pro Woche oder seltener	<input type="checkbox"/> 1
zwei- bis dreimal pro Woche	<input type="checkbox"/> 2
einmal täglich	<input type="checkbox"/> 3
mehrmals täglich	<input type="checkbox"/> 4
ständig	<input type="checkbox"/> 5

2. Wie hoch ist der Urinverlust?

kein Urinverlust	<input type="checkbox"/> 0
eine geringe Menge	<input type="checkbox"/> 2
eine mittelgroße Menge	<input type="checkbox"/> 4
eine große Menge	<input type="checkbox"/> 6

3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
gar nicht										stark

4. Wann kommt es zum Urinverlust (Mehrfachantworten möglich)

zu keiner Zeit	<input type="checkbox"/>
bevor Sie die Toilette erreichen können	<input type="checkbox"/>
beim Husten, Niesen, Laufen, usw.	<input type="checkbox"/>
im Schlaf	<input type="checkbox"/>
bei körperlicher Anstrengung & Sport	<input type="checkbox"/>
nach dem Wasserlassen	<input type="checkbox"/>
aus keinem ersichtlichen Grund	<input type="checkbox"/>
Urinverlust tritt ständig auf	<input type="checkbox"/>

5. Wie viele Vorlagen benötigen Sie?

nur eine Sicherheitsvorlage	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzvorlagen tagsüber:	Stk.
Inkontinenzvorlagen nachts:	Stk.

6. Wie häufig gehen Sie zur Toilette um Wasser zu lassen?

tagsüber:	mal
nachts:	mal

ICIQ-Summen-Score (Fragen 1+2+3)	/ 21
Keine Inkontinenz	0
Leichte Inkontinenz:	1-5
Mäßige Inkontinenz	6-10
Starke Inkontinenz	11-21

Abb. 20: Inkontinenzfragebogen der International Continence society – in der Kurzform oder short form SF

Geschichten, die das Leben schrieb – oder „Mit dem Wohnwagen von Kiel zur Behandlung nach Witten“ – der IC wegen

Sie ist 23, Studentin der Sonderpädagogik und kerngesund, wenn da nicht die Blasenschmerzen und der Harndrang wären: Celine S. (Name geändert, Anm. d. Redaktion) lief von „Pontius zu Pilatus“, von Hausarzt zu Urologen, von Urologen zu Gynäkologen und zurück... Bis jemand auf die Idee kam, dass es sich bei dem chronischen Beschwerdebild der jungen Frau um eine „Interstitielle Zystitis, IC“ handeln könne.

Dies ist eine letztlich unklare Entzündung der Blase, die aber keine bakterielle Infektion darstellt. Vermutlich durch im Urin befindliche Nahrungsbestandteile, die bei einer defekten Schutzschicht in der Blase in tiefes Blasengewebe „einsickern“ können, kommt es zu Blasenbeschwerden, gegen die scheinbar kein Kraut gewachsen ist.

Nachdem der Verdacht ausgesprochen war, machte sich Celine im Internet auf die Suche nach einem „Zentrum für IC und Beckenschmerz“ und wurde in Lüneburg fündig. Da es bundesweit nur 11 Zentren, davon 2 in Westfalen mit einem in Witten gibt, versuchte sie, einen Termin für eine Untersuchung zu erhalten. Da die Wartezeit in

Lüneburg mehr als ein halbes Jahr betrug und in Witten nur 3 Wochen, fiel der Entschluss bei Celine, mit Unterstützung des Vaters sich auf den Weg nach Witten zu machen. Als routiniertere Camping-Familie war es nicht schwer, den Wohnwagen anzuspinnen und das Hauptquartier auf dem Campingplatz Hohensyburg aufzuschlagen (s. Abb. 22). Zur Behandlung von dort in das EVK Witten, danach zur Erholung wieder auf den Campingplatz, dann wieder zurück an die Ostsee. Zwar hat sich der Verdacht auf eine Interstitielle Zystitis



Abb. 22: Campingplatz Hohensyburg als Basislager für eine Behandlung im EVK Witten (Quelle: www.camping-hohensyburg.de)

nicht bestätigt, dennoch ist Celine nicht traurig, den weiten Weg gemacht zu haben. „Jetzt kann ich an diesen Verdacht einen Haken ma-

chen und meine Ärzte können weiter nach der Ursache meiner Beschwerden suchen“ sagte sie zum Abschied im Diakonissenhaus.

Gut besuchtes Harnblasen-Café im Ardey-Hotel:

Erkrankungen der Harnblase im Fokus

Zahlreiche Besucher kamen der Einladung von Prof. Dr. Andreas Wiedemann zum Harnblasen-Café nach. In seinem anschaulichen Vortrag erläuterte der Chefarzt der Klinik für Urologie am Ev. Krankenhaus Witten die Ursachen einer Blasenentzündung, welche Maßnahmen am besten greifen und vor allem, wie man einer solchen Erkrankung vorbeugen kann.

Er empfiehlt, regelmäßig die Blase zu entleeren, eine sorgsame Intimhygiene durchzuführen sowie ein gesundes Trinkverhalten. Weitere Themen waren die Ursachen einer Harnwegsinfektion sowie das Krankheitsbild der Interstitiellen Zystitis. Betroffene dieser seltenen Erkrankung leiden unter sehr starken Schmerzen im Bereich der Harnblase und kommen auf

bis zu 60 Toilettengänge bei Tag und Nacht. Im Anschluss nutzten die Besucher*innen die Gelegenheit, dem Chefarzt ihre Fragen über Harnwegsinfektionen, Reizblase und Schwierigkeiten beim Wasserlassen zu stellen.

Prof. Dr. Andreas Wiedemann strebt an, im nächsten Jahr wieder die bekannten Führungen durch die uro-

logische Ambulanz im EvK Witten anbieten zu können,

die pandemiebedingt derzeit nicht möglich sind.



Auf ein großes Interesse stieß die Veranstaltung „Harnblasen-Café“ mit Prof. Dr. Wiedemann (links).

Wenn der Prophet nicht zum Berg kommt... oder Was hat die Prostata-OP mit dem Rathausplatz zu tun?

Erfolgreiches Mitwirken des EvK bei der Wittener Seniorenmesse

Rund 100 Blutzuckermessungen, über 200 herausgegebene Vorsorgevollmachten und unzählige Beratungsgespräche – für das Evangelische Krankenhaus Witten war die diesjährige Seniorenmesse ein voller Erfolg. Das EvK stellte auf dem Rathausplatz in Witten seine Angebote für ältere Menschen vor und war mit der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, der Klinik für Urologie, der Ernährungs- und Diabetesberatung, dem Sozialdienst sowie den therapeutischen Teams vertreten.

Zahlreiche Besucherinnen und Besucher nutzten die Gelegenheit, um mit den Gesundheitsexpertinnen und -experten von der optimalen Ernährung bis zum künstlichen Gelenk ins Gespräch zu kommen. Die Seniorinnen und Senioren wurden aber auch selbst aktiv und trainierten ihr Gleichgewicht

auf besonderen Kegeln oder testeten das Trainingsgerät Galileo, mit dem sich durch Vibration besonders gelenkschonend die Muskulatur kräftigen lässt.

Sehr gefragt war die kostenlose Blutzuckermessung, die so manchen Behandlungsbedarf ans Licht brachte. Großen Beratungsbedarf gab es rund um die Vorsorgevollmacht, die sich etliche Besucherinnen und Besucher neben anderem Informationsmaterial mit nach Hause nahmen.

Mittlerweile schon ein „Klassiker“ des Krankenhaus-Messeauftritts auf dem Wittener Rathausplatz ist der Greenlightlaser-Simulator der Klinik für Urologie. Das empfinden manche Besucher als einem Computer- oder Telespiel vergleichbar und so ist es nicht verwunderlich, dass sich hier stets zahlreiche Interessenten als „Operateure“ versuchen möchten. Und das können

sie auch. Ganz nebenbei erfahren sie, wie eine der modernsten OP-Methoden zur Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerung funktioniert.

Es war nun die erste Seniorenmesse nach zweijähriger Corona-Pause. Wengleich

sie in abgespeckter Version daher kam (keine Aussteller im Rathaus selbst), herrschte ein reger Besucherzulauf und dass, obwohl gleichzeitig im RuhrCongress Bochum die Bochumer Gesundheitsmesse stattfand.



EvK-Mitarbeiter*innen im Einsatz auf dem Rathausplatz – im Dienste der Gesundheit und der Gesundheitsinformation.



„Prostata-Café“ im Ardey-Hotel – Bis ans Limit der corona-bedingt zulässigen Besucherzahl ging der Andrang bei der Prostata-Infoveranstaltung im Ardey-Hotel, zu der EvK-Urologie-Chefarzt Prof. Dr. Wiedemann und sein Team geladen hatten. Der Andrang zeigte, wie enorm hoch der Informationsbedarf der Betroffenen ist. Sie mussten wg. Corona lange auf eine solche Veranstaltung warten. Sie wurden nicht enttäuscht – es blieb keine Frage zum Thema unbeantwortet. Offen ist jedoch die Frage, wie und wann es weitergeht. Bisher gibt es noch keine konkreten Termine für die Ambulanzführungen.

33. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft:

Die Behandlung von Inkontinenz braucht die Kompetenz und Zusammenarbeit vieler verschiedener Spezialisten

Auf dem 33. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft trafen sich in Frankfurt am Main rund 1000 Spezialistinnen und Spezialisten aus Medizin, Physiotherapie und Pflege sowie Fachpersonal aus Apotheke und Sanitätshaus – kurz: alle Berufsgruppen, die an der Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Harn- oder Stuhlinkontinenz beteiligt sind. Denn das größte Treffen rund um Inkontinenz, Beckenbodenfunktionsstörungen und benignem Prostata-syndrom bietet ihnen ein wissenschaftlich hochkarätiges Programm mit Vorträgen, Videosessions, Seminaren, Workshops – und dazu eine Plattform für intensiven Erfahrungsaustausch zwischen den verschiedenen Professionen. Die Heilungschancen sowie die Lebensqualität der Erkrankten immer weiter zu erhöhen – das ist das Anliegen aller Kongressbesucher.

„Gemeinsam für Kontinenz“ heißt der neue Slogan, den Univ.-Prof. Dr. Wiedemann, Witten, 1. Vorsitzender der Deutschen Kontinenz Gesellschaft auf dem Kongress vorgestellt hat. Denn, so betont er: „Die Facetten der Volkskrankheit Inkontinenz sind so mannigfaltig, da braucht es das fachübergreifende Teamwork aller beteiligten Expertinnen und Experten, um die Versorgung der breiten Gruppe von Betroffenen – also Kindern sowie Frauen und Männern in allen Altersgruppen – sicherzustellen und stetig zu verbessern.“ Und weiter: „Voneinander lernen, sich gegenseitig fördern, Zusammenarbeit vorantreiben – dafür bietet unser Kongress das optimale Forum.“

Die zwei Tage der diesjährigen Jahrestagung, waren dicht gefüllt mit rund 130 wissenschaftlichen Vorträgen, 26 Fortbildungskursen und 12 Workshops – moderiert und konzipiert von 116 nationalen und internationalen Referenten. Dazu gab es zwei Industriesymposien, in denen Studien von Medikamenten und medizinischen Therapien vorgestellt wurden.

„Das vielfältige Programm bot allen Fachdisziplinen fundierte Inhalte, etwa neue Erkenntnisse über Diagnoseverfahren und bewährte Therapien, dazu Studien zu innovativen Behandlungen sowie praktisches Know-how in Hands-on-Workshops. Wie immer gehörten auch die Videosessions zur Chirurgie der Beckenorgane zu den Highlights“, sagt Prof. Dr. Thomas Enz-



Der Vorstand der Deutschen Kontinenz Gesellschaft: (von links) 1. Vorsitzender Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Wiedemann, 2. Vorsitzende Prof. Dr. med. Christl Reisenauer und Schatzmeister Univ.-Prof. Dr. med. Werner Kneist.

mann, Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel. Der Urologe war einer der diesjährigen Kongresspräsidenten, gemeinsam mit Frauenarzt Prof. Dr. Boris Gabriel, St. Josefs-Hospital Wiesbaden, und Allgemein- und Viszeralchirurg Prof. Dr. Thomas Schiedeck, Klinikum Ludwigsburg. Prof. Dr. Boris Gabriel hebt hervor: „Im Fokus steht die Beckenbodengesundheit der Erkrankten, dies ist der gemeinsame Nenner aller Fachbereiche, die mit Inkontinenz zu tun haben. Darum treffen sie sich hier alle, um zusammen neue Konzepte zu entwickeln und zu diskutieren – zum Wohl der Patientinnen und Patienten.“ Prof. Dr. Thomas Schiedeck ergänzt: „Beckenbodenerkrankungen sind nicht nur vielfältiger Natur, sie werden aufgrund des demografischen Wandels zunehmend mehr Menschen treffen und stellen daher eine besondere Herausforderung an alle beteiligten Disziplinen dar. Ihr Zusammenwirken verbessert

nachweislich die Versorgung der Inkontinenz-Patienten: So gelingt es, eine ganzheitliche und individuelle Strategie für Betroffene in unterschiedlichen Lebenssituationen zu entwickeln und anzubieten. Das zeigt sich zum Beispiel auch in den zertifizierten Kontinenz- und Beckenbodenzentren.“

Zu den Schwerpunkten der Jahrestagung gehörten unter anderem: Prävention und Therapie von Geburtsschäden im kleinen Becken, Beckenbodenfunktionsstörungen bei Mann und Frau, Verfahren bei Senkungen, etwa der Gebärmutter, innovative Strategien zur Beseitigung von Fisteln, Updates zur roboterassistierten Präzisionschirurgie, Behandlung geriatrischer Patienten sowie die Situation bei der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Außerdem gab es Vorträge zu den Fortschritten der Zertifizierung der Kontinenz- und Beckenbodenzentren, an der fünf

Fachgesellschaften beteiligt sind. Großen Anklang fanden auch wieder die Seminare des „Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau“, traditioneller Kongresspartner der Kontinenz Gesellschaft, etwa zu den Themen „Blasenfunktionsstörungen im Kindesalter“ und „Inkontinenz nach Entfernung der Prostata“. Die interdisziplinären Veranstaltungen wurden durch Seminare des Arbeitskreises „Benignes Prostatasyndrom (BPS)“ der Deutschen Gesellschaft für Urologie erweitert, dort ging es beispielsweise um die aktualisierte Leitlinie „Diagnostik und Therapie des benignen Prostatasyndroms (BPS)“.

Premiere hatte ein Fortbildungsangebot für das Fachpersonal in Apotheke und Sanitätshaus, das nun auch in den interprofessionellen Austausch über die Versorgung bei Inkontinenz eingebunden wird. In dem neuen Format, bestehend aus zwei hintereinander folgenden Sitzungen à 90 Minuten, ging es neben Grundlagenwissen über Harn- und Stuhlinkontinenz insbesondere um Tipps und Tricks bei der Hilfsmittelberatung. Univ.-Prof. Andreas Wiedemann erklärt:

„Mit diesem neuen Seminar wollen wir helfen, die Qualität der Hilfsmittelberatung zu verbessern. Auch wenn die Beratung chronisch unterfinanziert ist, sollte eine optimale Versorgung mit Hilfsmitteln das Ziel sein – auch, um einen weiteren gesundheitlichen Schaden bei den Patientinnen und Patienten zu verhindern.“

Neuigkeiten aus dem Ev. Krankenhaus Witten

...**Endlich war es so weit** – der Wechsel in der Leitung der Abteilung für Geriatrie im EvK Witten ist vollzogen. Dr. Ulrich Weitkämper nimmt nur noch eine beratende Funktion im Krankenhauskonzern wahr, Stefan Ziemke leitet nun offiziell die Klinik für Altersmedizin am EvK Witten. Er ist vielen im Haus schon bekannt - Stefan Ziemke war schon seit geraumer Zeit in der Abteilung als Oberarzt tätig, nachdem er zuvor die gleiche Position in Recklinghausen innehatte. Als Kind des Ruhrgebiets nennt er Computerspiele als sein Hobby, wenn er einmal nicht medizinisch tätig ist. Bei der Führung der Abteilung wünschen ihm die Wittener UroNEWS eine glückliche Hand – herzlich willkommen!



Stefan Ziemke

Neu im Konzern: Sonja Noster betreut als ausgebildete Stoma- und Wundexpertin Patienten mit einem künstlichen Urin- oder Darmausgang in den 4 Krankenhäusern des ev. Verbandes Ruhr - dem EvK Witten, EvK Herne, EvK Castrop und Wanne-Eickel. Patienten mit einem solchen künstlichen Ausgang fangen die entspre-

chenden Ausscheidungen in einem Beutelsystem auf, das mit einer speziellen „Platte“ auf der Bauchhaut befestigt ist. Die sich hier ergebenden Probleme im Hinblick auf die Passgenauigkeit, Hauterkrankungen, Hilfen bei dem Wechsel und die Anpassung nach der Operation sind Themen, die Sonja Noster einfühlsam mit den Betroffenen bespricht. Auch für ambulante Patienten besteht die Möglichkeit, Frau Noster zu kontaktieren (über das urologische bzw. chirurgische Sekretariat). Ebenfalls herzlich willkommen!



Sonja Noster

Als Verstärkung im Ärzteteam des EvK Witten ist Jurij Sokolov, der als Anästhesist den Schwerpunkt „Schmerzmedizin“ hat, seit ein paar Monaten an Bord. Gut für die Patienten nicht nur im EvK: Jurij Sokolov betreut nicht nur stationäre Patienten, sondern darf wie ein niedergelassener Arzt Patienten auch ambulant auf Überweisung betreuen. Mit der Urologie gibt es viele Überschneidungen: Das chronische Beckenschmerzsyndrom, die sog. „Testalgie“ – chron. Hodenschmerz – und andere Krankheitsbilder erfordern eine Zusam-

menarbeit der entsprechenden Fachdisziplinen. Privat ist Jurij Sokolov begeisterter Motorradfahrer. Er besitzt mehrere „Maschinen“ alter und neuer Bauart. Prof. Wiedemann und Jurij Sokolov verbindet eine lange kollegiale Freundschaft – schon als Assistenzärzte haben beide in Gelsenkirchen vor 20 Jahren zusammengearbeitet und sich über Herdecke und Witten wiedergetroffen. Herzlich willkommen!



Jurij Sokolov

Unfallchirurgische Sprechstunde auf Arabisch – Die Ärzte Mohamed Aljash und Rustom Ellishani der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie behandeln seit August donnerstags zwischen 12 und 14:30 Uhr in einer speziellen unfallchirurgischen Sprechstunde arabisch sprechende Patient*innen. „Die Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Betroffenen ist einfacher, wenn beide die gleiche Sprache sprechen. Die Ärzte können die Beschwerden besser einschätzen und die Patienten verstehen Diagnose und weitere Behandlungsmaßnahmen“, weiß Dr. Michael Luka, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie. Der Bedarf ist groß, sodass die beiden

aus Libyen stammenden Ärzte ab sofort in der neu eingerichteten Sprechstunde als Ansprechpartner für Patient*innen mit akuten arthrosebedingten Verletzungen sowie akuten Meniskusschäden oder Sportverletzungen zur Verfügung stehen.



Mohamed Aljash (links) und Rustom Ellishani

Impressum

Herausgeber:

Klinik für Urologie
Ev. Krankenhaus Witten
gGmbH
Pferdebachstraße 27
58455 Witten

Geschäftsführer

Heinz-Werner Bitter

Redaktion

Prof. Dr. Andreas
Wiedemann
Chefarzt Klinik für Urologie
(verantwortlich)

Kontakt

Tel.: 02302 / 175 - 25 21
kbrinkmann-neumann@
evk-witten.de

Satz und Gestaltung

Verlag Olaf Gellisch
Somborner Str. 2a
44894 Bochum

Druck

Zimmermann Druck +
Verlag GmbH
58802 Balve