



Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Osteoporose beim Mann

Eine qualitative Untersuchung zum Erleben und
dem Umgang mit der Erkrankung

Verfasserin

Susanne Kerbl

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im März 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A057122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Dr. habil. Martijn van Griensven

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe.
Alle Stellen, die ich wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften übernommen habe, habe ich als solche kenntlich gemacht.

.....

Datum

.....

Unterschrift

Vorwort

Meine Diplomarbeit befasst sich mit der Knochenkrankheit Osteoporose. Im Mittelpunkt steht der Mann als betroffener Patient und sein Umgang mit der Krankheit.

In meinem Bekannten- und Verwandtenkreis leiden einige ältere Damen an Osteoporose und klagen über chronische Rückenschmerzen. Auch meiner Oma wurde die Diagnose gestellt. Meine Mutter, die ihre Prädisposition für diese Krankheit in den Erbanlagen sieht, versucht nun dem entgegenzuwirken, in dem sie auf ausgewogene Ernährung achtet und regelmäßig Kraft- und Ausdauertraining betreibt. Als ihre Tochter mache ich mir ebenfalls Gedanken wie ich schon in jungen Jahren dieser Krankheit vorbeugen kann.

Neben dem persönlichen Respekt vor der Erkrankung, zählen auch Erfahrungen mit Patienten zu meiner Motivation. Als frühere Ordinationshilfe eines Allgemeinarztes hatte ich viel mit älteren Menschen zu tun. Einigen von ihnen wurden Medikamente gegen Osteoporose verschrieben. Damals wusste ich sehr wenig über die Krankheit, habe sie als „normale“ Alterserscheinung betrachtet und mich nicht erkundigt wie es den Patienten mit den krankheitsbedingten Umständen ergeht.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit möchte ich mit einem qualitativen Ansatz arbeiten und Interviews mit Osteoporosepatienten durchführen. Im Zuge meiner Literaturrecherche fand ich viele Informationen über das Krankheitsbild Osteoporose im Zusammenhang mit Lebensqualität. Beim genaueren Durchlesen von Studien und Fachbüchern stellte ich jedoch fest, dass sich die Untersuchungen zum Großteil auf Frauen beziehen. Dieses Forschungsgebiet wird schon relativ lang erkundet. Auf den Mann als Betroffenen hingegen wird erst seit wenigen Jahren geachtet. Da mir der geschlechtsspezifische Aspekt in der Forschung sehr wichtig erscheint, habe ich mich dazu entschlossen, über Osteoporose beim Mann zu schreiben.

Mit meiner Diplomarbeit möchte ich in Erfahrung bringen, wie der osteoporotische Mann mit der Krankheit umgeht. Eine Auseinandersetzung mit dem Thema erscheint sinnvoll, da die Umstände, die die Krankheit mit sich bringt aus Sicht des Patienten erfasst werden. Die Ergebnisse der Arbeit könnten als Anreiz gesehen werden, den Bereich der pflegerischen Versorgung und Betreuung der Patienten zu verändern. Dadurch könnte Pflegequalität gesichert und verbessert werden.

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen und all jenen danken, die mich beim Verfassen meiner Arbeit unterstützt haben.

Ganz besonders bedanken möchte ich mich bei meinen Interviewpartnern, die sehr offen und ehrlich mit mir über ihre Probleme gesprochen und diese Arbeit erst ermöglicht haben.

Des Weiteren möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden bedanken, die mir mit Korrekturlesen und konstruktiver Kritik sehr geholfen haben.

Überdies danke ich meinem Betreuer, Prof. Martijn van Griensven, der mir jederzeit mit Rat und Tat zur Seite stand und in mir weiteres Forschungsinteresse geweckt hat.

Ebenso danke ich Dr. Stephan Becker vom Orthopädischen Spital Speising, Dr. Reinhold Holzer vom AKH, Dr. Heinrich Thaler vom UKH Meidling und DPKS Martina Reiter von den Barmherzigen Brüdern, die mir bei der Rekrutierung der Interviewpartner eine große Hilfe waren.

Meinem Freund Markus Windwarder gebührt besonderer Dank, da er mich durch alle Hochs und Tiefs begleitet und mich immer wieder motiviert und unterstützt hat.

Danke!

Susanne Kerbl

Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i>	4
1. Einleitung	10
<i>1.1 Problemlage</i>	10
<i>1.2 Forschungsfragen und Ziele der Arbeit</i>	11
2. Theoretischer Teil	13
<i>2.1 Demographische Daten zur Osteoporose</i>	13
<i>2.2 Osteoporose als chronischen Krankheit</i>	15
<i>2.3 Osteoporose beim Mann</i>	18
2.3.1 Klassifizierung der Osteoporoseformen	20
2.3.2 Diagnose	21
2.3.3 Klinische Symptome	26
2.3.4 Therapie	28
2.3.5 Prävention	36
<i>2.4 Informiertheit der Patienten</i>	38
<i>2.5 Lebensqualität bei Osteoporose</i>	40
2.5.1 Definition von Lebensqualität	40
2.5.2 Lebensqualität bei Osteoporose	41
2.5.3 Quantitative Untersuchungen der Lebensqualität	42
2.5.3.1 Fragebögen zur Lebensqualität bei Osteoporose	43
3. Empirischer Teil	45
<i>3.1 Methodisches Vorgehen</i>	45
3.1.1 Theoretischer Ansatz: Qualitative Forschung	45
3.1.2 Methode der Datenerhebung	46
3.1.3 Beschreibung der Interviewpartner	46
3.1.4 Datenaufbereitung und –auswertung: Qualitative Inhaltsanalyse	47
3.1.5 Ethische Überlegungen	50

3.2 Ergebnisse der Untersuchung	50
3.2.1 Erleben und Umgang mit der Erkrankung	50
3.2.1.1 Konfrontation mit der Krankheit	51
3.2.1.1.1 Osteoporose als Zufallsdiagnose	51
3.2.1.1.2 Überraschende/plötzliche Diagnosestellung.....	53
3.2.1.1.3 Okkulte Symptome.....	54
3.2.1.1.4 Umgang mit einer „Frauenkrankheit“	55
3.2.1.1.5 Positives Denken	56
3.2.1.1.6 Respekt vor Folgen.....	58
3.2.1.2 Umstellung der Lebensweise.....	59
3.2.1.2.1 Körperliche Veränderung bemerken.....	59
3.2.1.2.2 Schmerzen/Folgesymptome.....	59
3.2.1.2.3 Einschränkungen im Alltag.....	60
3.2.1.2.4 Unterstützung durch Hilfsmittel/ Medikamentöse Therapie.....	63
3.2.1.2.5 Umfangreiche Behandlung.....	64
3.2.1.2.6 Selbstkritik wegen Diskontinuität.....	66
3.2.1.3 Integration der Krankheit in den Alltag	66
3.2.1.3.1 Auseinandersetzung mit der Krankheit.....	66
3.2.1.3.2 Eingliederung der Krankheit in den Alltag.....	67
3.2.1.3.3 Selbstständigkeit bewahren/Normalität erhalten.....	68
3.2.1.3.4 Vorsichtiger werden	69
3.2.1.3.5 Hoffnung auf Besserung	70
3.2.1.3.6 sich mit Osteoporose abfinden.....	71
3.2.1.4 Die Rolle der Ehefrau	72
3.2.1.4.1 Hilfe bei der allgemeinen Bewältigung	72
3.2.1.3.2 Unterstützung bei der Therapie.....	73
3.2.1.3.3 Gemeinsame Bewältigung EINER Krankheit.....	73

3.2.2 Einfluss des Gesundheitssystems auf die Krankheitswahrnehmung.....	74
3.2.2.1 Beziehung zum Arzt/ zur Ärztin	75
3.2.2.1.1 Aufklärung	75
3.2.2.1.2 Kommunikation.....	76
3.2.2.1.3 Ärztliche Kompetenz.....	77
3.2.2.2 Informiertheit des Patienten	79
3.2.2.2.1 Vertrauen in ärztliche Kompetenz.....	79
3.2.2.2.2 Verunsicherung durch unterschiedliche Meinungen.....	80
3.2.2.2.3 Wissensstand des Patienten.....	81
3.2.2.2.4 Bewusstsein über die Krankheit.....	83
3.2.2.3 Umgang mit Information.....	83
3.2.2.3.1 Selbstständige Informationsbeschaffung	83
3.2.2.3.2 Wunsch nach mehr Information	84
3.2.2.3.3 Kritik äußern	85
3.2.2.3.4 Anmerkungen zur Verbesserung	87
4. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	89
4.1 Welche Aspekte sind beim Erleben und beim Umgang der Krankheit von Bedeutung?	89
4.2 Welchen Einfluss hat das Gesundheitssystem auf die subjektive Wahrnehmung der Krankheit?	95
Literaturverzeichnis	100
Anhang.....	109
Kurzzusammenfassung	109
Abstract	110
Begleitbrief.....	111
Einwilligungserklärung	112
Lebenslauf.....	113

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „Normale Knochenstruktur“	19
Abbildung 2: „Osteoporotische Knochenstruktur“	19
Abbildung 3: „Häufige Frakturstellen bei Osteoporose“	28
Abbildung 4: Hüftprotektor „Safehip“	34
Abbildung 5: Rückenorthese „Spinomed“	34
Abbildung 6: „Differenzialdiagnostisches Vorgehen bei Verdachtsdiagnose Osteoporose“	35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: „Illness Trajectory Modell“	17
Tabelle 2: „Pathogenetische Einteilung der Osteoporosen“	21
Tabelle 3: Tabellenauszug aus einem Interview	49

1. Einleitung

Der Theorieteil der vorliegenden Arbeit beschreibt das klinische Krankheitsbild der Osteoporose beim Mann und die Messung der Lebensqualität männlicher Patienten. Die Osteoporose als typische chronische Krankheit wird beschrieben.

Im empirischen Teil wird eine qualitative Untersuchung beschrieben und interpretiert. Dazu wurden männliche Patienten zu ihrem Umgang mit der Krankheit befragt und die Interviews wissenschaftlich ausgewertet.

Die Festlegung auf männliche Patienten erfolgte bewusst, da bei der Behandlung medizinischer Fragestellungen stets der genderspezifische Aspekt zu beachten ist, was in der Literatur immer mehr diskutiert wird.

„Pflege“ wird im Zusammenhang dieser Arbeit als die „[...]Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheit, Wiederherstellung von Gesundheit, Linderung von Leiden und der Begleitung sterbender Menschen“ verstanden (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 1992, S.3).

1.1 Problemlage

Zunächst wird der Problemhintergrund der Arbeit näher erläutert. Damit soll ein Einblick in die derzeitige Situation gegeben werden:

Osteoporose ist eine Erkrankung des Skelettsystems. Sie führt zu einer Reduktion der Knochenmasse und zu einer Verschlechterung der Knochen-Mikroarchitektur. Unterschreitet die Knochendichte des Patienten einen gewissen Wert, so ist die Wahrscheinlichkeit für einen Knochenbruch erhöht. Eine Fraktur kann in diesem Fall durch einen anscheinend harmlosen Stoß, eine ruckartige Bewegung oder einen leichten Sturz auftreten oder sogar ohne (bewusstes Trauma) (vgl. Freitas et al., 2008).

Viele Betroffene werden durch einen Bruch unselbstständig oder bettlägerig. Nachfolgende Komplikationen, wie z.B. Infektionen können unter Umständen zum Tod führen. Da diese Krankheit vorwiegend ältere Patienten betrifft, ist aufgrund der steigenden Lebenserwartung mit einer Zunahme der Zahl der Betroffenen zu rechnen. Osteoporose ist eine der volkswirtschaftlich teuersten chronischen Krankheiten

in Europa. In Österreich sind derzeit etwa 740.000 der über 50jährigen betroffen (vgl. Österreichischer Osteoporosebericht, 2007, S. 9). Etwa 20% sind Männer.

In der Literatur wird Osteoporose bei männlichen Patienten erst in letzter Zeit vermehrt beschrieben. Häufig wird betont, dass diesem Thema mehr Beachtung geschenkt werden müsse und in der Bevölkerung ein Defizit von Wissen über die Krankheit bestehe (vgl. Ebeling, 2008).

Studien, die sich mit der Bewertung gesundheitsbezogener Lebensqualität beschäftigen, belegen, dass die Lebensqualität der Betroffenen eingeschränkt ist (vgl. Cooper et al., 2008; Borgström et al., 2006). Direkte Befragungen betroffener Männer nach ihren Wünschen und Anregungen zur Verbesserung ihrer Lebensqualität wurde bisher kaum durchgeführt. Es gibt auch nur wenige Studien die sich mit dem individuellen Umgang männlicher Patienten mit dieser Krankheit beschäftigen.

1.2 Forschungsfragen und Ziele der Arbeit

In der vorliegenden Untersuchung wird das Krankheitserleben in Bezug auf die veränderte Leistungsfähigkeit, Bewältigung und Lebensqualität aufgezeigt. Die Ergebnisse sollen Einblick in die Erlebenswelt der Patienten ermöglichen. Dadurch sollen das Verständnis für die Situation der Patienten gefördert, ihre persönliche Sicht der Probleme verständlich gemacht und der notwendige Unterstützungsbedarf möglichst genau definiert werden. Die Ergebnisse können somit für den pflegerischen, sowie für den medizinischen Bereich interessant sein.

Forschungsfragen:

Für die Bearbeitung des Themas ergeben sich folgende Fragestellungen:

1) Welche medizinischen Erkenntnisse existieren über Osteoporose beim Mann?

Diese Frage wurde mit Hilfe der vorhandenen Forschungsliteratur beantwortet.

2) Welche Untersuchungen zur Lebensqualität bei Osteoporosepatienten wurden bisher durchgeführt?

Vier Untersuchungen die in den letzten 10 Jahren durchgeführt wurden, wurden zusammengestellt und kurz beschrieben.

3) Welche Aspekte sind beim Erleben und beim Umgang der Krankheit von Bedeutung?

4) Welchen Einfluss hat das Gesundheitssystem auf die subjektive Wahrnehmung der Krankheit?

Zur Beantwortung der Fragen 3) und 4) wurden neun Interviews mit betroffenen Männern geführt. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring.

2. Theoretischer Teil

Statistische Daten über Osteoporose werden am Beginn dieses Kapitels im Abschnitt 2.1) dargestellt.

Osteoporose als chronische Krankheit wird in Kapitel 2.2) näher beschrieben.

Im Abschnitt 2.3) werden Erkenntnisse aus Veröffentlichungen über das klinische Bild der „Osteoporose beim Mann“ zusammengestellt.

Im Abschnitt 2.4) werden Studien zum Thema „Informiertheit der Patienten“ diskutiert. Dieser Begriff ist für den empirischen Teil der Arbeit von zentraler Bedeutung.

Abschließend wird im Abschnitt 2.5) auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und deren Messung näher eingegangen.

2.1 Demographische Daten zur Osteoporose

Die WHO zählt Osteoporose zu den zehn weltweit wichtigsten Erkrankungen und misst ihr eine große volksgesundheitliche Bedeutung bei. Abgesehen von den Schmerzen und der damit verbundenen sinkenden Lebensqualität der Betroffenen, zählt sie zu den kostenintensivsten chronischen Krankheiten in Europa. Die Kosten entstehen vor allem bei der Akutversorgung von Knochenbrüchen sowie in der Rehabilitation (vgl. Pfeilschifter/Baum, 2006, S. 30f.).

Das Risiko an Osteoporose zu erkranken, steigt mit dem Alter. Männer sind bei der Diagnosestellung mit 65 Jahren im Durchschnitt 5 bis 10 Jahre älter als Frauen, bei denen ein beschleunigter Knochenverlust in der Menopause erfolgt (vgl. Donhauser 2006, S. 14).

Seit mehreren Jahrzehnten nimmt die Lebenserwartung der Menschen in unserer Gesellschaft kontinuierlich zu. Im Jahr 2050 wird die Anzahl der über 80jährigen Männer in der EU auf 17,4 Millionen (1995: 4,5 Millionen) und die der Frauen auf 26,4 Millionen (1995: 8,9 Millionen) ansteigen. In diesem Zusammenhang wird die Bedeutung der Osteoporose als Problem der Volksgesundheit von der Europäischen Union sehr ernst genommen (vgl. Männergesundheitsbericht, 1999, S. 212).

Die Anzahl an Betroffenen wird derzeit auf etwa 740.000 geschätzt. 20% davon sind Männer (vgl. Österreichischer Osteoporosebericht, 2007, S. 9).

Man geht davon aus, dass in Österreich jede dritte Frau und jeder sechste Mann im Laufe seines Lebens an Osteoporose erkranken wird.

Viele Autoren betonen, dass Osteoporose in der Gesamtbevölkerung unterdiagnostiziert und untertherapiert ist. Dies ist nicht zuletzt deshalb der Fall, da ca. 30% der osteoporoseinduzierten Brüche ohne weitere Symptome passieren und nach einem Bruch oftmals keine Knochendichtemessung durchgeführt wird. Bei Patienten ohne Beschwerden werden Knochendichtemessungen außerdem selten durchgeführt und so können bei Risikopatienten keine präventiven Maßnahmen getroffen werden um eventuellen Brüchen vorzubeugen (vgl. Donhauser/Schunack, 2006, S. 15).

Im Gegensatz dazu sieht Rieder die Zahl der Osteoporose-Kranken als zu hoch eingeschätzt und sieht die alleinige Definition der Osteoporose nach einer nachgewiesenen Verminderung der Knochendichte als Grund dafür (vgl. Rieder/Lohoff, 2008, S. 258).

Die Fraktur, die sich als Folge der erhöhten Knochenbrüchigkeit ereignen kann, stellt das Hauptmerkmal einer manifesten Osteoporose dar.

30% der Hüftfrakturen bzw. Oberschenkelhalsfrakturen und 20% der Wirbelbrüche sind bei Männern über 80 Jahren zu verzeichnen. In dieser Altersgruppe besteht das größte Risiko für eine osteoporotischen Fraktur (vgl. Männergesundheitsbericht, 1999, S. 211).

Interessanterweise wurde in den nordeuropäischen Ländern ein höheres Risiko, eine Hüftfraktur zu erleiden, festgestellt. Österreich liegt hier neben der Slowakei und Schweden im europäischen Spitzenfeld (vgl. Osteoporosis in Europe: Indicators of progress, 2004, S. 4).

In den nächsten Jahren wird die Anzahl an osteoporosebedingten Frakturen zunehmen. Bei Hüftfrakturen wird dieser Anstieg bei den Männern sogar größer sein als bei den Frauen (vgl. Männergesundheitsbericht, 1999, S. 212).

Damit wird deutlich, dass die Krankheit Osteoporose und deren Begleitscheinungen in Zukunft vermehrt beachtet werden müssen. Durch gezielte Forschungsarbeiten im Bereich des Erlebens, der Prävention, der Diagnostik und der Therapie der Krankheit soll eine erhöhte Lebensqualität für die Betroffenen erreicht werden.

2.2 Osteoporose als chronischen Krankheit

Krankheiten können als „akut“ oder „chronisch“ klassifiziert werden. Akute Krankheiten treten plötzlich auf, verlaufen schnell und heftig, sind zeitlich begrenzt und gehen mit einer vollständigen Genesung einher, sie können aber auch zum Tod führen. Im Gegensatz dazu entwickeln sich chronische Krankheiten über einen längeren Zeitraum hinweg und bereiten oft ein Leben lang Schmerzen.

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht wird eine chronische Erkrankung als *„[...] das irreversible Vorhandensein, die Akkumulation (Häufung) oder dauerhafte Latenz von Krankheitszuständen oder Schädigungen, wobei in Hinblick auf die unterstützende Pflege, Förderung der Selbstpflegefähigkeit, Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Prävention weiterer Behinderung das gesamte Umfeld des Patienten gefordert ist“* definiert (Wied et al., 2003, S. 207).

Bei chronisch Kranken bildet der Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität ein wichtiges Therapieziel. In der medizinischen Forschung wird der Messung der Lebensqualität ein großer Stellenwert eingeräumt. Wied et al. (2003, S. 207) meinen, dass *„[...] die Betonung der Lebensqualität des chronisch Kranken die Reduktion des Patienten auf seinen bloßen Krankheitszustand [...]“* verhindert und es zulässt *„[...] z.B. Lebensbedingungen und –Gewohnheiten oder Hobbys in den Mittelpunkt zu stellen“*.

Chronische Krankheiten haben Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung. Immer wiederkehrende Schmerzen, die lang anhalten belasten nicht nur den Patienten sondern auch das soziale Umfeld. Die ständige Belastung im physischen, psychischen und sozialen Bereich führen zu sozialer Isolation und in weiterer Folge zu einer eingeschränkten Lebensqualität (vgl. Donhauser/Schunack, 2006, S. 20).

Erkrankungen des Bewegungsapparates zählen neben Kreislauferkrankungen zu den häufigsten chronischen Krankheiten in Österreich. In Wien gibt jede/r dritte Befragte an, chronisch krank zu sein. Von den über 75jährigen geben sogar etwa 50% an, von einer chronischen Krankheit betroffen zu sein. Der Großteil der Betroffenen fühlt sich aufgrund der chronischen Erkrankung bei der Verrichtung alltäglicher Handlungen eingeschränkt.

Krankheiten des Bewegungsapparates, zu denen auch Osteoporose zählt, erfordern umfassende Behandlung. Sie sind mit stationären Aufenthalten verbunden und führen in Folge von häufigen Arztbesuchen, Krankenständen und vorzeitigen Pensionierungen zu Arbeitsausfällen.

Die WHO gibt an, dass bis zum Jahr 2020 zwei Drittel aller Krankheiten chronische Erkrankungen sein werden. Durch eine stetig wachsende Lebenserwartung verlängert sich die Phase des Krankseins. Die verbesserten Diagnosemöglichkeiten in der Medizin zeigen immer mehr Arten und Verläufe chronischer Krankheiten. Ungesunde Ernährung und mangelnde regelmäßige Bewegung haben ebenfalls Einfluss auf die Entstehung chronischer Krankheiten.

(vgl. Chronische Krankheiten in Wien, 2004, S. 19)

Das „Illness Trajectory Modell“ von Corbin J. und Strauss A.L. ist ein Rahmenmodell zur Pflege chronisch Kranker und zum Verständnis der persönlichen Situation der Erkrankten. Dieses Modell wurde in der Arbeit mitangewendet.

Das sogenannte „Verlaufskurvenmodell“ basiert auf der Annahme, dass eine chronische Krankheit in acht verschiedenen Stadien verläuft. Der „Verlauf“ beschreibt dabei den angenommenen Krankheitsverlauf von Seiten der Betroffenen und seiner Angehörigen sowie den angenommenen Pflege- und Krankheitsverlauf von Seiten der professionellen Pflege. Durch die Einteilung in Stadien werden die Veränderungen des Patienten während seiner Krankheit nachvollziehbar (vgl. Wied et al., 2003, S. 208f.).

Im Folgenden wurde versucht, die acht Phasen des Modells beispielhaft auf die Krankheit Osteoporose umzulegen:

	Allgemein	Am Beispiel Osteoporose
1. Vor der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve	Es sind noch keine Anzeichen oder Symptome der Krankheit vorhanden. Phase der Prävention	
2. Einsetzen der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve	Es erfolgt die Diagnosestellung mit dem Auftreten von Anzeichen und Symptomen.	Die Diagnose Osteoporose wird mittels Knochendichtemessung gestellt. Erste Symptome sind akute Rückenschmerzen in Folge eines Wirbelkörperbruchs.

3. Krise	Beschreibt eine lebensbedrohliche Situation.	Der Patient erleidet eine Hüftfraktur in Folge eines leichten Sturzes.
4. Akut	Eine akute Verschlechterung des Zustandes kann zu einem Krankenhausaufenthalt führen.	Eine Infektion nach einer Hüftfraktur macht eine stationäre Aufnahme nötig.
5. Stabil	Mit Hilfe von Therapie-maßnahmen werden Krankheitsverlauf und –symptome unter Kontrolle gehalten.	Die Schmerzen des Patienten werden mit einer Bewegungs- und Schmerztherapie unter Kontrolle gehalten. Eine medikamentöse Therapie soll den Knochenaufbau unterstützen.
6. Instabil	Therapiemaßnahmen wirken nicht mehr, doch ein Krankenhausaufenthalt ist nicht notwendig. Schmerzen können nicht unter Kontrolle gehalten werden.	Patient hat Angst vor weiteren Frakturen. Die Schmerztherapie bringt nicht den gewünschten Erfolg.
7. Verfall	Fortschreitende Verschlechterung der körperlichen und geistigen Verfassung gekennzeichnet durch zunehmende Behinderung und verstärktes Auftreten von Krankheitssymptomen.	Der Patient kann sich auf Grund von unkontrollierbaren Schmerzen nicht mehr ohne Rollstuhl fortbewegen. Er verlässt das Haus nicht mehr und wird depressiv.
8. sterben	die Zeit kurz vor dem Tod.	Eine Infektion im Zuge der Schenkelhalsfraktur macht einen erneuten Krankenhausaufenthalt nötig und führt schlussendlich zum Tod.

Tabelle 1: „Illness Trajectory Modell“ modifiziert nach Corbin/Strauss (1998) in: Wied et al., 2003, S. 208. Die dritte Spalte („Am Beispiel Osteoporose“) wurde von der Verfasserin hinzugefügt

In dem Modell sind drei Arbeitslinien, die gesundheits-, alltags- und biographiebezogenen Bewältigungsarbeit definiert. Gesundheitsbezogene Aufgaben beschäftigen sich direkt mit der Bewältigung der Krankheit. Der Patient setzt sich mit den Symptomen und der medizinischen Therapie seiner Krankheit auseinander. Bei der biographiebezogene Arbeit versucht der Patient die Krankheit in seine Identität zu integrieren und die damit einhergehenden Einschränkungen zu akzeptieren. Bei der alltagsbezogenen Aufgabe wird versucht dem Patienten zu ermöglichen alltagsrelevante Tätigkeiten so umfassend wie möglich weiter auszuführen.

Der Verlauf chronischer Krankheiten ist durch Veränderungen und Schwankungen geprägt. Mit Hilfe des erwähnten Modells kann man diese beeinflussen und steuern. *„Das vorrangige Ziel der Pflege bei Chronizität ist, Patienten dabei zu helfen, den Krankheitsverlauf zu gestalten und darüber hinaus die Lebensqualität aufrecht zu erhalten“* (Corbin/Strauss, 1998, S. 19, zit. nach Gerwin, 2005, S. 15).

Die professionelle Pflege soll den Patienten dabei unterstützen möglichst lange unabhängig zu bleiben. Angehörige sollen eingebunden werden um den Alltag des Klienten neu zu strukturieren (vgl. Wied et al., 2003, S. 208f.; Gerwin, 2005, S. 15f.; www.pflege-und-gesundheit.net/pdfs/Trajectory_Model_en.pdf).

2.3 Osteoporose beim Mann

In diesem Kapitel werden die aktuellen Erkenntnisse der Diagnose, der Prävention und der Therapiemöglichkeiten der Osteoporose beim Mann erläutert. Die Auswirkungen dieser Krankheit bei der Frau werden nur am Rande erwähnt, um Vergleiche aufzuzeigen.

Umgangssprachlich oft „Knochenschwund“ genannt, wird Osteoporose in der Literatur als Skeletterkrankung definiert, die durch unzureichende Knochenfestigkeit (=Verminderung der Knochenmasse) **und** eine Verschlechterung der Mikroarchitektur des Knochengewebes charakterisiert ist. Die Knochen verlieren ihre Festigkeit und der Patient hat eine erhöhte Frakturneigung (vgl. Donhauser/Schunack, 2006, S. 13).

Zum besseren Verständnis der Erkrankung soll im Folgenden auf deren biologischen Hintergrund eingegangen werden:

Das Skelett, als Stützorgan ist aus 220 Knochen aufgebaut, die aus kompakten Knochen (Kortikalis) und spongiösen Knochen (Spongiosa) bestehen. Wirbelkörper, Oberschenkelhals, Rippen, Handgelenk und Ferse haben einen großen Anteil an spongiöser Knochensubstanz. Im Gegensatz zu Röhrenknochen ist dieses Knochengestüst schwammartig und wird wegen seiner sehr großen Oberfläche fünfmal schneller abgebaut als die Knochenrinde der langen Röhrenknochen (vgl. Bartl, 2001, S. 3ff.).

Basis der Knochen sind Zellen; die Zellen im Knochen werden nach ihrer Funktion unterschieden. Man unterscheidet die Osteoblasten von den Osteoklasten. Osteoblasten sind für die Knochenbildung, welche viele Wochen dauert, verantwortlich und bilden die Grundlage für neue Knochensubstanz- der Knochenmatrix. In diese Matrix lagern sich mit Hilfe von Vitamin D und dem Schilddrüsenhormon Calcitonin die Mineralstoffe Kalzium und Phosphat ein, die den Knochen hart und dicht machen. Die Hauptaufgabe der Osteoklasten ist hingegen in alten, schwachen Kno-

chen Knochengewebe abzubauen. Dieser Abbauprozess passiert im Gegensatz zu den Tätigkeiten der Osteoblasten innerhalb nur weniger Tagen.

Die Sexualhormone Östrogen und Testosteron spielen eine wichtige Rolle beim Aufbau des Knochens. Die Nebenschilddrüsen produzieren das Hormon Parathormon. Parathormon und sein Gegenspieler, das Calcitonin der Schilddrüse, regulieren den Kalziumhaushalt des Körpers u.a. durch Einlagerung oder Ausschwemmung aus den Knochen.

Ab dem etwa 30. Lebensjahr erreicht der Mensch seine maximale Knochendichte. Danach verlieren alle Menschen progredient an Knochenmasse. Bei Frauen geschieht dies verstärkt nach der Menopause durch den Wegfall der Östrogene. Der Östrogenmangel führt dazu, dass verstärkt Knochenmasse abgebaut wird. Bei Männern im Senium erhöhen sich die jährlichen Verlustraten an Knochensubstanz, sodass es schließlich zu einer Angleichung des Verlustes im hohen Lebensalter kommt. (vgl. Ringe, 1995, S. 174ff.)

Bei einer Osteoporose ist das Gleichgewicht der Knochenregeneration gestört. Eine vermehrte Osteoklastentätigkeit führt dazu, dass eine größere Menge an Knochen abgebaut als von Osteoblasten aufgebaut wird. Das Resultat ist eine verminderte Knochendichte und eine schlechtere Knochenarchitektur, welche zu Frakturen führen kann.

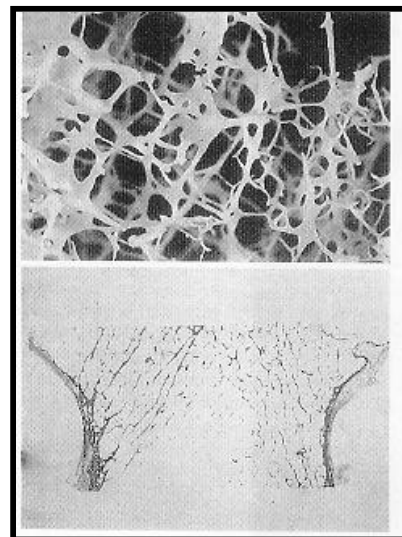
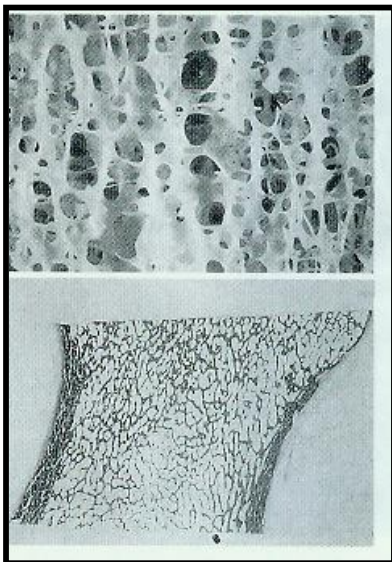


Abbildung 1: „Normale Knochenstruktur“ **Abbildung 2:** „Osteoporotische Knochenstruktur“

Grafik „Räumlicher Aufbau der Knochenstruktur des spongiösen Knochengewebes im Wirbelkörper und im Schnittpräparat des Oberschenkelhalses“ übernommen aus Ringe, 1995, S. 3

Wie bereits in Kapitel 2.1 erwähnt, werden 20% aller Osteoporosefälle bei Männern diagnostiziert. Bartl (2001, S. 115) führt die geringere Häufigkeit der Osteoporose beim Mann auf folgende Punkte zurück:

- eine höhere Spitzenknochenmasse zum Zeitpunkt der Skelettreife
- ein größerer Durchmesser der Röhrenknochen und der Wirbelkörper
- eine geringere Knochenverlustrate im weiteren Leben
- das Fehlen einer Menopause
- eine geringere Lebenserwartung des Mannes

Dass die Knochendichte im Wesentlichen das Frakturrisiko beeinflusst, wurde von vielen prospektiven Studien belegt. Männer haben im Allgemeinen eine niedrigere Inzidenz von Frakturen. Dies ist auf die höhere maximale Knochendichte (Peak bone mass), einen vergleichsweise niedrigeren Verlust von Knochenmineralgehalt und auf eine verminderte Sturzhäufigkeit zurückzuführen (Kudlacek et al., 2000).

2.3.1 Klassifizierung der Osteoporoseformen

Unterschieden wird zwischen einer primären (oder idiopathischen) und einer sekundären (symptomatischen) Form der Osteoporose (siehe Tabelle 2).

Eine primäre Osteoporose liegt vor, wenn keine organische Ursache diagnostiziert ist. Das ist überwiegend der Fall. Eine sekundäre Osteoporose entwickelt sich als Folge einer vorausgehenden Erkrankung oder durch die Einnahme bestimmter Medikamente. Bei etwa 45% der Männer und 10% der Frauen liegt eine sekundäre Osteoporose vor (Bartl, 2001, S. 113). Sekundäre Osteoporosen sind zwar seltener, verursachen aber 20% der osteoporosebedingten Frakturen. Ferner gibt es bei der Diagnostik und Therapie von sekundären Osteoporoseformen häufig Schwierigkeiten (vgl. Vogel et al., 2006).

Tabelle 2 zeigt eine pathogenetische Einteilung in primäre und sekundäre Osteoporoseformen:

Primäre Osteoporosen	
1. Idiopathische Osteoporose	Keinerlei Risikofaktoren für Osteoporose eruierbar
2. Primäre Osteoporose mit Risikofaktoren	Ein oder mehrere Risikofaktoren potentiell pathogenetisch beteiligt
3. Postmenopausale Osteoporose	Außer relativ kurzer Östrogenexpositionszeit des Skeletts keine weiteren Risikofaktoren eruierbar

4. <i>Senile Osteoporose</i>	Unterschwellige Risikofaktoren beteiligt, aber kein dominierender Einzelfaktor im Sinne einer sekundären Osteoporose
Sekundäre Osteoporosen	
5. <i>Monoätiologische sekundäre Osteoporosen</i>	Einzelne Erkrankung oder Risikofaktor ist Ursache der Osteoporose
6. <i>Polyätiologische sekundäre Osteoporose</i>	Multiple Risikofaktoren eindeutig für Osteoporose-Entstehung maßgebend

Tabelle 2: „Pathogenetische Einteilung der Osteoporosen“ modifiziert übernommen aus Ringe, 1995, S. 7

2.3.2 Diagnose

In Bezug auf die Diagnostik bei Männern betonen viele Experten (Pfeifer et al., 2003; Pietschmann et al., 2004; Ringe, 2003), dass es Unsicherheiten gebe bzw. bis jetzt eine Dichtemessung nicht definiert sei.

Die im österreichischen Osteoporosebericht (2007) publizierten Ergebnisse zeigen, dass die befragten Allgemeinmediziner es als ihre Aufgabe sehen eine Knochendichtemessung zu veranlassen bzw. eine Osteoporosetherapie einzuführen.

Eine Osteoporose verläuft lange ohne Symptome, daher ist eine frühe Diagnosestellung für eine erfolgreiche Behandlung entscheidend.

Um eine Osteoporose so früh wie möglich zu diagnostizieren und das Risiko für eine Fraktur festzustellen, wird die Knochendichte gemessen (Bone Mineral Density, BMD). Dabei wird der Knochenmineralgehalt in Gramm bzw. die Knochenmineraldichte in g/cm^2 oder g/cm^3 gemessen.

Zur Knochendichtemessung wird weltweit eine DEXA (Dual Energy X-ray Absorptiometry)-Untersuchung von Lendenwirbelsäule und proximalem Femur eingesetzt. Da sich jedoch bei Männern im Alter gehäuft erhebliche degenerative Lendenwirbelsäule-Veränderungen entwickeln, kann es zu Verfälschungen des Lendenwirbelsäulen-Messbefundes kommen, daher ist die Hüfte bei Männern der verlässlichere Messort. (vgl. Bartl, 2001, S. 54f.; Ringe, 1995, S. 65f.)

1994 hat die WHO Osteoporose in Abhängigkeit vom Knochenmineralgehalt definiert. Eine Frau ist von Osteoporose betroffen, wenn der Knochenmineralgehalt in einer DXA-Knochendichtemessung an der Lendenwirbelsäule und/oder an der Hüfte um mehr als -2,5 Standardabweichungen (Standard Deviation, SD) vom Mittelwert einer gesunden prämenopausalen 30jährigen Frau abweicht. Diese Abweichung wird als T-Wert bezeichnet. Die WHO klassifiziert Osteoporose folgendermaßen:

- *normal*: Die Knochendichte ist nicht niedriger als eine Standardabweichung unterhalb des Mittels von jungen erwachsenen Frauen (T-Score über -1).
- *Osteopenie* oder *erniedrigte Knochendichte*: Die Knochendichte befindet sich zwischen 1,0 und 2,5 Standardabweichungen (T-Score zwischen -1 und -2,5)
- *Proklitische (präklinische) Osteoporose*: Es besteht eine Abweichung um mehr als 2,5 Standardabweichungen vom Mittelwert der maximalen Knochendichte. Einbrüche oder Frakturen treten noch nicht auf.
- *Manifeste, schwere Osteoporose*: Die Knochendichte weicht mehr als 2,5 Standardabweichungen vom Mittel ab. Gleichzeitig treten erste osteoporotische Frakturen auf.

(vgl. Bartl, 2001, S. 29f.; Pfeilschifter/Baum, 2006, S. 16)

Das Geschlecht und das Alter spielen bei der Klassifikation des T-Scores eine große Rolle, jedoch ist deren Bewertung mit Unsicherheiten behaftet (vgl. Kudlacek/Willvonseder, 2003).

Für Männer gibt es keine solche Definition, jedoch schlagen Pfeilschifter/Baum (2006, S. 16) vor, diese auf Männer ab dem 50. Lebensjahr zu übertragen. Von der internationalen Gesellschaft für klinische Dichtemessung wird eine Knochendichtemessung bei Männern ab 70 Jahren (bzw. eine frühere Messung wenn eine Fraktur vorliegt) empfohlen. Auch wenn eine andere Veranlagung für Osteoporose bekannt ist, wird eine Knochendichtemessung empfohlen (vgl. Ebeling, 2008).

Neben der Knochendichtemessung zählen eine sorgfältige Anamnese und eine klinische Untersuchung zur Basisabklärung. Bei der Schmerzanamnese wird der zeitliche Verlauf, die Lokalisation und die Intensität der Schmerzen im Zusammenhang mit Frakturen untersucht. Akute Rückenschmerzen sind häufig ein Indikator für einen Einbruch oder Bruch eines Wirbelkörpers. Chronische Rückenschmerzen hingegen deuten auf eine Über- oder Fehlbelastung des Bewegungsapparates hin.

Ringe (1995, S. 175) betont in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit der Abklärung der Ursache, das bedeutet eine Unterscheidung von primärer oder sekundärer Osteoporose, um bei der Therapie geeignete Maßnahmen setzen zu können.

Die Diagnostik soll auch Risikofaktoren identifizieren und ehemalige Frakturen erfassen. Die österreichische Gesellschaft für Endokrinologie und Knochenstoffwechsel gibt folgende Einteilung der Risikofaktoren für Osteoporose:

Genetische Ursachen:

- Ethnische Zugehörigkeit
- Geschlecht
- grazier Körperbau
- Osteoporose der Eltern
- Genpolymorphismen

Lebensstil:

- Rauchen
- übermäßiger Alkoholkonsum
- niedriges Körpergewicht
- Bewegungsarmut
- längere Immobilisationsphasen (v. a. während der Pubertät)
- Ernährung (kalziumarm)
- Vitamin-D-Mangel
- Mangelnde Sonnenlichtexposition

Hormonelle Veränderungen:

- primäre oder sekundäre Oligo-Menorrhoe
- frühzeitige Menopause (bei Frauen)
- Hypogonadismus
- Schilddrüsenüberfunktion

Behandlung mit Medikamenten, welche den Knochenstoffwechsel negativ beeinflussen:

- beispielsweise Glukokortikoide (Kortison), LH-RH-Agonisten/Antagonisten, Aromataseinhibitoren, Antiandrogene, Antiepileptika, Heparin, Glitazone, Immunsuppressiva, Zytostatika

(vgl. ÖGEKM, Konsensus Osteoporose, 2007, S. 4)

Die klinisch bedeutendsten Risikofaktoren für osteoporotische Frakturen bei Männern sind in Anlehnung an Ringe (2003):

- Bisher aufgetretene vertebrale oder nichtvertebrale Frakturen nach dem 20. Lebensjahr
- Gehäufte Frakturen bei nahen Verwandten
- Niedriger Body-Mass-Index, geringe Muskelmasse
- Trainingsmangel, Muskelschwäche, rezidivierende Stürze
- Verminderte Knochendichtewerte (eventuell erhöhter Knochenumbauparameter)
- Wenig Bewegung, ungünstige Ernährung
- Ergebnisse einer australischen Studie zeigen, dass ein minimales Trauma nach dem 50. Lebensjahr der größte Risikofaktor für eine Fraktur ist (vgl. Sambrook et al., 2002).

Die häufigste Ursache der sekundären Osteoporose beim Mann ist ein länger bestehender Testosteronmangel in Folge eines Hypogonadismus (vgl. Bartl, 2001, S. 114).

Im Gegensatz zu genetischen Veranlagungen sind Lebensstilfaktoren beeinflussbar und haben dadurch auch in der Prävention von Osteoporose einen großen Stellenwert. Nachfolgend wird ein Überblick über die Risikofaktoren Ernährung und Bewegung und deren Bedeutung für die Krankheit gegeben (in Anlehnung an den Österreichischen Osteoporosebericht, 2007, S. 44ff.):

• *Rauchverhalten:*

Bei Rauchern ist im Gegensatz zu Nicht- bzw. Ex-rauchern die Knochendichte und Knochenmasse vermindert. Als mögliche Gründe für die negativen Auswirkungen werden unter anderem die verstärkte Knochenresorption durch Tabak, Veränderungen im Stoffwechsel von Sexualhormonen und Veränderungen von Vitamin D und Parathormonstatus genannt.

• *Alkoholkonsum:*

Während nachgewiesen wurde, dass ein moderater Alkoholkonsum positive Wirkungen auf den Knochenstoffwechsel hat, ist ein chronisch hoher Alkoholkonsum mit negativen Effekten verbunden.

- *Körperliche Aktivität:*

Der Bewegung wird ein großer Stellenwert eingeräumt.

Gesunde, alte Männer, die intensives Ausdauertraining und/oder Kraftübungen machen weisen eine höhere Knochendichte auf und haben ein geringeres Risiko für Frakturen. Eine länger andauernde Inaktivität wirkt sich negativ aus (vgl. Ebeling, 2008).

- *Ernährung (kalziumarm):*

Bereits im Kindes- und Jugendalter, aber auch im höheren Alter sollte auf ausreichende Kalziumaufnahme geachtet werden, da sich kalziumarme Ernährung negativ auf den Knochenaufbau auswirkt.

- *Vitamin-D-Mangel und mangelnde Sonnenlichtexposition:*

Vitamin D wird bei einer ausreichenden Sonnenlichtexposition gebildet. Studien haben gezeigt, dass besonders bei älteren Personen eine ausreichende Vitamin-D-Zufuhr vor osteoporosebedingten Frakturen schützen kann.

Neben den genannten Risikofaktoren wird im Bereich der Ursachenfindung geforscht. So stellen Laudisio et al. (2007) eine Verbindung von einer Kaustörung, welche der Hauptgrund für eine Fehlernährung ist, mit der Osteoporosehäufigkeit bei älteren Männern fest. Auf dieser Erkenntnis aufbauend meint er, dass eine Früherkennung von einer Kaustörung in weiterer Folge auch zur Prävention von Osteoporose bzw. osteoporosebedingten Frakturen beitragen kann.

Genauso wie es eine Reihe an Risikofaktoren für Osteoporose gibt, stellt die Erkrankung auch selbst ein Risikofaktor für bestimmte Zustände und Situationen dar. Funktionelle Einschränkungen bei Osteoporose mit Fraktur sind Schmerz, Haltungsinsuffizienz, Mobilitätseinschränkungen, und eine erhöhte Fallneigung. Die daraus resultierenden seelischen Folgen umfassen erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität, Verlust der Selbstständigkeit, Abhängigkeit von chronischen Therapien und Angst vor weiteren Stürzen, Vereinsamung und Isolation, Pflegebedürftigkeit, Frühberentung und finanzielle Nachteile (vgl. Thorngren, 1994).

2.3.3 Klinische Symptome

Osteoporose ist eine still verlaufende Krankheit, die sich zunächst ohne bemerkbare Symptome entwickelt. Typische schmerzhaft Anzeichen wie eine Fraktur zeigen sich erst im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung. Der akut auftretende Rückenschmerz in Folge einer meist frischen Wirbelfraktur ist das häufigste Symptom der Osteoporose. Nach einer starken Schmerzbelastung zu Beginn, lässt die Intensität in der Regel nach einigen Wochen wieder nach.

Der chronische Osteoporoseschmerz hingegen ist bereits eine Fortsetzung des akuten Schmerzes und hat seine Ursache in einer Fehlstatik des Skeletts durch Über- oder Fehlbelastung des Bewegungsapparates. Er äußert sich in Weichteilen wie Muskeln, Sehnen und Bändern.

Kommt es im Zuge der Erkrankung zu mehrfachen Wirbelbrüchen, geht dies mit einem Verlust der Körpergröße einher. Betroffene verlieren mehr als vier Zentimeter ihrer Körpergröße. In weiterer Folge kann das sogenannte Tannenbaumphänomen auftreten, wobei es durch den Größenverlust der Wirbelsäule zu Hautfalten kommt, die von der Mitte des Rückens ausgehend beidseitig zu den seitlichen Bauchregionen verlaufen und in etwa die Form eines Tannenbaums nachbilden. Das kann in einer Funktionsstörung der Organe wie Herz, Lunge, Darm resultieren und erhöht die Morbidität dieser eigentlich auf das Skelett beschränkten Krankheit. Der ebenfalls mit der Minderung der Körpergröße assoziierte vorgewölbte Bauch wird auch „Osteoporose-Bäuchlein“ genannt.

Das Berühren von Dornfortsätzen und der damit empfundene Schmerz wird als Baastrop-Syndrom bezeichnet. Durch Einbruch der Brustwirbel entwickelt sich ein stark gekrümmter Rücken, der auch „Witwenbuckel“ oder „Witwerbuckel“ genannt wird. Dieser kann u.a. zu chronischen Rückenschmerzen führen, welche oft der Anfang des in Kapitel 2.5.4 näher erläuterten Teufelskreises der Osteoporose sind und zu dem Verlust der Unabhängigkeit führen können.

Die genannten Staturveränderungen treten sowohl bei Frauen als auch bei Männern auf. (vgl. Donhauser/Schunack, 2006, S. 16f.; Bartl, 2001, S. 39ff.; Ringe 1995, S. 34ff.)

Frakturen sind das Kennzeichen einer manifesten Osteoporose und werden als „[...]akute Kontinuitätsdurchtrennung eines Knochens“ definiert (Bartl, 2001, S. 18).

„Die Fraktur bei inadäquatem Trauma gilt als das entscheidende Kriterium des Übergangs von der präklinischen zu manifesten Osteoporose bzw. von meist noch beschwerdefreier Osteopenie zu schmerzhafter Krankheit“ (Ringe, 1995, S. 25).

Je nach Fortschritt der Krankheit, ergeben sich Veränderungen in der Mikroarchitektur des Knochens. Das Gewebe wird zunehmend porös und kann schon bei geringsten Belastungen brechen. Bereits ein minimales bzw. oft auch nicht fassbares Trauma kann zu einer Spontanfraktur führen (z.B. Fraktur im Bett, Fraktur im Sitzen, beim Zubinden der Schuhe) (vgl. Ringe, 1995, S. 26).

Im folgendem sollen die beiden häufigsten Frakturarten im Zusammenhang mit Osteoporose beschrieben werden.

- *Vertebrale Frakturen:*

Nicht immer wird eine Fraktur vom Betroffenen bemerkt. Wirbelkörperbrüche, die nicht durch einmalige Gewalteinwirkung, sondern nach und nach in Folge mehrerer Mikrofrakturen entstehen, bleiben häufig unbemerkt (vgl. Ringe, 1995, S. 27f.).

Wirbelkörperfrakturen kommen häufiger vor als man bisher angenommen hat. Das Verhältnis von Frauen zu Männern beschreiben Peris/Guanabens (1996) mit zwei zu eins. Diese Daten bestätigt auch die EVOS-Studie (European Study of Vertebral Osteoporosis). Sie führt für 1998 im europäischen Raum etwa 4 Millionen Personen mit einer Wirbelkörperfraktur an. 1,9 Millionen davon waren Männer (vgl. O'Neill et al., 1998).

Wirbelfrakturen bedeuten für den Patienten häufig Schmerzen und eine Einschränkung der Mobilität. Kudlacek/Willvonseder (2003) beschreiben als Folge langandauernden Spitalsaufenthalten, Immobilität und dem Verlust der Selbstständigkeit. In diesem Zusammenhang sei auch die Untersuchung von Leidig et al. (1990) erwähnt, die beschreibt, dass über 40% der Patienten mit einer Wirbelkörperfraktur eine temporäre Pflege benötigen.

- *Proximale Femurfrakturen:*

Im Zusammenhang mit osteoporoseinduzierten Frakturen wird die proximale Femurfraktur als am bedeutsamsten erachtet. Im Allgemeinen sind Hüftfrakturen laut Kudlacek/Willvonseder (2003) mit hoher Mortalität, langdauernder Pflege und hohen Kosten verbunden.

Frauen während der Postmenopause sind von einer Hüftfraktur häufiger betroffen als Männer. Eine erhöhte Sterblichkeit nach Hüftfrakturen wurde jedoch bei einem signifikant höheren Prozentsatz von Männern als Frauen beobachtet (vgl. Jacobsen

et al., 1992). 20-25% der Patienten versterben im ersten Jahr nach einer Fraktur (vgl. Alegre-López et al., 2005). Eine erhöhte Mortalität nach einer Fraktur kann auch nach über einem Jahr bestehen bleiben (vgl. Hasserijs et al., 2005).

Wirbelkörperfrakturen und Hüftfrakturen werden im Zusammenhang mit Osteoporose am häufigsten in der Literatur erwähnt. Abbildung 3 zeigt neben diesen beiden Frakturarten andere betroffene Stellen:

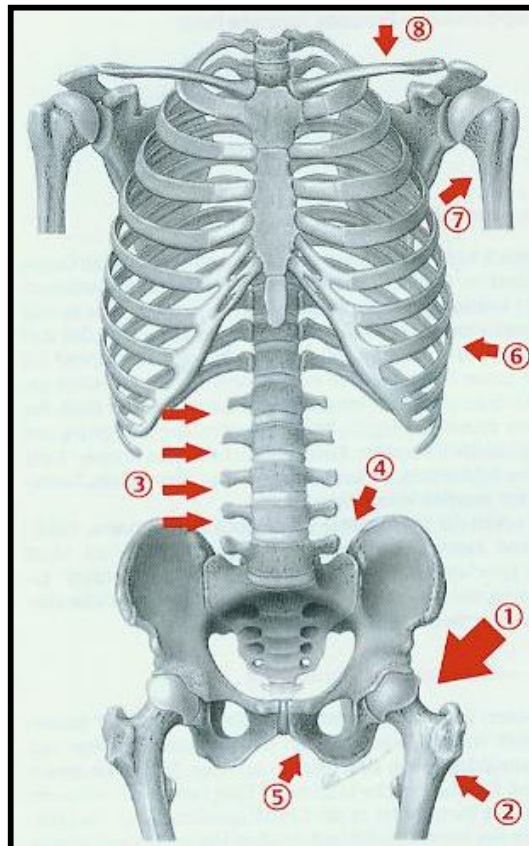


Abbildung 3: „Häufige Frakturstellen bei Osteoporose“) Oberschenkelhalsfraktur, 2) peritrochantäre Femurfraktur, 3) Wirbelkörperfrakturen, 4) Kreuzbeinfraktur, 5) Sitz- und Schambeinfraktur, 6) Rippenfrakturen, 7) Proximale Humerusfraktur, 8) Schlüsselbeinfraktur. Grafik modifiziert übernommen aus Bartl, 2001, S. 2

2.3.4 Therapie

Die Fraktur stellt im Verlauf der Osteoporose das entscheidende Ereignis dar. Sie bringt die größte Einschränkung der Lebensqualität für den Patienten und sie ist sozialökonomisch der Hauptkostenfaktor. Wie schon zuvor erwähnt, ist das Hauptziel der Therapie osteoporoseinduzierte Knochenbrüche zu verhindern.

Die Wissenschaft beschäftigt sich intensiv mit der Evaluierung unterschiedlicher Therapiemaßnahmen. Vogel et al. (2006) machen jedoch darauf aufmerksam, dass es an konsequenter Umsetzung der gewonnen Erkenntnisse in der Praxis durch praktische ärztliche Therapiemaßnahmen fehle.

Zu den grundlegenden Therapien bei Osteoporose zählen eine gesunde Lebensführung die sich positiv auf den Knochenstoffwechsel auswirkt, Physiotherapie die u.a. zur Sturzvorsorge beitragen soll, eine Basistherapie mit Vitamin D und Kalzium und eine medikamentöse Therapie (vgl. Donhauser/Schunack, 2006, S. 5).

Auf die verschiedenen Therapiemöglichkeiten soll in weiterer Folge näher eingegangen werden:

Nicht- Medikamentöse Therapie

Die Behandlung soll in Abhängigkeit von Ätiologie (primäre, sekundäre Osteoporose), Schweregrad (Normalbefundung, Osteopenie, manifeste Osteoporose) und dem Risiko eine weitere Fraktur zu erleiden erfolgen. Jede Therapiemaßnahme muss das Ziel haben eine weitere Fraktur zu vermeiden (vgl. Ringe, 1995, S. 180ff.). Lebensstilmodifikation und Risikofaktorbekämpfung werden in der Literatur als Basismaßnahmen beschrieben.

Um weitere Frakturen vorzubeugen, werden von dem Dachverband für Osteoporose neben der Erkennung und Behandlung osteoporoseinduzierter Krankheiten folgende Leitlinien genannt:

- Häufig wird die Wichtigkeit der regelmäßigen körperlichen Aktivität genannt. Dies fördert die Muskelkraft und die Knochendichte, aber auch das Koordinationsvermögen und vermindert so die Sturzgefahr.
- Der Sturzprophylaxe kommt in der Prävention sowie in der Therapie eine wichtige Rolle zu. Im höheren Lebensalter soll das Risiko der gehäuft auftretenden Stürze berücksichtigt werden. Hier gilt es anzumerken, dass Osteoporose nicht das Risiko für Stürze, sondern für eine Fraktur infolge eines Sturzes erhöht.
- Basierend auf der Erkenntnis vieler Studien wird eine ausreichende Kalziumaufnahme durch die Nahrung in Form von Milchprodukten bzw. auch durch Ergänzungsprodukte empfohlen. Gleich wie bei der postmenopausalen Therapie beinhaltet die Basistherapie eine ausreichende Versorgung mit

Kalzium und Vitamin D. Vitamin D fördert die Aufnahme von Kalzium aus dem Darm in das Blut und den Einbau von Kalzium in die Knochengrundsubstanz.

- Der Verzicht auf Nikotin und die Vermeidung übermäßigen Alkoholkonsums wirken sich ebenfalls positiv auf den Knochenstoffwechsel aus.

(vgl. Donhauser/Schunack, 2006, S. 39)

Medikamentöse Therapie

Neben nicht-medikamentöser Therapiestrategien gibt es spezifische medikamentöse Therapien zur Reduktion des Knochenabbaus (Knochenresorption) bzw. zur Stimulation des Knochenaufbaus (Knochenformation). Eine medikamentöse Therapie wird bei einem T-Score unter -2,5 Standardabweichungen vorgeschlagen, oder wenn wenig Knochenverlust mit einer Wirbelfraktur verbunden ist. Auch Männer in früheren Stadien, mit einer sogenannten Osteopenie, sollten behandelt werden (vgl. Eberling, 2008).

Zur medikamentösen Therapie stehen für Männer weniger Medikamente als für Frauen zur Verfügung. Außerdem ist die spezifische medikamentöse Behandlung bei Männern wissenschaftlich weniger gut evaluiert als bei Frauen (vgl. Ringe, 2003).

Das Vorhandensein von schweren Nebenwirkungen führt dazu, die Therapie zu unterbrechen. Die Non-Compliance und Abbruchquote ist speziell in der klinischen Praxis hoch (vgl. Jakob et al., 2006).

Neben der Versorgung mit Kalzium werden im fortgeschrittenen Stadium folgende medikamentöse Behandlungen empfohlen:

- *Bisphosphonate (Alendronat, Risedronat)*

Bisphosphonate bewirken, dass das Kalzium im Knochen festgehalten wird. Ihre Wirkung wurde in den letzten Jahren hinsichtlich der Frakturprävention in einigen Studien bestätigt. Eine entsprechende Therapie wird oft als Primärtherapie für die Behandlung von Männern mit Osteoporose angesehen (vgl. Donhauser/Schunack, 2006, S. 49). Studien bestätigen, dass Alendronat die Knochendichte erhöht und zu einer verminderten Inzidenz von neuen Wirbelkörperfrakturen führt.

- **Hormonersatztherapie:**

Häufig wird beim Mann mit einer sekundären Osteoporose ein Hypogonadismus mit ursächlichem Testosteronmangel festgestellt. Hier erzielt eine Testosterontherapie die beste Wirkung. Es wurde festgestellt, dass Androgene und Östrogene einen Einfluss auf den männlichen Knochenstoffwechsel haben. Untersuchungen weisen auf einen Zusammenhang zwischen niedrigem Testosteronspiegel und erhöhtem Frakturrisiko hin. Außerdem soll die Substitution männlicher Hormone einen positiven Effekt auf den Knochenstoffwechsel, auf die Skelettmuskulatur und die Stimmungslage haben. Trotz positiver Erfahrungen, kann aufgrund der bisherigen Datenlage eine Hormonersatztherapie beim Mann jedoch noch nicht empfohlen werden (vgl. Kudlacek et al., 2000).

Schmerztherapie:

Einen wichtigen Stellenwert bei der Behandlung von Osteoporose hat die Schmerztherapie. Wie schon bei den klinischen Symptomen erwähnt, kann Osteoporose zu Schmerzen führen, die eine Therapie notwendig machen. Der Schmerz, der bei einer Osteoporose manifestiert ist, ist insofern eine Herausforderung, da er ein „multifaktorielles Geschehen“ darstellt. Neben der akuten Fraktur, müssen die Zerstörung der muskulo-skeletalen Architektur, der psychische Zustand und auch sekundäre Schmerzphänomene berücksichtigt werden. Da das Schmerzempfinden nur subjektiv beschreibbar ist, muss hier mit besonderer Sorgfalt und Sensibilität die Individualität des Patienten beachtet werden (vgl. Stein, 2001).

Akute Schmerzen, die gleich nach einer Verletzung als Schutzmechanismus des Körpers auftreten, sind relativ gut behandelbar, da sie lokalisierbar sind. In der akuten Phase, d.h. unmittelbar nach der Fraktur, wird eine Schmerztherapie für eine frühestmögliche Mobilisierung und dem Erhalt der Funktionsfähigkeit empfohlen. Hess et al. (2000, S. 708f.) empfiehlt die Einnahme von Analgetika. Besonders bewährt haben sich nicht-narkotische Substanzen wie Paracetamol. Narkotische Substanzen werden möglichst vermieden, da sie „schläfrig und antriebslos“ machen.

Von chronische Schmerzen, bzw. einer „Chronifizierung“ spricht man, wenn der Schmerz länger, d.h. über mehrere Monate andauert und mit keiner Besserung zu rechnen ist. Dies will man im Zuge einer Osteoporosetherapie und Rehabilitation verhindern. Stein (2001) spricht von Schwierigkeiten bei der Therapie von chronischen Schmerzen bei Osteoporose.

Eine Belastung durch ständige Schmerzen ist unter anderem mit negativen Auswirkungen auf den sozialen Bereich, z.B. sozialem Rückzug und Depressionen ver-

bunden, weil sie von Mitmenschen oft nicht als solche erfasst werden kann. Eine Schmerztherapie ist sinnvoll und kann Erleichterung bringen, hat sich jedoch noch nicht als Standard durchgesetzt (vgl. Stein, 2001).

Es muss erwähnt werden, dass keine Therapie das Risiko zur Gänze beseitigen kann eine Fraktur zu erleiden. Klinische Untersuchungen zeigen, dass eine signifikante Anzahl von Patienten mit einer bestehenden Fraktur eine weitere Fraktur erleiden noch während sie in Behandlung sind (vgl. Jakob et al., 2006).

Rehabilitation:

Nach einer osteoporoseinduzierten Fraktur gilt es, den Patienten ins normale Leben zurückzuführen. Manche Patienten haben trotz Wirbelkörperfraktur ein erfülltes Leben mit sozialer Integration, andere wiederum ziehen sich nach der ersten Wirbelkörperfraktur völlig zurück und werden depressiv. Es dauert ca. zwei Jahre bis sich die Lebensqualität nach Wirbelkörperfrakturen wieder einer Vergleichsgruppe ohne Frakturen angenähert hat. Voraussetzung ist, dass keine weiteren Frakturen hinzukommen (vgl. Hess et al., 2001, S. 708f.).

Unter Nutzung seiner eigenen Ressourcen soll dem Patienten mit multidisziplinären Rehabilitationsprogrammen ermöglicht werden, möglichst bald wieder am sozialen, beruflichen und familiären Leben teilzunehmen. Die im Alter auftretenden Risikofaktoren lassen sich mit Maßnahmen in der Rehabilitation günstig beeinflussen, sodass das Wiederauftreten von Stürzen/Frakturen zu verhindern ist (vgl. Reuss-Borst, 2004).

Reuss-Borst (2004) beschreibt die zentralen Aufgaben der Rehabilitation bei Osteoporose folgendermaßen:

- Die Wiederherstellung bzw. Besserung der Funktionsfähigkeit, insbesondere auf Ebenen der Aktivitäten und der Teilhabe an allen Lebensbereichen einer Person (Mobilisierung, Erhalt der Selbstständigkeit, Vermeidung von Institutionalisierung, d.h. der Unterbringung in einem Pflegeheim).
- Die Verstärkung aller Maßnahmen, die zur Vermeidung von Stürzen und erneuten Frakturen beitragen.

Eine multidisziplinäre Rehabilitation kann aus Bewegungstherapie, psychologischer Betreuung, Maßnahmen zur Sturzprävention und Ergotherapie und Heilmittelberatung bestehen:

Bewegungstherapie:

Bei der Sport- und Bewegungstherapie geht es darum, die Knochensubstanz mit gezielten Übungen zu erhalten. In weiterer Folge kann mit einer Verbesserung der Muskelkraft und Koordination Stürzen vorgebeugt werden und eine erhöhte Leistungsfähigkeit im Alter erzielt werden. Der Patient soll sich so lange wie möglich selbst versorgen können um seine Lebensqualität zu erhalten (vgl. Pfeifer et al., 2003).

Psychologische Betreuung:

Psychologische Hilfe kann beim Prozess der Krankheitsverarbeitung und bei der Schmerzbewältigung unterstützend wirken. In Gesprächen wird dem Patient Angst vor der Krankheit Osteoporose und insbesondere vor der Sturzangst genommen, um einem möglichen sozialen Rückzug entgegenzuwirken. Dies geschieht durch eine umfassende Aufklärung über die Krankheit. Außerdem wird der Patient in seinem notwendigen Verhalten gestärkt, selbst an der Erhaltung bzw. Verbesserung der Knochenmasse zu arbeiten. Speziell beim betroffenen Mann kann es sein, dass aufgrund seines irrtümlich angenommenen gesunden und kräftigen äußeren Erscheinungsbildes die Erkrankung von seiner Umgebung nicht akzeptiert wird. Fehlendes Verständnis durch das Umfeld kann beim Patienten zu psychischen Problemen führen (vgl. Pfeifer et al., 2002). Wichtig ist es auch, möglichst bald wieder den gewohnten Lebensrhythmus nach einer Fraktur aufzunehmen (vgl. Hess et al., 2000, S. 710; Reuss-Borst, 2004).

Maßnahmen zur Sturzprävention

Um Brüchen prophylaktisch entgegenzuwirken, werden bestimmte Maßnahmen zur Sturzprävention bei Osteoporose empfohlen. Im Österreichischen Osteoporosebericht (2007, S. 181) werden folgende empfohlene bzw. veranlasste präventive Maßnahmen zusammengefasst:

- die Reduzierung von Stolperfallen
- die Reduzierung von psychotropen Medikamenten
- Gleichgewichtstraining, Krafttraining und Ausdauertraining
- mehr Licht in der Wohnung
- das Tragen von Hüftprotektoren

Dazu bemerken Rieder et al. (Österreichischer Osteoporosebericht, 2007), dass das Bewusstsein über die Auswirkung von Gleichgewichts- und besonders von Krafttrain-

ning zur Sturzprophylaxe bei AllgemeinmedizinerInnen trotz vieler international publizierter positiver Ergebnisse nur gering ausgeprägt ist.

Ergotherapie und Heilmittelberatung:

Nach einer Operation stehen spezielle Hilfsmittel für osteoporoseinduzierte Brüche zur Verfügung um wieder besser in den Alltag zurückzufinden. In der Literatur werden insbesondere Rückenorthesen und Hüftprotektoren erwähnt. Auf beide wird nun näher eingegangen:

Die Rückenorthese dient der Aufrichtung der Wirbelsäule nach Wirbelkörperfrakturen bei Osteoporose und soll zu einer Schmerzlinderung führen. Sie kräftigt die Rumpfmuskulatur und unterstützt die Aufrichtung des Oberkörpers bei Rundrückenbildung nach Wirbelkörperfrakturen. In Studien konnte gezeigt werden, dass die Körpergröße als Zeichen der Aufrichtung zunahm. Ebenfalls kam es zu einer verbesserten Lungenfunktion. Außerdem reduzierten sich Körperschwankungen und das Standgleichgewicht verbesserte sich. Neben der Verbesserung der körperlichen Funktion konnte durch eine Schmerzverbesserung und geringeren Leistungseinschränkungen die Lebensqualität erhöht werden (vgl. Pfeifer et al., 2004).

Der Hüftprotektor verhindert Brüche des Oberschenkelhalses. Bei einem Sturz wird ein Teil der Energie von dem Hüftprotektor aufgenommen und ein anderer Teil auf das um den Oberschenkelknochen liegenden Weichgewebe verteilt (vgl. Hinz, 2005).



Abbildung 4: Hüftprotektor „Safehip“
übernommen aus Hinz et al., 2005



Abbildung 5: Rückenorthese „Spinomed“
übernommen aus Hinz et al., 2005

In verschiedenen Studien wurde die Senkung des Risikos für eine Hüftfraktur um 60% bzw. kein Effekt des Hüftprotektors festgestellt (vgl. Pfeifer et al., 2003).

Zusammenfassend sollen nochmals die Schritte von der Diagnose Osteoporose bis hin zur Therapie dargestellt werden:

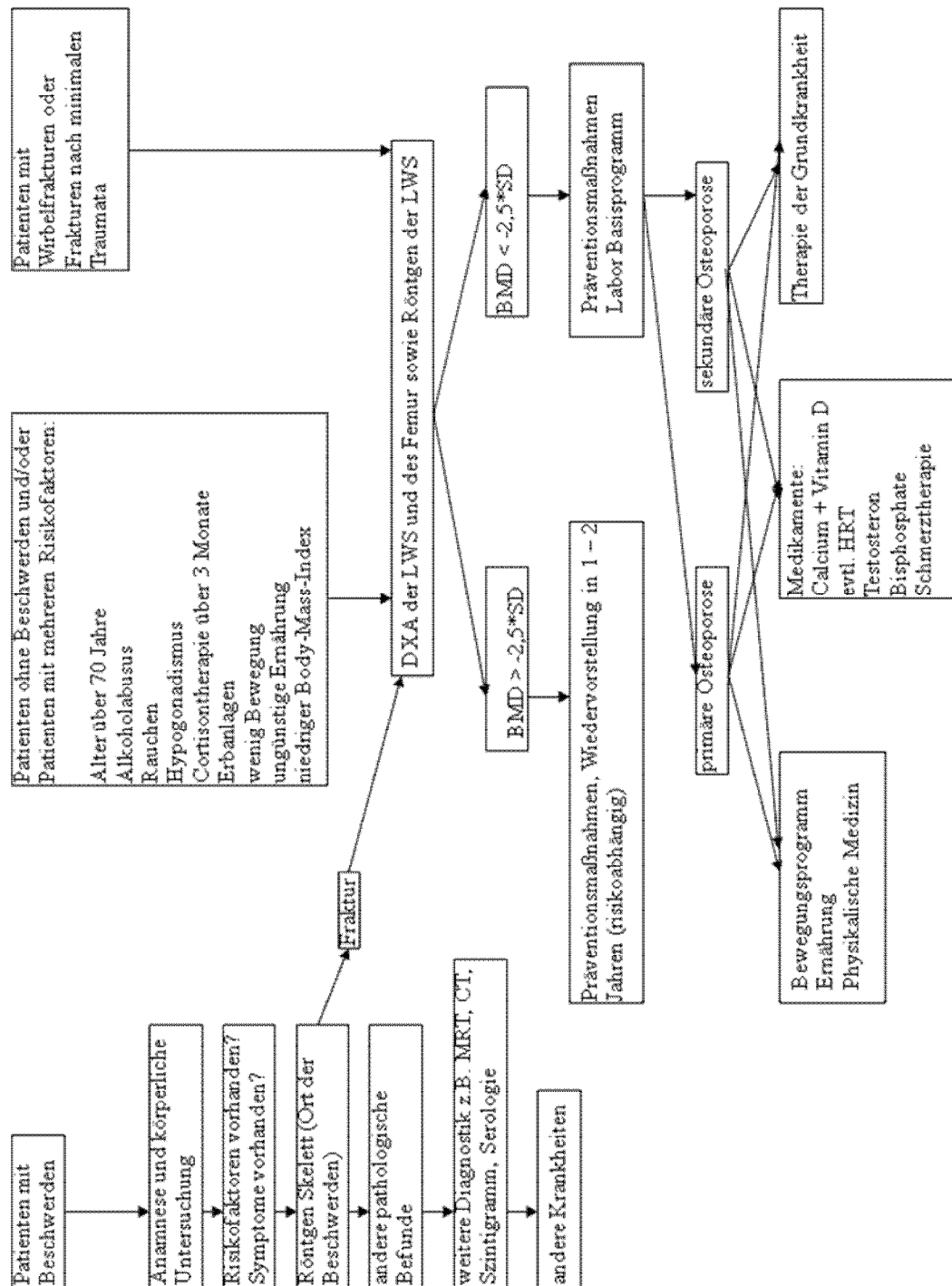


Abbildung 6: „Differenzialdiagnostisches Vorgehen bei Verdachtsdiagnose Osteoporose“ modifiziert übernommen aus Ebeling, 2008 und Bartl, 2001, S. 57

DXA... Dual Energy X-Ray Absorptiometry (Doppelröntgen-Absorptiometrie)

LWS... Lendenwirbelsäule

HRT... Hormone Replacement Therapy (Hormonersatztherapie)

SD... Standard Deviation (Standardabweichung) vom Mittelwert

2.3.5 Prävention

Allgemein formuliert versteht man unter Prävention „[...]alle medizinischen und sozialen Anstrengungen, die Gesundheit zu fördern (health promotion) und Krankheit und Unfälle sowie deren Folgen zu verhüten“ (Kunze et al., 2002, S. 26).

Um chronischen Krankheiten wie Osteoporose vorzubeugen, muss auf dem Sektor der Prävention gearbeitet werden.

Das Ziel einer Prävention und Therapie der Osteoporose ist die Verhinderung von Knochenbrüchen. Die Knochenbildung während des Heranwachsens soll gefördert und der gesteigerte Knochensubstanzverlust im Alter verhindert werden (vgl. Minne et al., 2005).

Die Stufen der Osteoporoseprävention kann folgendermaßen unterteilt werden:

- *Die ungezielte Primärprävention in der Bevölkerung*, z.B. durch Aufklärung und allgemeine gesundheitspolitische Maßnahmen, soll bereits in der Jugend beginnen. Eine frühe Aufklärung über Risikofaktoren und Vermeidung derselben, sowie ausgewogene, kalziumreiche Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität sind die ersten Schritte bei der Prävention von Osteoporose.
- *Die Individualprävention nach persönlicher Risikofaktorenermittlung* soll den Patienten dazu anhalten eine Änderung von Ernährung und Lebensstil vorzunehmen.
- *Ärztliche, medikamentöse Intervention* sind nach der Diagnose von Risikopatienten durchzuführen

(vgl. Bartl, 2001, S. 89; Kunze, 2002, S. 26ff.)

Die Ansatzpunkte einer Prävention von Osteoporose ergeben sich im Allgemeinen aus den Risikofaktoren. Hierzu soll auf das Kapitel 3.2 verwiesen werden.

Um präventive Maßnahmen zu verbessern, gibt die Europäische Union folgende Empfehlungen:

- Mehr Informationen zur Inzidenz und Prävalenz osteoporotischer Frakturen
- Kohärente Ernährungspolitik in der gesamten EU
- Bereitstellung verbesserter Diagnosemöglichkeiten
- Verbesserungen in der Patientenbetreuung mit verbessertem Angebot an Gesundheitserziehung der „health professionals“ und der Öffentlichkeit
- Vermehrte Förderung von Selbsthilfegruppen

(vgl. Seniorenbericht, 2000, S. 281)

AllgemeinmedizinerInnen haben bei der Diagnostik und Früherkennung von Osteoporose eine Schlüsselrolle. Durch die rechtzeitige Zuweisung zu einer Knochenmineraldichtemessung, können weitere Maßnahmen, die die Knochenstruktur stabilisieren und Frakturen mit schwerwiegenden Komplikationen verhindern, gesetzt werden. Nach einer pathologischen Fraktur liegt es abermals zumeist am Hausarzt/ an der Hausärztin eine entsprechende Osteoporoseabklärung und Osteoporosetherapie einzuleiten (vgl. Österreichischer Osteoporosebericht, 2007, S. 170).

Im Gegensatz dazu betonen Vogel et al. (2006) die Wichtigkeit der ChirurgenInnen, die nach einer Fraktur die Diagnostik und Therapie einleiten können. So würden sich Folgefrakturen reduzieren.

Über 80% der AllgemeinmedizinerInnen schätzen die Wirksamkeit von Osteoporoseprävention, besonders in Zusammenhang mit Lebensstilfaktoren, hoch ein (vgl. Österreichischer Osteoporosebericht, 2007, S. 170).

Um mit Präventionsmaßnahmen erfolgreiche Ergebnisse zu erzielen, müssen Betroffene auch an den vorbeugenden gesundheitlichen Maßnahmen teilnehmen. An dieser Stelle sei das in den 50er Jahren entwickelte Health Belief Modell (Modell der gesundheitlichen Überzeugung) genannt. Dieses Modell beschreibt die Faktoren, von denen die Teilnahme an vorbeugenden, gesundheitlichen Maßnahmen abhängt. Das Modell stützt sich auf die Annahme, dass das Verhalten eines Menschen im eigenen Interesse wesentlich durch die Erwartung gesteuert werde, einen positiven Gesundheitszustand zu erreichen.

Menschen reagieren am besten auf Präventionsmaßnahmen wenn sie

- sich durch eine Krankheit persönlich gefährdet sehen
- aufgrund dieser Erkrankung für sich ernsthafte Konsequenzen erwarten
- von der Effektivität der präventiven Maßnahme überzeugt sind
- keine oder nur geringe Anstrengungen das Ausführen der Maßnahme behindern (Patient muss glauben das Ziel tatsächlich erreichen zu können und muss sich in der Lage sehen das Programm zu befolgen)

(vgl. Kunze et al., 2002, S. 58; Buser et al., 2003, S. 34)

Es bleibt die Frage offen, inwieweit die genannten Faktoren durch das Alter und das Geschlecht beeinflusst werden.

2.4 Informiertheit der Patienten

Für den empirischen Teil von besonderer Relevanz ist die Frage wie informiert sich der osteoporotische, männliche Patient in Bezug auf seine Osteoporose sieht. Nachfolgend sollen einige interessante Ergebnisse in diesem Zusammenhang näher erläutert werden.

Die von Papaioannou et al. (2006) durchgeführte Studie zeigt, dass informierte Patienten im Umgang damit selbstbewusster sind und sich bei Aktivitäten die dem Fortschreiten der Osteoporose entgegenwirken, stärker engagieren. Dieses Ergebnis könnte ÄrztInnen dazu bewegen ihre frisch diagnostizierten Patienten intensiver aufzuklären, um so die Häufigkeit einer Therapie zu reduzieren.

Giangregorio et al. (2008) kommen zu dem Ergebnis, dass es einen allgemeinen Mangel an Wissen über die Krankheit gibt. Zum einen wissen Patienten nicht darüber Bescheid, dass Osteoporose ein erhöhtes Frakturrisiko mit sich zieht, zum anderen brachten Betroffene Fragilitätsfrakturen nicht mit Osteoporose in Verbindung. Diese Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit der Kommunikation der ÄrztInnen mit ihren Patienten. Die Diagnose einer Osteoporose, höheres Alter oder eine Fragilitätsfraktur im Zusammenhang mit einer Osteoporose können auch das Risiko einer weiteren Fraktur steigern.

Eine Studie über die Informiertheit bei chinesischen Männern zeigte, dass das Wissen über Osteoporose verbesserungswürdig ist. Lee/Lai (2006) kritisieren, dass dem osteoporotischen Mann bei Gesundheitskampagnen und Forschungsstudien wenig Beachtung geschenkt wird. Als Grund sieht er die traditionelle Betrachtung der Osteoporose als Frauenproblem aufgrund der höheren Inzidenz. Die Autoren schlagen vor, in Gesundheitskampagnen darauf hinzuweisen, dass Osteoporose definitiv keine alleinige Frauenkrankheit ist und bei beiden Geschlechtern mit ernstesten gesundheitlichen Folgen und Komplikationen verbunden ist.

Die Studie von Phillipov et al. (1998) hebt hervor, dass Männer im Gegensatz zu Frauen das Risiko an Osteoporose zu erkranken deutlich unterschätzen. Die Autoren betonen die Wichtigkeit der Stufen der Risikowahrnehmung bei der Prävention von Osteoporose. Er sei davon auszugehen, dass Menschen erst dann Aktionsmaterial wahrnehmen, wenn sie auch ein Risiko für die Krankheit sehen. An dieser

Stelle sei an das Health Belief Modell im Kapitel 2.3.5 hingewiesen. Neben der geringen Anzahl an Information über die Krankheit, kritisieren Phillipov et al. (1998) aufgrund ihrer Ergebnisse Ärztinnen und Ärzte, die wenig Interesse an der Krankheit zeigen bzw. auch keine angemessene Hinweise geben. Ohne Verständnis des Risikos könne es keine wirksame Krankheitsprävention und Behandlungskampagnen geben. Das fehlende Bewusstsein der Männer resultiert aus der verbreiteten Ansicht, dass Osteoporose eine Frauenkrankheit sei. Außerdem zeigen die Autoren auf, dass das Wissen über die Krankheit in Bezug auf die damit zusammenhängenden Risikofaktoren bei Männern viel niedriger ist als bei Frauen. Phillipov et al. (1998) schlagen vor, dass zukünftige Aufklärungsprogramme schwerpunktmäßig über die nachgewiesenen Risikofaktoren informieren sollten.

Präventionsstrategien und Behandlung sind wichtig um zukünftige Frakturen zu verhindern. In einer qualitativen Untersuchung fanden Taylor et al. (2003) heraus, dass das wahrgenommene Risiko an Osteoporose zu erkranken, sowie das Wissen über die Krankheit und deren Risikofaktoren generell sehr gering sei. Auch er empfiehlt Kampagnen, die auf die Krankheit aufmerksam machen und Aufklärungsarbeit bei Risikopersonen leisten. Im Zuge seiner Studie gaben Leute ohne Osteoporose an, dass die Erkrankung ihrer Meinung nach nur geringe Auswirkungen auf die Patienten habe. Betroffene hingegen betonten die Auswirkung der Krankheit auf die gesamte Lebensqualität und ihre Mobilität.

Nicht nur die Betroffenen selbst wissen wenig über die Krankheit. Vered et al. (2008) weisen auf eingeschränktes Wissen der KrankenpflegerInnen bezogen auf die Medikation bei der Behandlung hin. Dies ist insofern problematisch, da sie als AnsprechpartnerInnen von PatientInnen einen wichtigen Teil in der Osteoporoseprävention und Behandlung einnehmen.

Die meisten ÄrztInnen schätzen den Informationsstand der PatientInnen mit Osteoporose als „mäßig“ bzw. „gut“ ein. 10 % schätzten den Informationsstand ihrer Patientinnen und Patienten als „gering“ ein. Im Vergleich zum Jahr 1993 schätzten die ÄrztInnen bei der Umfrage im Jahr 2007 den Informationsstand ihrer OsteoporosepatientInnen als deutlich besser ein. Ein Grund könnte die Steigerung des Osteoporosebewusstseins in der Bevölkerung, die bevölkerungsbezogenen Kampagnen der Osteoporoseprävention und Knochengesundheitsförderung sein (vgl. Österreichischer Osteoporosebericht, 2007, S. 175).

Faktum ist jedoch, dass sich auf dem Gebiet der Aufklärung noch einiges tun muss, um PatientInnen auf ihre möglichen Risikofaktoren aufmerksam zu machen, sie in weiterer Folge optimal auf ihre Krankheit vorzubereiten und immer wieder zu motivieren, einer möglichen Verschlechterung entgegenzuwirken.

2.5 Lebensqualität bei Osteoporose

2.5.1 Definition von Lebensqualität

Die WHO beschreibt 1993 den Begriff Lebensqualität als „[...]die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen“. Es ist allerdings schwierig Lebensqualität genau zu messen und detailliert zu beschreiben.

Die Beurteilung der Lebensqualität eines Menschen kann nur durch persönliche Gespräche ermittelt werden kann. Die Erlebenswelt jedes Menschen ist geprägt durch seine individuelle Erfahrung und Werte und somit ist jeder Mensch der Experte für die Beschreibung seiner Lebensqualität (vgl. Bullinger, 2006).

Im Gegensatz zur „allgemeinen Lebensqualität“ (Quality of Life), deren Messung Aussagen über die Gesamtheit der persönlichen Befindlichkeit macht, liefert die „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ (Health related Quality of Life) Aussagen über den Gesundheitszustand. In klinischen Studien wird versucht, die gesundheitsbezogene Lebensqualität isoliert zu messen. Studien die sich mit der Erforschung und Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auseinandersetzen, sollen unterstützend sein für Bedarfsermittlung, für die Bewertung verschiedener Therapien, für Qualitätskontrolle und zur Verbesserung der Gesundheit in der Gesellschaft (Bullinger, 2002).

Die Bestimmung gesundheitsspezifischer Lebensqualität durch quantitative Studien erfolgt mehrmals zu verschiedenen Zeitpunkten. Dadurch kann eine Verbesserung bzw. Verschlechterung, die durch Interventionen während der Krankheit erfolgt, beobachtet und überwacht werden.

Lange war man uneinig darüber, ob gesundheitsspezifische Lebensqualität überhaupt messbar ist. Heute existieren allerdings schon sehr viele Fragebögen, die laut

Bullinger (2002) in „*der Epidemiologie, in der Therapieevaluation, der Gesundheitsökonomie und der Qualitätssicherung eingesetzt werden*“.

Dabei unterscheidet man Fragebögen, mit denen die allgemeine gesundheitliche Verfassung erhoben wird, von solchen, mit denen das Ausmaß einer spezifischen Krankheit gemessen soll.

Für die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität Osteoporosekranker gibt es mehrere Fragebögen. Sie sind alle ähnlich aufgebaut, Schwerpunkte der Betrachtung liegen aber auf verschiedenen Bereichen. Als Beispiel werden vier dieser Fragebögen in Kapitel 2.5.3 näher beschrieben.

2.5.2 Lebensqualität bei Osteoporose

Die gesundheitsspezifische Lebensqualität der Patienten mit Osteoporose ist ein wichtiger Indikator um das Fortschreiten der Erkrankung zu bewerten. Dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen eingeschränkt ist, wird von vielen Studien belegt (vgl. Cooper et al., 2008; Borgström et al., 2006).

Die Definition von Lebensqualität soll nicht fremdbestimmt sein, sondern durch das individuelle Erleben und Erfahren vom Kranken selbst festgelegt werden. Im Verlauf einer Krankheit kann sich die individuelle Definition von Lebensqualität ändern (vgl. Bullinger, 2002).

Eine Verminderung der Lebensqualität beginnt, wenn die PatientInnen zum ersten Mal krankheitsbedingte Schmerzen haben. Meist handelt es sich dabei um akute Rückenschmerzen aufgrund von Wirbelkörpereinbrüchen, die sich dann zu chronischen Rückenschmerzen entwickeln können. Diese Schmerzen können Ursache einer Angst vor weiteren Brüchen sein. Weitere Brüche treten häufig auf. Je mehr Frakturen die PatientInnen erleiden, desto stärker werden die Schmerzen und desto schlechter wirken Schmerztherapien (vgl. Donhauser/Schunack, 2006, S. 19).

Chronische Schmerzen erschweren jegliche Aktivität. Zusätzlich aktivierungshemmend ist die Angst vor Stürzen und weiteren Knochenbrüchen. Eingeschränkte Mobilität, soziale Isolation und die bleibende körperliche Entstellung können zu depressiven Verstimmungen führen. In der Literatur wird oftmals von einem „Teufelskreis“ im Zusammenhang mit der Krankheit Osteoporose gesprochen. Verschiedene Faktoren, wie Schmerz, sozialer Rückzug und eine weitere Verschlechterung des all-

gemeinen Gesundheitszustandes spielen dabei eine Rolle (vgl. Donhauer/Schunack, 2006; Scheidt-Nave, 2001).

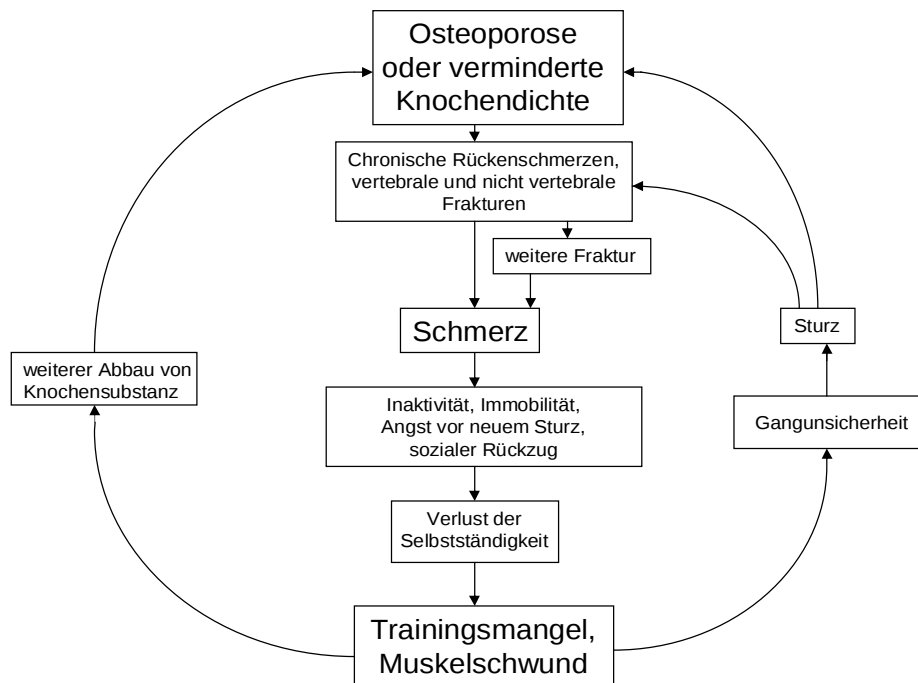


Abbildung 7: „Teufelskreis bei Osteoporose“ modifiziert übernommen aus Ringe (2002)

Beispielsweise geraten PatientInnen, bei denen die Wirbelsäule von Osteoporose betroffen ist, in diesen Teufelskreis. Das bestätigt Scheidt-Nave (2003) und stellt fest, dass PatientInnen mit fortschreitender Wirbelkörperosteoporose aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden zu sozialem Rückzug und schweren Befindlichkeitsstörungen neigen.

2.5.3 Quantitative Untersuchungen der Lebensqualität

Allgemeine Anforderungen an Fragebögen sind

- die Objektivität, d.h. die Messinstrumente müssen unabhängig von der Person, die das Instrument anwendet, gleiche Ergebnisse erzielen
- die Validität, d.h. sie müssen tatsächlich die Merkmale bewerten, die sie zu messen vorgeben
- die Reliabilität, d.h. die Messung muss bei wiederholten Vorgehen den gleichen Wert ergeben

(vgl. Diekmann, 2005, S. 216ff.)

Um die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten zu erfassen wird der weltweit bekannte Fragebogen SF-36 (Short Form [36] Health Survey) eingesetzt. Dieser Fragebogen besteht aus 36 Fragen, die die acht Bereiche körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden bewertet (vgl. www.sf-36.org/tools/sf36.shtml).

2.5.3.1 Fragebögen zur Lebensqualität bei Osteoporose

Es gibt einige Forschungsarbeiten, die sich mit der Bewertung der gesundheitsspezifischen Lebensqualität Osteoporosekranker befassen. Es handelt sich jedoch größtenteils um Untersuchungen an postmenopausalen Frauen (vgl. Flood et al., 2006; Papaioannou et al., 2006; Cooper et al., 2008; Bianchi et al., 2005).

Laut Pfeilschifter/Braun (2006, S. 25) wurden bis zum Jahr 2006 sechs Fragebögen entwickelt, die die gesundheitspezifische Lebensqualität bei Osteoporose bewerten.

Vier dieser Fragebögen sollen vorgestellt werden:

The Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis (QUALEFFO bzw. QUALEFFO-41):

Dieser Fragebogen besteht aus 48 Fragen, welche auf die sechs Bereiche „Pain“, „Physical function: Activities of daily living“, „Physical function: Jobs and around the house“, „Physical function: Mobility“, „Social Function“ und „General health perception“ aufgeteilt sind. Er wurde nach einer Validation in QUALEFFO-41 umbenannt. Dieser Name bezieht sich auf die Anzahl der Items (in diesem Fall 41). Es gibt auch eine kürzere Version des QUALEFFO-41, der sich QUALEFFO-31 (vgl. van Schoor et al., 2006) nennt. Lips et al. (1999) untersuchten mit dem QUALEFFO-41 die Lebensqualität bei PatientInnen, die eine oder mehrere Wirbelfrakturen erlitten hatten. Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Minderung der Lebensqualität bei PatientInnen mit osteoporotischen Wirbelfrakturen. Die verminderte Lebensqualität wurde in allen sechs Bereichen nachgewiesen.

Der *Short osteoporosis quality of life questionnaire ECOS-16* wurde von Badia et al. (2004) speziell für Frauen mit postmenopausalen Osteoporose entwickelt um deren

gesundheitsbezogene Lebensqualität zu messen. Der Fragebogen besteht aus 16 Items und ist in vier Bereiche unterteilt. Resultate waren unter anderem, dass Patientinnen mit Wirbelfrakturen, Komorbidität und einem geringen Bildungsniveau die schlechteste gesundheitsspezifische Lebensqualität haben.

QUALIOST: QUALity of Life questionnaire In OSTEoporosis (vgl. de la Loge et al., 2005):

Der Fragebogen hat 23 Punkte und ist ein reliables und valides Instrument um die Lebensqualität von post-menopausalen Frauen mit Osteoporose zu messen.

OPSAT-Q: Osteoporotic Patient Treatment Satisfaction Questionnaire (vgl. Flood et al., 2006) :

Dies ist ein neues Instrument um die Patientenzufriedenheit mit einer Biophosphonattherapie zu messen.

Trotz intensiver Suche konnten keine Studien gefunden werden, in denen die gesundheitsbezogene Lebensqualität speziell bei Männern untersucht wurde. Es bleibt somit die Frage offen, ob der Geschlechterunterschied auch Auswirkungen auf die Abfrageergebnisse hat.

3. Empirischer Teil

Im empirischen Teil dieser Arbeit werden folgenden Fragestellungen untersucht:

- Wie erlebt der osteoporotische Mann seine Erkrankung und wie geht er damit um?
- Welchen Einfluss hat das Gesundheitssystem auf die subjektive Wahrnehmung der Krankheit?

3.1 Methodisches Vorgehen

3.1.1 Theoretischer Ansatz: Qualitative Forschung

Die genannten Forschungsfragen wurden im Rahmen einer qualitativen Untersuchung bearbeitet. Die qualitative Forschung ist personenzentriert und zeichnet sich durch eine holistische (ganzheitliche) Perspektive aus. Dieser Ansatz liefert Erkenntnisse über menschliche Erfahrung. Es wird Wissen und Einsicht in das Wesen von Menschen gewonnen. Flick et al. (2000, S. 14) fassen diesen Ansatz folgendermaßen zusammen: *„Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten „von innen heraus“ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen. Diese bleiben Nichtmitgliedern verschlossen, sind aber auch den in der Selbstverständlichkeit des Alltages befangenen Akteuren selbst in der Regel nicht bewusst.“*

Nach Mayer (2002, S. 86) ist der qualitative Ansatz sinnvoll, *„wenn über ein bestimmtes Phänomen wenig bekannt ist, wenn man ein Phänomen von innen heraus, aus persönlichen, subjektiven Sichtweisen angehen möchte [...]“* um das individuelle Erleben eines Menschen zu erfassen. Die Untersuchung stützt sich auf die Methode der Phänomenologie, welche zum Ziel hat, *„[...] die Erfahrungen und Erlebnisse von Menschen in ihrer eigenen Welt zu verstehen.“* (Mayer, 2002, S. 74)

Die Teilnehmer der durchgeführten Studie sollten folgende Einschlusskriterien erfüllen:

- männlich
- Osteoporose diagnostiziert

- aktuell in ärztlicher Behandlung
- Beherrschung der deutschen Sprache
- Bereitschaft über das Thema zu sprechen
- Bestätigung der Einwilligung mittels „informierte Zustimmung“¹

3.1.2 Methode der Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte mittels halbstandardisierter Interviews. Bei einem halbstandardisierten Interview orientiert sich der Verlauf des geführten Gesprächs an einem vorgefertigten Interviewleitfaden, der dabei hilft, eine Übersicht über das Thema zu behalten (vgl. Mayer, 2002, S. 124).

Der verwendete Interviewleitfaden bestand aus mehreren konkreten Fragen, die in Anlehnung an die Forschungsfragen ausgesucht wurden. Die Reihenfolge und Formulierung der Fragen wurden der Situation angepasst. Nach Bedarf erfolgten klärende Rückfragen. Die Gespräche wurden auf Tonband aufgenommen und anschließend vollständig transkribiert.

Folgende Themenbereiche wurden vorbereitet und der Interviewsituation passend gefragt:

- Diagnosestellung
- Erleben der Erkrankung
- Umgang mit der Krankheit
- Wo gibt es Einschränkungen?
- Erwartungen an eine Operation/Behandlung
- Persönlich Informiertheit über die Krankheit

3.1.3 Beschreibung der Interviewpartner

Für die Erhebung der Daten fanden insgesamt neun Einzelinterviews statt. Dabei wurde Kontakt mit dem orthopädischen Spital Speising, dem Wiener Allgemeinen Krankenhaus, den Barmherzigen Schwestern und dem Unfallkrankenhaus Meidling aufgenommen, um männliche Patienten mit einer entsprechenden Diagnose zu rekrutieren. Nach dem Einverständnis der behandelnden Ärzte, wurden vorerst 25 mögliche Interviewpartner in einem Brief über das Vorgehen, Ziel und Zweck der

¹ Ein Exemplar der Einwilligungserklärung („informed consent“) findet sich im Anhang

Studie informiert. Nach Abklärung der in Kapitel 3.1.2 genannten Einschlusskriterien, nahmen neun Patienten an der Untersuchung teil.

Alle Befragten waren zwischen 50 und 80 Jahren alt und befanden sich in verschiedene Phasen des Krankheitsverlaufs. Fünf von neun Patienten hatten zum Zeitpunkt des Interviews noch keine osteoporoseinduzierte Fraktur. Beim überwiegenden Teil der Männer war gemäß der WHO Kriterien lediglich eine Osteopenie diagnostiziert. In den jeweiligen ärztlichen Befunden bzw. auch im ärztlichen Gespräch wurde jedoch ausschließlich von Osteoporose gesprochen.

Die Interviews fanden im jeweiligen Krankenhaus bzw. an einem vom Teilnehmer gewünschten Ort statt und dauerten zwischen 25 und 60 Minuten.

3.1.4 Datenaufbereitung und –auswertung: Qualitative Inhaltsanalyse

Alle Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen. Danach wurde das gewonnene sprachliche Material transkribiert. Die Transkripte wurden ins normale Schriftdeutsch übertragen, um die Lesbarkeit und die Bearbeitung der Interviews zu erleichtern. Um sicher zu gehen, dass die Anonymität der Patienten gewahrt bleibt, wurden genannte Personen mit „N.N.“ und genannte Orte mit „XY“ vercodet.

Um im Zuge der Bearbeitung der Daten Kategorien zu bilden, wurden alle Interviews nach der von Mayring (2008) beschriebenen Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Dabei handelt es sich um ein interpretativ-reduktives Verfahren, bei dem das niedergeschriebene, sprachliche Material *„[...] reduziert, umschrieben und in Kategorien zusammengefasst [...]“* und *„[...] dann miteinander verknüpft und interpretiert [...]“* wird (Mayer, 2002, S. 166). Mit der qualitativen Inhaltsanalyse wird ein systematisches, regelgeleitetes analytisches Vorgehen gewährleistet. (vgl. Mayring, 2008, S. 42f.) Anwendung findet die qualitative Inhaltsanalyse bei Kommunikationsmaterial, das bei offenen Interviews entsteht. Die Kategorien werden dabei aus dem Material in Anlehnung an die Forschungsfragen gewonnen. (vgl. Mayer, 2002, S. 169f.)

Das transkribierte Material wurde gemäß den Grundformen Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung auf wesentliche Inhalte reduziert und strukturiert sowie analysiert, um Ergebnisse zu erzielen und angemessene Aussagen machen zu können (vgl. Mayring, 2008, S. 58f.).

Folgende Analyseschritte nach Mayring (2008, S. 60ff.) wurden bei der Ergebnisauswertung vorgenommen:

1. Bestimmung der Analyseeinheiten: Im ersten Schritt werden für die Forschungsfrage relevante Texteinheiten in dem Transkript bestimmt.
2. Paraphrasierung der inhaltstragenden Stellen: Danach werden die gefundenen Texteinheiten paraphrasiert und ohne ausschmückende Textbestandteile auf eine einheitliche Sprachebene gebracht.
3. Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus -Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau: Im dritten Schritt wird ein Abstraktionsniveau bestimmt, unter dem alle Paraphrasen, die unter diesem Niveau liegen, verallgemeinert werden können.
4. Erste Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen: Um eine erste Reduktion zu erreichen, werden nun inhaltsgleiche, unwichtige und nichtssagende Paraphrasen gestrichen.
5. Zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau: In einem weiteren Schritt werden Paraphrasen, die sich aufeinander beziehen, zusammengefasst und durch eine neue Aussage beschrieben.
6. Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem: Danach werden anhand der neuen Aussagen umfassende Einheiten erarbeitet und in einem Kategoriensystem wiedergegeben.
7. Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial: Um sicher zu gehen, dass alle erstellten Aussagen eine Repräsentation des Ausgangsmaterials darstellen, muss das entstandene Kategoriensystem am Ausgangsmaterial rücküberprüft werden.

Um einen Einblick in die Vorgehensweise zu bekommen findet sich ein Auszug aus der Analyseerstellung:

<i>IP²</i>	<i>Zeile</i>	<i>Paraphrase</i>	<i>Generalisierung</i>	<i>Kategorien</i>	<i>Überkategorien</i>
1	68	wusste vor Diagnose nichts über Krankheit	wusste vor Diagnose nichts über Krankheit	K11: Unwissenheit über Krankheit	Wissensstand des Patienten
1	69	befasst sich nicht mit Krankheiten	befasst sich nicht mit Krankheiten		
1	71	weiß, dass sich Knochen bei Krankheit ändern	Spärliches Wissen über Krankheit	K12: Wissen über Krankheit	

² IP... Interviewpartner

1	79	Hat sich nicht geschreckt, dass er Schmerzen wie eine Frau bekommen könnte	Glaubt nicht, dass Osteoporose nur Frauen betrifft	K13: Meinung über geschlechtsspezifische Unterschiede	Umgang mit einer „Frauenkrankheit“
1	82	Glaubt nicht, dass Osteoporose als Frauenkrankheit gesehen wird	Glaubt nicht, dass Osteoporose nur Frauen betrifft		
1	83	Glaubt nicht, dass er besser dran ist	Glaubt nicht, dass Osteoporose nur Frauen betrifft		
1	132	Meint, dass er wie ein Betrunkener geht	Hat Beschwerden beim Gehen	K2: hat Beschwerden -beim Gehen -beim Sitzen	Schmerzen/Folgesymptome haben
1	132	Fühlt sich, als ob Beine nicht ihm gehören	Hat Beschwerden beim Gehen		
1	146	Hat Beschwerden in den Wirbeln beim Sitzen	hat Beschwerden beim Sitzen		
1	150	Hat beim Gehen Schmerzen im Rücken und Beckenbereich	Hat Beschwerden beim Gehen		
1	158	Vergisst auf die vorgeschriebenen 20 Minuten Bewegung	Vergisst auf kontinuierliche Bewegung	K14: Selbstkritik wegen Bewegungsmangel --vergisst darauf --schämt sich	Selbstkritik wegen Diskontinuität
1	159	Machte früher Klimmzüge und die 5 Tibeter	Früher mehr körperliche Betätigung	K15: Veränderung durch Krankheit	Körperliche Veränderungen bemerken
1	174	Hat wegen Schmerzen seinen Gang verändert	Veränderter Gang auf Grund der Krankheit		
1	180	Frau hilft bei Medikamenteneinnahme	Unterstützung durch Frau	K5: Unterstützung durch Frau --bei Bewegungstherapie --bei Medikamenteneinnahme	Unterstützung bei der Therapie
1	182	Macht mit Frau gemeinsam Tai Chi	Bewegung mit Frau		
1	190	Schämt sich, dass er nicht täglich 20 Minuten trainiert	Scham wegen mangelnder Bewegung	K14: Selbstkritik wegen Bewegungsmangel -vergisst darauf -schämt sich	Selbstkritik wegen Diskontinuität
1	201	Macht sich um Zukunft keine Sorgen	Keine Zukunftssorgen	K9: macht sich keine Sorgen -über Frakturen -über Zukunft	Positives Denken
1	206	Macht sich über Frakturen keine Sorgen	Keine Sorgen über Frakturen		
1	207	Sagt, was passiert, das passiert	Nimmt es wie es kommt		

Tabelle 3: Tabellenauszug aus einem Interview nach der Inhaltsanalyse nach Mayring

3.1.5 Ethische Überlegungen

Um keine Aspekte des Persönlichkeitsrechts der Studienteilnehmer zu verletzen, wurden folgende Punkte berücksichtigt: Zunächst wurden alle Teilnehmer in einem Gespräch ausführlich über den Zweck und den geplanten Verlauf der Studie informiert und auf die freiwillige Teilnahme hingewiesen. Außerdem wurde versichert, dass eine Ablehnung der Teilnahme keine Folgen für die Behandlung habe. Das Einverständnis eines jeden Patienten wurde mittels einer aufgeklärten Zustimmung eingeholt. Dabei wurde den Betroffenen mündlich und schriftlich Anonymität zugesichert. Um diese zu gewährleisten, wurden in den zitierten Originalaussagen in der Ergebnisdarstellung unwichtige Details wie erwähnte Namen von Ärzten oder Institutionen von der Forscherin verändert, sodass die Identität der Patienten nicht zu erkennen ist. Die Tonbandaufnahmen wurden absolut vertraulich behandelt und nach Fertigstellung der Arbeit vernichtet. Transkripte und persönliche Informationen zu den beteiligten Personen wurden an einem nur der Forscherin zugänglichen Ort aufgehoben. Die Forscherin brachte den Interviewten größtmöglichen Respekt, sodass alle Gespräche in einem entspannten Rahmen stattfanden und es zu keinen psychischen oder physischen Schäden der Teilnehmer kam.

3.2 Ergebnisse der Untersuchung

Zu den beiden Forschungsfragen wurden vier bzw. drei Hauptkategorien mit Unterkategorien definiert. Die Ergebnisse der beiden ausgewerteten Forschungsfragen werden zunächst überblicksmäßig dargestellt. Daraufgehend werden diese näher beschrieben und mit Originalaussagen aus den geführten Interviews veranschaulicht.

3.2.1 Erleben und Umgang mit der Erkrankung

Im Zuge der Ergebnisauswertung konnten für die erste Forschungsfrage „Wie erlebt der Patient seine Erkrankung und wie geht er damit um?“ vier Hauptkategorien mit dazugehörigen Unterkategorien definiert werden.

Konfrontation mit der Krankheit

- ☞ Osteoporose als Zufallsdiagnose
- ☞ Überraschende/plötzliche Diagnosestellung
- ☞ Okkultik der Symptome
- ☞ Umgang mit einer „Frauenkrankheit“
- ☞ Positives Denken
- ☞ Respekt vor Folgen

Umstellung der Lebensweise

- ☞ Körperliche Veränderung bemerken
- ☞ Schmerzen/Folgesymptome
- ☞ Einschränkungen im Alltag
- ☞ Unterstützung durch Hilfsmittel/ medikamentöse Therapie
- ☞ Umfangreiche Behandlung
- ☞ Selbstkritik wegen Diskontinuität

Integration der Krankheit in den Alltag

- ☞ Auseinandersetzung mit der Krankheit
- ☞ die Krankheit in den Alltag eingliedern
- ☞ Selbstständigkeit bewahren/Normalität erhalten
- ☞ Vorsichtiger werden
- ☞ Hoffnung auf Besserung
- ☞ sich mit Osteoporose abfinden

Die Rolle der Ehefrau

- ☞ Hilfe bei der allgemeinen Bewältigung
- ☞ Unterstützung bei der Therapie
- ☞ Gemeinsame Bewältigung EINER Krankheit

3.2.1.1 Konfrontation mit der Krankheit

3.2.1.1.1 Osteoporose als Zufallsdiagnose

Eine Knochendichtemessung kann eine sichere Auskunft darüber geben, ob auf Grund der Abweichung von Standardwerten eine Osteoporose besteht. Da der

Krankheitsverlauf lange schmerzfrei ist (siehe auch Kategorie 3.2.1.1.3), wird Osteoporose oft zufällig diagnostiziert.

Einige Patienten lassen aus eigener Initiative eine Knochendichtemessung durchführen. Bei einem Patienten war die Neugier Grund für eine Untersuchung:

„Ich habe mich damals nur der Neugierde wegen bei den Barmherzigen Brüdern angemeldet und man hat eben das „Batzerl“ festgestellt.“

Ein anderer beschreibt die damalige Situation so:

„... erst vor einem Jahr habe ich die Knochendichtemessung gemacht. Rein durch Zufall ist mir eingefallen, dass ich das jetzt mache, und da fanden sie, dass der vierte linke Wirbelknochen also porös ist. Ja, das war es und dann kam ich zu...“

Auch die Ehefrau kann den Anstoß zu einer Knochendichtemessung geben:

„...dazugekommen bin ich eigentlich durch meine Frau, weil meine Frau regelmäßig – klarerweise, Frauen machen das, Osteoporoseuntersuchungen... und sie hat gesagt ´willst du dir das nicht auch einmal machen lassen?´...und dann bin ich hingegangen und dann war eben der Befund nicht so schön wie ich mir das erwartet habe... normal wäre ich gar nicht hingegangen, das war sozusagen eine Zufallsdiagnose. Und dann bin ich zu meinem Hausarzt gegangen, und der hat gesagt, das muss man sich anschauen, und so bin ich halt ins AKH gekommen...“

Derselbe empfindet auch Dankbarkeit gegenüber seiner Frau:

„...insofern bin ich jetzt meiner Frau dankbar, dass sie mich motiviert hat, dorthin zu gehen, weil auf die Idee wäre ich normal nicht gekommen....“

Von ÄrztInnen wird eine Knochendichtemessung erst später in Erwägung gezogen, wie zwei Patienten berichten.

„Naja, ich war also zuerst bei der praktischen Ärztin, dann beim Orthopäden und dann hat es geheißen ´schauen wir einmal nach´, weil ja... weil ich ja Kortison genommen habe und weil sich das auf die Knochen schlagen kann. Und da ist eben dann herausgekommen, dass ich es habe...“

„...und er [der Orthopäde, Anm. d. Verf.] hat mich zur Knochendichtemessung geschickt, Blutbefunde jede Menge... nein Knochendichte nicht... Und der hat auf Grund der Blutbefunde schon irgendeinen Wert... schon etwas herausgefunden von der Knochendichte, dass da schon etwas nicht stimmt. Und bei den Röntgenbildern,

beim CT – Röntgen die Wirbelsäule ganz weiß und hell war ... und der hat gesagt, ´das hängt sicher mit der Knochendichte zusammen´. Dann hat er da in den Blutbefunden auch schon etwas gesehen und dann hat er mich eigentlich erst die Knochendichte messen lassen...“

3.2.1.1.2 Überraschende/plötzliche Diagnosestellung

Alle Befragten berichten von einer überraschenden Diagnosestellung.

Ein Patient erzählt von der plötzlichen Konfrontation:

„Na wenn ich ehrlich bin, in der Aufregung, ich habe mir vorgestellt, ich kann ja nicht irgendwas mit den Knochen haben... ich habe das nicht gern genommen...“

Auch einen weiteren Patienten traf die Diagnose plötzlich – er erfuhr erst nach einem Sturz und einer daraus resultierenden Fraktur von seiner Krankheit und musste seine kranke Frau in Stich lassen.

„Ich habe gelebt bis vor dem Sturz... gemeinsam den Haushalt mit meiner Frau... nur ist meine Frau jetzt Diabetikerin auch, und sie ist jetzt in Süd oben im Geriatriezentrum... und ich habe momentan keine Verbindung zu ihr...“

Zwei Patienten verallgemeinern die plötzliche Konfrontation mit der Krankheit und legen das auf alle entscheidenden Lebensereignisse um.

„Naja, es ist immer so... jedes Ding, egal was es ist, ist dann immer ein gewisser Keulenschlag sage ich immer... jössas, jetzt habe ich das, oder jetzt habe ich das...[...] und ich habe immer geglaubt, ich reiße alles nieder.“

„...vielleicht hat es mich eh schon immer gehabt und man hat nicht geschaut... ist ja auch möglich. Es gibt ja Sachen, da kümmert sich niemand darum und auf einmal sind wir aus allen Wolken ... und dann haben wir das auch. Ich hätte ja nie geschaut, ich würde ja heute noch nicht mitgehen mit ihr [Ehefrau, Anm. d. Verf.]... Knochendichte messen... wenn der nicht sagt damals...“

Die Diagnose überrascht die Patienten auch insofern, als keine Ursache für die Krankheit gefunden werden kann.

„Ja, weil ich bin Briefträger und renne den ganzen Tag mit der Post und daheim dann weiter. Also von dort kann es auch nicht sein...“

„Na bin ich gegangen eben und der [Orthopäde, Anm. d. Verf.] hat gesagt ´machen wir das´ [eine Knochendichtemessung, Anm. d. Verf.]...und auf das hinauf haben sie dann gesagt, ´naja´... sage ich ´ich trinke seit mindestens vierzig Jahren täglich einen halben Liter Milch, eine lauwarme Milch, nicht gekocht und nichts...eine lauwarme Milch zum Frühstück´... sage ich. Ich habe von da her Kalzium genug. Ich trinke nur hin und wieder Kaffee oder Most, dass das vielleicht... ein Kalziumräuber ist oder was... ich weiß es ja nicht... das weiß ich zu wenig.“

3.2.1.1.3 Okkulte Symptome

Wie schon im Literaturteil dieser Arbeit erwähnt handelt es sich bei Osteoporose um eine schleichende Krankheit, die zunächst ohne Symptome verläuft. Das beklagen auch die Betroffenen und meinen:

„Weil ich ja diese Dinge... ich habe keine Schmerzen, man merkt das ja nicht. In meinem täglichen Lebensablauf habe ich ja nicht bemerkt halt... da könnte etwas stecken.“

„So Knochendichte... die Messung da, haben ja von uns viele, und dann haben wir eben eine gemacht und dann ist eben das herausgekommen. Und jetzt haben wir es vor kurzem wieder einmal gemacht, die Knochendichtemessung und habe ich wieder schlechtere Werte wie sie [Frau, Anm. d. Verf.].... eigentlich...habe aber überhaupt keine Beschwerden. Ich bin ein Mensch, der wenn es ihm nicht wehtut, dann... nein, ich bin nicht wehleidig, aber ich habe mir eigentlich nicht recht etwas vorstellen können darunter... wehgetan hat mir nichts in den Knochen oder so... gebrochen habe ich mir noch nichts...“

Die rechtzeitige Abklärung der Diagnose kann Frakturen vorbeugen. Das erkennt ein Patient:

„Und das ist eigentlich das Problem an solchen Diagnosen, dass man an ... ja wenn ich einmal mit Knochenbrüchen zu tun hätte, dann ist es eh zu spät. Dass man das so im normalen Leben nicht merkt. Insofern bin ich dankbar, dass man Risikofaktoren erkennt, egal wie man die dann behandelt, oder wie man dazu steht. Aber dass man es rechtzeitig erkennt.“

Für viele Patienten kommt die Diagnose jedoch zu spät. Ein Patient, der sich zum Zeitpunkt des Interviews gerade von einem Bruch im Krankenhaus erholt, meint dazu:

„...weil wer denkt, wenn er fortgeht aus dem Haus, dass er jetzt niederfällt... denkt ja keiner daran. Also ist das eine Krankheit, wo man nicht sagt ´so und so´... weil wenn ich schwindlig bin, wenn ich fortgehe, dann weiß ich, dass mir schwindlig wird... aber da merkt man nichts und fällt auf einmal hin.“

Schon einfache Schmerzen können ein Anzeichen für Osteoporose sein:

„... das war nämlich damals so: wir gehen immer Schi fahren einmal im Jahr, eine Woche... und mir hat dann die Hand immer wehgetan... und ich habe mir eingeredet ´das ist vom Schlepper´, weil ich mich verkrampft anhalte vielleicht... und derweil hat sie [Ärztin, Anm. d. Verf.] dann festgestellt, dass das nicht das ist, sondern dass ich das [Osteoporose, Anm. d. Verf.] habe.“

3.2.1.1.4 Umgang mit einer „Frauenkrankheit“

Ein Patient fühlte sich durch die Diagnose in keinem Maße peinlich berührt und meint:

„Es hat mich durchaus nicht geschreckt dass ich ein Weiberl wäre oder dass ich plötzlich wie ein Weiberl da Schmerzen bekomme und... nein also, das hat mich überhaupt nicht berührt wenn ich ehrlich bin...“ Ergänzend fragt er: *„Weil warum sollte ich besser dran sein?“*

Auch ein anderer sieht Osteoporose gleichermaßen als Frauen- und Männerkrankheit an und meint:

„Ich habe eigentlich keine Gedanken, dass das nur bei Frauen ist, weil ich war eigentlich der Meinung, dass das Männer auch haben. Nein, also ich habe da kein Problem damit, weil ich habe geglaubt, das haben alle.“

Derselbe Patient sieht den Grund für die geringe Anzahl an Betroffenen folgendermaßen:

„...Nur die Männer gehen halt weniger dorthin untersuchen lassen... ja, vielleicht, deswegen, weil sie nicht gehen, glauben sie haben das nicht.“

Denselben Grund sieht auch ein weiterer Patient:

„Also ich glaube halt, dass deswegen die Männer weniger Osteoporose haben, weil sie glauben, dass die Männer das eh nicht haben und dadurch gehen sie gar nicht untersuchen. Das ist der Hintergrund, das glaube ich... weil ich glaube kaum, dass

Osteoporose nur Frauen haben, weil das ist ja... Frauen haben ja auch die gleichen Gene, glaube ich halt.“

Alle Patienten betonen, dass sie mit der Ansicht Osteoporose sei eine Frauenkrankheit, keine Probleme haben. Dennoch zeigten sich einige bei der Diagnosestellung verwundert und berichten über ihre damaligen Erstreaktionen:

„Ich habe kein Problem damit. Ich war nur verwundert, dass ich das auch haben kann, das ist klar, weil man sagt... ich bin ja kein Gebärender ...“

Auch einen anderen Patient verunsichert die Diagnose einer „weiblichen“ Krankheit. Er meint:

„Ich habe eigentlich keine weiblichen Hormone...“

Für einen weiteren war die Konfrontation mit einer „Frauenkrankheit“ nicht leicht zu akzeptieren. Er sagt:

„... man hat immer nur gehört das haben meistens die Frauen. Und das war nämlich auch ein Schlag bei mir.“

Ebenso war ein Patient der festen Überzeugung, dass die Krankheit nur Frauen treffe. Er war über die Diagnosestellung irritiert und beschreibt die damalige Situation:

„Ja aber wie aus allen Wolken natürlich, weil ich habe mir gedacht das ist nur eine Frauenkrankheit natürlich ...“

Derselbe meint zur gemeinsamen Knochendichtemessung mit seiner Frau:

„Und jetzt haben wir es vor kurzem wieder einmal gemacht, die Knochendichtemessung und habe ich wieder schlechtere Werte wie sie“.

Er räumt der Befundung einen großen Stellenwert ein:

„Ich weiß es gar nicht, wie ihr Wert dann ist. Meiner ist halt schlechter wie ihrer. Das heißt schon etwas.“

3.2.1.1.5 Positives Denken

Im Zusammenhang mit der Konfrontation mit der Erkrankung betonen fast alle Betroffenen ihre Sorglosigkeit über den Krankheitsverlauf.

„Wenn ich aufrichtig bin... ich habe mir nur gedacht, ich bin nicht so ein eingehender Befasser und Studierer der Krankheiten und ja, da muss ich ehrlich sagen ... dass es brüchig ist die Geschichte das schon theoretisch und wie der Knochen sich ver-“

ändern kann, das schon... aber ich habe mir keine Sorgen gemacht [...] es wird schon wieder weggehen.“

Gleichzeitig ist er dankbar, dass „ es so geht“, und meint: „da bin ich dem Herrgott dankbar, dass ich gehen kann, dass ich Rad fahren kann... und wenn ich länger gehe, dann spüre ich es schon, dass es da zieht. Da geht es besser mit den Stöcken...mit den Walking... aber mein Gott, sonst mach ich mir keine Sorgen.“

Eine gewisse Sorglosigkeit zeichnet sich auch bei einem weiteren Patient ab, der meint:

„Sorgen habe ich eigentlich derweilen noch nicht, weil ich da gar nicht so denke daran, was wirklich sein könnte, oder was ist.“

Ein weiterer vergleicht Osteoporose mit einer früheren Krebserkrankung und sagt:

„... also wie ich damals den Krebs gehabt habe, bin ich zwei Monate im Spital gelegen, also das ist eher so... ich finde Osteoporose, das ist ein bisschen so, wie wenn man verkühlt ist. Ich finde das nicht... Ich meine der Befund, es sind jetzt nicht extrem schlecht, ich bin nicht der Meinung, dass man da jetzt deswegen in zwei Jahren im Rollstuhl sitzt, also ich habe da überhaupt keine Angst.“

Derselbe meint:

„... ich meine ich habe ja fast keine Osteoporose, das ist meine Meinung, ich denke da sehr positiv [...] also es ist keine Krankheit an der man zu Grunde geht, das ist meine Meinung.“

Die meisten befragten Männer haben noch keinen Bruch in Folge einer Osteoporose erlitten und blicken der Zukunft sorglos entgegen:

„Ich muss dazu sagen, da habe ich mir noch keine Gedanken darüber gemacht, weil ich erstens einmal abwarten will, was da möglich ist und dann auch schauen will, wie es weiterverläuft. Nachdem ich ja von den Parametern nicht schlechte Parameter habe sondern grenzwertig liege, habe ich da noch nicht wirklich Zukunftsängste.“

Derselbe meint:

„Also im Moment ist das für mich keine Belastung in irgendeiner Form, weil ich auch hoffe wegen dem Befund, der wie gesagt grenzwertig ist, dass man das da noch dagegensteuern kann, dass es noch nicht so fortgeschritten ist, dass es dann zu Konsequenzen kommen würde.“

Ältere Patienten bringen einen komplizierten Bruch als Folge der Krankheit mit dem Tod in Verbindung, betonen aber:

„... da mache ich mir keine Sorgen. Ich sage immer, wenn man 80 Jahre alt ist, irgendwann muss man einmal gehen, das ist ganz klar. Ich mache mir keine Angst vor dem Sterben. Ich bin ein gläubiger Mensch und ich sage irgendwann muss es aus sein.“

3.2.1.1.6 Respekt vor Folgen

Alle Patienten zollen den möglichen Folgen der Krankheit großen Respekt.

Ein Patient beschreibt seine Befürchtungen so:

„Naja, ich kann mir noch nicht einmal vorstellen, dass ich so bucklig daherkomme und dass ich einmal im Rollstuhl sitzen muss... weil das kann ja auch kommen bei dem, wenn es einmal extrem fortgeschritten ist... oder ein Wirbelbruch oder irgend-etwas...“

Eine Osteoporose hängt mit einem erhöhten Verletzungspotential zusammen. Dieses Faktum verunsichert einige Patienten. Einer meint:

„...weil als Mensch der gerne Bewegung macht, und dann hat man das Risiko eines erhöhten Knochenbruchs, das ist nicht so ...da habe ich eher ein bisschen ein schlechtes Gefühl dabei gehabt.“

Vor allem die mögliche eingeschränkte Beweglichkeit nach einer Operation beschäftigt einen Herrn:

„... ich habe da schon so Berichte gelesen, wo sie das [die eingebrochenen Wirbeln, Anm. d. Verf.] so mit Zement ausfüllen, nur ist halt dann gefragt, ob ich mich dann noch weniger bewegen kann oder mehr.“

Als schwerwiegendste Komplikation erwähnt ein Patient den Bruch des Oberschenkelhalses und sagt:

„... man soll eben Sachen, wo man leichter zu Sturz kommt, wie beim Schifahren... das ist sagen wir normalerweise nicht sehr ratsam. Die große Angst wäre ja dann, wenn es um einen Oberschenkelhalsbruch ... weil sagen wir das haben ja viele ältere Leute, die sich dann daraus sogar unter Umständen... bis zum Tod.“

Der typische „Witwen- oder Witwerbuckel“ erregt bei einem anderen Patienten Grund zur Besorgnis:

„...wenn mir vielleicht irgendwer sagt, was mich da alles erwartet, vielleicht werde ich ein U – Hakerl, gebückt und so, ich mein ich weiß ja nicht... dass du die Leute nur mehr nach den Schuhen erkennst, nicht mehr nach dem Gesicht.“

Ein Patient meint trotz eingeschränkter Beweglichkeit:

„Geistig und so ist alles normal... Gottseidank.“

3.2.1.2 Umstellung der Lebensweise

3.2.1.2.1 Körperliche Veränderung bemerken

Neben Kreuzschmerzen gehört auch der Größenverlust zu den ersten Anzeichen einer Osteoporose.

„...und kleiner geworden...laut Wehrpass bin ich um zwei Zentimeter kleiner geworden, das ist schon richtig“

„... es ist so [...] wenn ich die Gesundenuntersuchung mache... Gewicht 70, Größe 173... ´na warten Sie, schauen wir einmal nach´... 169... haha, also man wird kleiner praktisch, durch dir Krümmung [...] und wie gesagt, ich war immer, Gewicht 70,71,69, das ist hingekommen und die Größe 173... und dann hat sie [die Ärztin, Anm. d. Verf.] mich einmal hergeholt... ´stimmt der Meter nicht, oder was?´“

Dass er ein wenig Körpergefühl im Bein verloren hat beschreibt dieser Patient:

„...ich gehe ein bisschen blöd. Ich habe einen Schritt... wie wenn ich ein bisschen beschwipst bin, als ob mir die Füße nicht gehören, so das Gefühl. Aber auch harmlos.“

Weiters meint er:

„... seitlich gehen tue ich wegen den Schmerzen ein bisschen... es geht bis da hinauf [zeigt zum Becken, Anm. d. Verf.] und da bemühe ich mich halt beim Gehen... dass ich gerade gehe.“

3.2.1.2.2 Schmerzen/Folgesymptome

Schmerzen spielen bei der Krankheit eine zentrale Rolle.

Schmerzen kommen oft unerwartet in normalen Haltungen wie dem Sitzen und Liegen. Ein Patient beschreibt eine typische Situation:

„In der Nacht ist es so blöd, oder auch beim Sitzen. Man sitzt zum Beispiel, und auf einmal fangt das linke Bein an... wird da unten, als würde es abgesperrt... so auf die Art wie wenn es stockt. ... manchmal geht es nach links zum Knie auf einmal, das wird dann meiner Meinung nach immer kühl und naja... tut halt auch weh... und des geht so links, rechts, links, rechts... und das ist beim Sitzen oder beim Liegen. Jetzt durch die Injektion ist es natürlich direkt fast weg, aber ich weiß nicht, wie lange die Zeit dauert.“

„...das ist ein Drama... die Wirbeln und das alles das ist halt... und das spürt man. Beim Sitzen zum Beispiel... wenn man sitzt, man hat das Gefühl man sitzt am Knochen. Manchmal, aber nicht immer... und das ist unangenehm, da muss dann ich aufstehen.“

Ein Patient leidet an den Folgen seiner Operation:

„Das ist ja genagelt worden, und da ist jetzt eben der Nagel herausgekommen ... und das tut immer so eitem und ist entzündet... und da nehme ich an, dass sich das auch auswirkt auf die Beine.“

Ein Patient beschreibt „Lebensqualität“ in diesem Zusammenhang folgendermaßen:

„... schon alleine, wenn dir nichts weh tut, ist es schon super... weil immer dann, wenn dir etwas wehtut, dann weißt du erst zu schätzen wenn dir nichts wehtut. Das ist es.“

Andere fühlen sich wiederum durch die schmerzbezogenen Umstände der Krankheit wenig oder nicht eingeschränkt. So führt ein Patient seine Beschwerden auf eine starke Arbeitsbelastung zurück:

„Ich habe halt Kreuzweh, wenn ich stark arbeite... habe ich mehr, wenn ich den ganzen Tag Traktor fahre oder was... dann habe ich schon mehr Kreuzweh, das ist klar... wenn mehr Belastung ist... aber sonst habe ich keine. Mir fehlt nichts.“

3.2.1.2.3 Einschränkungen im Alltag

Beschwerden im Rahmen der Erkrankung können zu einer eingeschränkten Lebensqualität führen. Alltägliche Handlungen und Bewegungen sind mit Schmerzen bzw. einem Unwohlsein verbunden.

Ein Patient klagt über Probleme beim Radfahren, findet sich aber mit den veränderten Umständen ab:

„Mit meinem rechten Fuß geht es ein bisschen blöder, das Aufsteigen so gemütlich, weil das Kreuz blöd tut... aber bitteschön, so ist es...“

Weiters meint er:

„Früher, da habe ich meine fünf Tibeter gemacht und das hat mir nichts gemacht... ich habe Klimmzüge gemacht. In den Armen war ich immer gut beisammen.“

Nach einer Operation muss sich der Organismus erst wieder regenerieren und der Patient muss sich an Einschränkungen gewöhnen. So berichtet ein frisch am Oberarm operierter Patient:

„... jetzt kann ich den Arm nicht höher als so [hebt den Arm leicht an, Anm. d. Verf.] heben und kann ihn praktisch nicht belasten... also ich kann nichts heben oder ich kann mich nicht stützen auf den Arm.“

Außerdem berichtet der Patient von grundsätzlichen Umstellungen, wie dem Benützen des linken Arms als Rechtshänder:

„... das muss sich ja erst alles einspielen... und die Einschränkungen waren hauptsächlich jetzt beim Arm, dass man sich umstellen muss von rechts auf links. Das ist das große Problem gewesen.“

Aber nicht immer ist eine Operation möglich. So berichtet ein Herr:

„... drei Wirbeln sind eingebrochen, und jetzt war ich eben auch in XY... und da hat er [der Arzt, Anm. d. Verf.] gesagt, wenn man das operiert, dann kann ich mich noch viel weniger bewegen... Kopf drehen.“

Beschwerden durch Wirbelkörpereintritte machen sich auch beim Autofahren bemerkbar und stellen Patienten vor Herausforderungen:

„... gerade beim Autofahren... es sind nicht überall Schrägparker und wenn du jetzt in ein Ding einparken willst, ist das schwierig. Früher habe ich den Kopf gedreht wie ein... und jetzt habe ich auch meistens das Kopfweg [...]... so geht es [dreht sich mit ganzem Oberkörper, Anm. d. Verf.] ...ich weiß nicht ob es weit ist, aber nach hinten schauen... da müsste ich dann so machen... jetzt wenn man angeschnallt ist, dann muss man sich erst wieder losschnallen... wenn du zurückschauen sollst... oder du arbeitest mit den Spiegeln, aber oft hast du einen toten Punkt in den Spiegeln.“

Ein Patient erlebt Bewegungseinschränkungen so:

„Es ist oft so... wir sitzen da... der Fernseher rennt und sie [die Ehefrau, Anm. d. Verf.] sagt ´Jö schau, der Ding hat´... na bis du dich umdrehst ist das weg. Da sage ich ´ich kann mich nicht so schnell umdrehen´. Früher ist es gegangen Ruck Zuck, aber das geht ja nicht.... da muss der ganze Oberkörper mit, dann vielleicht noch eher... das sind schon Einschränkungen.“

Ein anderer Patient:

„... lang sitzen auf einem Sessel oder auf einer Bank, eine Stunde maximal, aber mehr geht nicht. Überhaupt wenn man sich nicht anlehnen kann, wenn man auf einer Bank sitzt...“

Einschränkungen durch Schmerzen werden akzeptiert und Vorhaben auf einen anderen Zeitpunkt verschoben.

„... ich bin kein so leidenschaftlicher Jäger. Ich gehe weil ich es gerne mache... aber wenn ich jetzt Schmerzen habe, dann gehe ich halt nicht. Ich muss nicht gehen, sagen wir so [...] Hochstandsitzen geht auch nicht mehr... mit Durchbeißen [...] das ist eben ein Hobby... wenn es nicht geht, dann geht es nicht, und dann geht es vielleicht drei Tage später und fertig.“

Ein Patient erzählt was er an schmerzintensiven Tagen macht:

„Tage habe ich dabei, da habe ich keine Schmerzen und dann sind Tage, da muss man halt durch... durchbeißen und wenn es auch wehtut ein wenig... einschränken, nicht so extrem arbeiten, sondern ein wenig weniger.“

Vor allem bei alltäglichen Situationen und bei der Arbeit sieht sich dieser Patient durch seine Schmerzen im Alltag eingeschränkt:

„... bei der Arbeit und beim Traktor fahren... oder Auto fahren. Wenn ich heute mit dem Auto nach XY fahren muss, oder nach XY, da kann es schon sein, dass ich zwischendurch einmal aufhalten muss und eine Tablette nehmen.“

Die Einschränkungen, die die Krankheit mit sich bringt, will ein anderer Betroffener nicht akzeptieren und äußert seinen Unmut darüber:

„Ich mein, ich kann einfach nicht für etwas jetzt drei Wochen brauchen... das geht einfach nicht... man sollte sowieso zurückstecken. Man merkt ja selber auch, dass etwas beschwerlicher ist, weil man ja nicht jünger wird.“

3.2.1.2.4 Unterstützung durch Hilfsmittel/ Medikamentöse Therapie

Über die Einnahme von Medikamenten zur Knochenstärkung bzw. Schmerzlinderung berichten viele Patienten.

Die Notwendigkeit einer regelmäßigen Tabletteneinnahme wird akzeptiert:

„... wenn man sich daran hält... und ich nehme die Pulver wirklich regelmäßig. Am Anfang habe ich sie ja müssen jeden Tag nehmen...[...] einmal in der Woche eine und jeden Tag zwei Kautabletten.“

„... ich habe jetzt eh andere bekommen. Wie ich das letzte Mal war, war es wieder schlechter wie bei der Frau halt... da hat er mir andere gegeben... da muss ich wöchentlich auch eine nehmen. Das ist jetzt neu, da nehme ich erst die Zweite, das zweite Monat, da sind nur vier Stück drinnen und da muss ich halt immer eine nehmen.“

Ein anderer sieht die Tabletteneinnahme als notwendiges Übel an:

„Ich bin kein Medikamentenlutscher... ich habe zwar sechs Stück jeden Tag, aber ich würde am liebsten ein Malzzuckerl essen stattdessen. Aber bitteschön, ich glaube daran, dass es uns schon hilft... also die Medikamente sind schon wichtig. Manche mehr, manche weniger....“

Ein Patient ist gegenüber der Medikation eher skeptisch:

„... zwar von dem halte ich nicht viel... Medikamente werden immer schlechter, nicht besser...“

Um eine Schmerzerleichterung zu erfahren, lässt sich ein Patient von einem Privatarzt behandeln:

„... also da fahre ich entweder zu einem Privatarzt infiltrieren lassen... der spritzt mir hinten hinein... oder Medikamente ein paar Tage... dann geht es wieder.“

Fast jeder misst einer Bewegungstherapie eine große Bedeutung bei und profitiert davon:

„Wenn ich gehe... da spüre ich es dann ziemlich im Rücken und im Beckenbereich... und im Sitzen... ich bin Grafiker... und wenn man da so in Details vertieft ist

und man steht dann auf, dann ´Jössas Na´. Dann mache ich halt meine Übungen... dann strecke ich mich halt, Apfel holen und so weiter, das schon.“

Dass eine Bewegungstherapie gut tut, darüber sind sich alle Betroffenen einig:
„... die mache ich täglich und seither habe ich damit [mit den Schmerzen, Anm.d. Verf.] nichts mehr zu tun. Ab und zu ein wenig Schmerzen, aber die hören wieder auf.“

„... da kann ich lange sitzen, die Füße oben haben im Kino zum Beispiel. Aber diese Übungen, wenn ich sie länger einmal nicht mache, spüre ich es.“

Einige Patienten verschaffen sich Abhilfe mit unterschiedlichen Hilfsmitteln:
„...und dann mache ich halt wieder Gymnastik oder Moorbäder.... oder wir haben auch so eine... wie heißt das... Magnetfeldresonanz... habe ich mir privat gekauft auch.“

„...wenn man sich am Abend ins Bett legt, so wie es wieder jetzt ist die Zeit, dann ist der Rücken kalt... auch wenn das Bett warm ist... wie wenn eine Eisenplatte drin liegen würde... kalte Erscheinungen am ganzen Rücken... und da tue ich mir jetzt meistens schon eine Wärmematte hinein ins Bett... dann geht es, ansonsten kann ich unmöglich schlafen. Ich lege mich auf den Rücken und das ist kalt. Wie auf einer Eisenplatte oder was weiß ich wie.“

„...ich kann mich auch nicht ganz gerade auf den Boden legen... sagen wir... ich muss eine Rolle haben unter dem Nacken da.“

3.2.1.2.5 Umfangreiche Behandlung

Die Patienten erzählen von aufwändigen Behandlungen um die immer wiederkehrenden Schmerzen in den Griff zu bekommen.

„... das sind die Behandlungen die ich alle bekommen habe... beim Orthopäden... das muss man sich vorstellen. Das sind jedes Mal vierzig... vierzig... hundertzwanzig... und noch dazu Infiltrationen... in den Kopf hinein tut er mir die... da hat er mir das Pflaster auf die Haare gepickt... das war dann leiwand das wegbekommen, haha...“

„... am Anfang war das so, jeden Tag eine [Tablette, Anm. d. Verf.] nehmen... und ich bin von Haus aus so um vier Uhr aufgestanden, weil ich um fünf Uhr angefangen habe zu arbeiten... und jetzt durch das habe ich müssen noch eine halbe Stunde früher anfangen, weil das muss man ja nehmen mit nix... nur mit einem ganz gewöhnlichen Wasser... mit keinem Tee oder gar nichts und eine halbe Stunde darf man sich dann nicht niederlegen und nichts, weil ja das Pulver dann angreifen kann und nachher ist es Gottseidank soweit gewesen, dass ich es nur mehr einmal in der Woche nehmen muss.“

„... so mit über 40, 50 hatte ich irrsinnige Beschwerden im Rückgrat und alles und so... und da habe ich alle möglichen Behandlungen gekriegt und war in allen möglichen Ambulatorien.“

Um Schmerzerleichterung zu erfahren nehmen die Patienten lange Wegstrecken auf sich. Außerdem ist eine effektive Behandlung für den Patienten sehr kostenintensiv.

„... und wenn das wieder einmal zu viel wird, dann fahre ich privat zu dem hin, und da fahre ich fünf oder sechs mal oder gleich zehn mal... und das zahle ich dann privat... und der [Arzt, Anm. d. Verf.] ist auch in der Forschung mit dabei [...] und ich habe eigentlich für das ganze privat schon viel Geld ausgegeben, weil jetzt habe ich mir die [Behandlungen, Anm. d. Verf.] alle privat gezahlt, weil die zahlt keiner, und auch die ganze Magnetfeld...“

Oft erfolgt eine Schmerztherapie über Jahre hinweg, weil sich keine Besserung einstellt:

„... ich habe jahrelang Kreuzschmerzen gehabt und bin eigentlich immer mit Spritzen und Sachen behandelt worden.“

Dass sich jedoch umfangreiche Behandlung auszahlt, erlebt ein Mann:

„... die Schmerzen sind erledigt... das hat sich in Folge der Osteoporose verschlechtert. Es kam zu vier Wirbeleinbrüchen und schließlich zu einer großen Operation, bei der diese eingebrochenen Wirbel durch Schienen fixiert wurden. Seit dem bin ich schmerzfrei.“

3.2.1.2.6 Selbstkritik wegen Diskontinuität

Von einer Schmerzlinderung durch gezielte Übungen berichten alle Patienten. Die meisten „vergessen“ jedoch auf die regelmäßige Durchführung, sodass sich keine dauerhafte Verbesserung der Symptome einstellt.

„... dann wenn es wieder gut geht, dann vergisst man wieder... wenn man es regelmäßig machen täte, würde es wahrscheinlich auch besser werden.“

Auch anderen Betroffenen ist bewusst, dass eine Diskontinuität zu keiner Besserung führen kann:

„... in dem orthopädischen Spital wo ich drinnen war, das haben sie das Turnen... da haben wir geturnt in so einer Halle... da haben wir Übungen gemacht, aber dann habe ich wieder aufgehört. Das ist das einzig blöde.“

„... obwohl es natürlich... das ist mir schon bewusst... wenn man lange Zeit dann nichts macht, dann kann das natürlich zu Problemen führen.“

Einem Patienten ist die mangelnde Konsequenz bei der Gymnastikdurchführung peinlich und er meint dazu:

„... die Schweinerei ist... das muss ich zu meiner Schande gestehen... ich mache es nicht kontinuierlich. Schande über mich. Man sollte jeden Tag seine zehn bis zwanzig Minuten turnen, das mache ich nicht... aber ich habe halt soviel anderes zu tun, ich helfe in der Küche... ach Gott, es ist halt so. Da vergisst man dann auf die zwanzig Minuten am Tag, die die halt vorschreiben.“

Zeit spielt eine große Rolle bei der Kontinuität der Behandlung.

„... gezielte Aufbautrainings und Übungen habe ich eigentlich nie gemacht, weil ich eigentlich gar nie so Zeit gehabt habe.“

3.2.1.3 Integration der Krankheit in den Alltag

3.2.1.3.1 Auseinandersetzung mit der Krankheit

Um mit der Krankheit gut zurechtzukommen ist im ersten Schritt eine aktive Auseinandersetzung mit dem Krankheitszustand notwendig. Einem Patienten gelingt dies und er erzählt:

„...für mich als Laie ist immer wichtig zu wissen ´was hat das jetzt für Konsequenzen, was kann passieren, oder wie kann man sich jetzt dagegen schützen´... oder sozusagen die negativen Seiten der Diagnose auszugleichen [...] meine Frage ist immer gewesen nach so einer Diagnose ´was, wie muss man das Leben ändern´... mit Essen umstellen... Lebensweise umstellen und so weiter.“

Die Teilnahme an einer Studie bringt eine umfassende Aufklärung des Arztes mit sich. Dadurch werden Patienten motiviert sich intensiv mit der Krankheit auseinanderzusetzen.

„... der [Arzt, Am. d. Verf.] hat gesagt, dass man dann zu Knochenbrühen neigt und dass dann sozusagen die Knochensubstanz angegriffen wird... und das ist natürlich eine Geschichte wo man dann sagt ´na da muss man etwas machen´ [...] wenn es eine Möglichkeit gibt mit Infusionen das Krankheitsbild zu bessern, oder überhaupt die ganze Situation zu bessern, dass man das macht.“

3.2.1.2.2 Eingliederung der Krankheit in den Alltag

Um besser mit der Erkrankung und ihren Umständen zurechtzukommen, ist es von Vorteil sie in den Alltag einzugliedern. Einem Patienten gelingt dies mit der medikamentösen Therapie gut und er erzählt:

„Wenn ich in den Urlaub gehe, nehme ich meistens die Tabletten [Kautabletten, Anm. d. Verf.], weil das ist einfacher... aber wenn ich vor dem Essen einen viertel Liter trinken soll, dann brauche ich kein Essen mehr... haha. Nein, es ist nicht so arg, aber... und dann ist es gerade in den Ländern wo wir Urlaub machen, soll man kein Wasser trinken... nur Wasser kaufen... wie gesagt, da nehme ich mir die Tabletten mit und da habe ich pro Tag zwei mit und das funktioniert gut... und ich muss sagen, in dem Punkt kann ich eigentlich nicht klagen über das.“

Ebenso berichtet ein anderer:

„Nein, und ich bin auch mit dem Motorrad gefahren und alles, also ich schränke ich mich nicht ein, ich lebe, wie wenn ich es nicht hätte. Gerade am Sonntag in der Früh nehme ich das Pulver und jeden Tag natürlich das Trinken [Brausetablette Kalzium, Anm. d. Verf.] oder die Tabletten.“

Mit einer kalziumreichen Ernährung kommt ein Betroffener gut zurecht:

„... die Ernährung, das ist ja eh klar... ich esse gerne einen Fisch, und ich trinke gerne eine Milch, und ich esse gerne Milchprodukte... Käse, Topfen, egal was es

ist. Nur muss man halt dann mit dem Fettgehalt aufpassen, weil das ist ja dann wieder die Kehrseite.“

Für alltägliche Handlungen werden Lösungen gefunden:

„... wo ich auch eingeschränkt bin ist, wenn ich mir den Schuh binden muss... muss ich mich niederknien. Ich bewundere die Leute, die sich so hinunterbücken und im Stehen praktisch einen Schuh binden. Ich muss entweder den Schuh zwei Stufen weiter hinauf stellen oder so bücken [geht in die Knie, Anm. d. Verf.]... das geht dann.“

Bei sportlichen Aktivitäten gelingt es ebenfalls mit den veränderten Umständen im Alltag zurechtzukommen:

„Früher beim Radfahren bin ich aufgestiegen und habe den Fuß hinüber gegeben... den rechten auf das Pedal und bin gleich gefahren. Jetzt mache ich es so, dass das Pedal höher ist und steige drauf und wenn ich den Schwung habe, setze ich mich hinüber... des geht eigentlich wunderbar.“

„... beim Radfahren, da muss ich schauen, dass ich einen Rückspiegel habe, weil sonst... wenn ich da fahre über die Bahn drüber und ich tue dann gleich links abbiegen, da dürftest du ja nicht überholen, am Bahnübergang... nicht einmal einen Radfahrer...“

3.2.1.2.3 Selbstständigkeit bewahren/Normalität erhalten

Den Betroffenen ist es ein besonderes Anliegen, gewohnte Aktivitäten beizubehalten und ihre Selbstständigkeit zu wahren. So betonen Patienten:

„... ich brauche keinen, der sagt ´jetzt pass aber auf, jetzt musst du aber Bewegung machen´. Bewegung muss man aus verschiedenen anderen Gründen sowieso auch machen [...] ich habe mein Leben normal weitergeführt und ich bin im Urlaub mit dem Rad gefahren...“

Insbesondere sportliche Aktivitäten werden von den Männern fast ohne Einschränkungen ausgeübt:

„... ich gehe über ein Jahr schon ins Fitnesscenter, und außerdem einmal in der Woche gehen wir turnen, am Montag am Abend gehen wir turnen. Und wenn es die Zeit erlaubt, sind wir schon um sechs, halb sieben in Fitnesscenter...“

„... Rad fahren tue ich gerne und kann es auch noch hundertprozentig...“

„... ich habe mir heute in der Nacht gedacht... ich müsste wieder mehr nach Oberlaa schwimmen gehen. Ich schwimme gerne Rücken, weil das Rückenschwimmen ist so... verzichten tue ich auf nichts.“

„... ich tue Rad fahren... jeden Tag eine halbe Stunde. Da fahre ich in mein Stammcafe, da tun wir Leute ausrichten und dann fahre ich wieder nach Hause... und urlaubsmäßig gehen wir gerne in die Berge... also ich meine normal... keine 3000 Meter, sondern normal wandern halt... und Hunderl haben wir auch [...] ist ja auch eine Therapie der Hund...“

„... dann habe ich sogar einen Fallschirmabsprung gemacht, habe vorher gefragt, ob da irgendetwas dagegen spricht...“

Aber nicht nur in sportlicher Hinsicht versucht der Patient seine Selbstständigkeit zu bewahren. Ein Patient beschreibt das „Malen und das Zeichnen und das Schnitzen“ als seine großen Interessen und sagt:

„Das interessiert mich, da habe ich meinen Ehrgeiz, dass ich das noch kann...“

Nach Frakturen müssen Patienten oft in einem veränderten Umfeld Fuß fassen und Hilfe annehmen. Ein Patient erzählt von seinem Vorhaben, selbstständig zu bleiben: *„Ich werde mir eine Heimhilfe nehmen und Essen auf Rädern... weil sonst kann ich mich ja selbst pflegen, waschen und baden und das alles. Ich habe eine Erdgeschosswohnung, das heißt ich habe praktisch 5, 6 Stufen zu bewältigen und ein bisschen einkaufen, das ist heute kein Problem mehr, weil es ja Fertiggerichte gibt [...] aber wie gesagt, wenn es die Möglichkeit gibt, das Essen auf Räder zu bekommen... die werde ich dann natürlich beantragen und ich glaube, das wird ohne weiteres gehen, dass ich das bekomme.“*

3.2.1.2.4 Vorsichtiger werden

Die meisten Patienten werden nach der Diagnose vorsichtiger und meinen:

„Na man wird vorsichtig, nicht? Vorsichtig, beim Gehen und bei allem.“

„... ich gehe ja trotzdem Schifahren, ich fahre natürlich schon vorsichtig [...] man muss halt auspassen.“

Ein Herr schildert eine konkrete Situation:

„Wenn ich zum Beispiel nicht aufpasse und nur mit einer Hand... wenn ich mit der Frau einkaufen gehe und trage die Sachen nur mit einer Hand... ja und dann tut es mir halt weh. Da muss man halt aufpassen, dass man mit zwei Händen trägt... oder wenn man irgendwas arbeitet, muss man halt aufpassen, dass man sich richtig bewegt.“

3.2.1.2.5 Hoffnung auf Besserung

Patienten haben die Hoffnung, durch bestimmte Therapien das Voranschreiten der Krankheit zu verlangsamen. So erhofft sich ein Patient:

„... dass es [Knochenabbau, Anm. d. Verf.] nicht so schnell voranschreitet und nicht noch schlechter wird... weil er [Arzt, Anm. d. Verf.] hat mir das erklärt... er sagt ‘besser wird es sicherlich nicht mehr... kann es nicht werden, das ist eben eine Krankheit, die man hat und nicht mehr gut wird, aber man kann es verhindern, dass sie schneller voranschreitet‘.“

Ein weiterer Patient meint:

„... solche Dinge, das hoffe ich, dass ich da halt zeitgerecht gegensteuern kann... und insofern hat mich das jetzt auch nicht im kleinen aus der Bahn geworfen oder meine Aktivitäten geändert, sondern ich glaube oder hoffe, dass man das rechtzeitig behandeln kann, dass man da gegensteuert entsprechend.“

Dass eine vollständige Heilung unwahrscheinlich ist, sehen die Patienten ein. Der Wunsch nach einer Bewegung ohne Schmerzen steht bei den Betroffenen an erster Stelle.

Von einer Operation erwarten sich die Betroffenen insbesondere eine Schmerzlinderung und „...die vorherige Beweglichkeit wiederherzustellen.“

„... der alte Zustand wird nicht wiederhergestellt werden können, aber zumindest einmal die Schmerzen weg und dass ich mich halbwegs bewegen kann. Das ist es. Das würde ich mir schon erwarten.“

„... vor allem ist mir eines wichtig... dass ich die Schmerzen wegbekomme, weil ich habe jeden Tag in der Nacht Kopfschmerzen.“

„... man hofft, dass es besser wird, denn jetzt kann ich den Arm nicht ganz hochheben und die Erwartung ist, dass ich natürlich nach einiger Zeit den Arm zu drei Vier-

tel wieder benützen kann. Ganz nicht mehr, das ist ganz klar. Es kann nicht besser werden als wie ich jung war, aber zumindest so. [...] Nur das einzige ist, wie gesagt, die Behinderung ist enorm. Dass ich das nicht heben kann ... ich hoffe, dass sich das noch ein bisschen gibt. Das hoffe ich, also dass der Knochen sich ein bisschen stärkt.“

Einem Patienten kann nicht genau Auskunft darüber gegeben werden inwieweit er seine Beweglichkeit nach einer Operation beibehalten wird. Er sagt:

„... na dann gehe ich doch gar nicht. Ich meine, ich will auch die Kopfschmerzen loswerden, aber in erster Linie ist eben auch das, dass ich mich bewegen können will.“

Ein anderer setzt große Erwartungen in die Konsultation eines neuen Arztes:

„Ich hoffe nur, dass es nicht schlechter wird. Das ist es... wenn ich jetzt eben bei dem Arzt dann bin, werden wir sehen, ob der etwas machen kann, weil der soll eigentlich ein Wunderheiler sein. [...] die Hoffnung ist eben jetzt, dass der Arzt, dass der sagt ´ja, ich werde mir das anschauen´, und dass da eventuell das besser wird.“

3.2.1.2.6 sich mit Osteoporose abfinden

Sich mit der Krankheit abzufinden und sie zu akzeptieren ist ein Schritt im Bewältigungsprozess, jedoch meint ein Patient *„... aber schöner wär‘ es, wenn es leichter ginge.“*

Ein anderer sagt:

„...man findet sich ab, denn man ist ja nicht mehr zwanzig, dass man sagt, jetzt gehe ich raus und mache ein Fußballmatch, oder was. Das geht sowieso nicht mehr.“

Treffend formuliert ein Patient das Akzeptieren der Krankheit folgendermaßen:

„Im Leben hat man halt Dinge, die nicht angenehm sind, da muss man sich halt darauf einstellen. Es gibt halt Dinge, die kann man nicht ungeschehen machen, man kann nur schauen ´was mache ich jetzt´. Das ist zwar nicht immer leicht und lustig, aber man muss es halt versuchen.“

Ein anderer schätzt das Akzeptieren der Krankheit als wichtigen Faktor ein um mit der Krankheit umzugehen.

„... das akzeptieren das ist eine psychische Hilfe, wenn ich weiß ich habe das und so.“

Das Risiko an Osteoporose zu erkranken nimmt mit dem Alter zu. Ein Patient sieht diesen Aspekt negativ.

„Ich glaube es ist so, dass man mit zunehmendem Alter mit erhöhtem Krankheitsrisiko rechnen muss, das ist ziemlich unerfreulich.“

Zwei Patienten haben denken über ihr Alter:

„... naja, mit achtzig. Ich sage immer ´schöner werden wir nicht mehr, nur mehr interessanter für die Medizin´. Das ist ein Wahlspruch. Aber so ist es.“

„... ab einem gewissen Alter... mit der heutigen Medizin wird man sowieso neunzig Jahre alt. Also ich habe da keine Probleme mit der Osteoporose, überhaupt nicht.“

Derselbe macht das Alter auch für seine Schmerzen verantwortlich und sagt:

„Ich sehe das vollkommen ein, dass mit dem Aufbau im Kreuz, dass da nichts mehr ist und mit den Knochen...“

Ein anderer Patient denkt in Anbetracht seines Alters:

„... naja, ich habe ein ganz ein schönes Alter, daher ist das möglich“

Er meint weiter:

„Jaja, alte Knochen können nicht jung werden.“

Einem Patienten ist der typische Witwenbuckel, der ein Zeichen von Osteoporose im Alter ist, bis vor kurzem nicht bewusst gewesen, und er erzählt:

„... die alten Leute sind bucklig geworden und die waren bucklig und das war so.“

3.2.1.4 Die Rolle der Ehefrau

3.2.1.4.1 Hilfe bei der allgemeinen Bewältigung

Ein Großteil der Befragten wird speziell durch die Ehefrau bei der Bewältigung der Krankheit unterstützt.

Ein Patient meint dazu ganz allgemein auf krankheitsbezogene Situationen:

„Ja, wir beide... wir passen aufeinander auf... das schon.“

Ein anderer will seine Frau nicht mit den Umständen der Krankheit belasten und sagt:

„... ich versuche es soviel wie möglich, dass sie es gar nicht mitkriegt.“

Trotzdem ist derselbe auf die Hilfe seiner Frau bei alltäglichen Aktivitäten angewiesen und erfährt auch Unterstützung von ihr:

„... beim Schifahren, bis man die Schuhe angezogen hat, oder die Wanderschuhe beim Zugschnüren... das machen wir meistens so, dass ich den Fuß auf ein Bankerl gebe... weil ich komme nicht hin... nicht einmal wenn ich mir denke ´herst, der Gürtel, ist der am letzten Loch?´ und ich muss greifen, weil ich mich nicht bis zu dem Punkt drehen kann.“

Für einen anderen ist die Ehegattin gleichzeitig die einzige Anspruchsperson in Bezug auf seine Krankheit und er sagt:

„... die anderen wissen eigentlich gar nicht so, was eigentlich wirklich ist.“

3.2.1.3.2 Unterstützung bei der Therapie

Besonders in Anbetracht der regelmäßigen Medikamenteneinnahme werden die Männer von ihren Ehefrauen unterstützt.

„... ich nehme immer jeden Tag das, wenn ich es nicht vergesse... weil meine Frau, die legt es mir immer hin zum Frühstück.“

„... die Frau natürlich, die ist zuständig für das... also ich meine, das nehme ich eh selber, eigenständig... da brauche ich eh keinen soweit.“

In Bezug auf gemeinsame Bewegungstherapie erwähnt ein Patient:

„Meine Frau macht Tai Chi und das machen wir dann gemeinsam des Öfteren.“

3.2.1.3.3 Gemeinsame Bewältigung EINER Krankheit

Die Ehefrauen einiger Patienten sind ebenfalls von Osteoporose betroffen. Gemeinsam fällt es auch leichter die regelmäßige Knochendichtemessung einzuhalten und eine positive Einstellung zur Krankheit zu haben, wie ein Patient beschreibt:

„... meine Gattin hat das einmal gehabt... hat Osteoporose und bei ihr ist das halt ein bisschen ärger und ja... da habe ich gewusst, dass das mit Knochendichte etwas zu tun hat [...] sie geht auch alle zwei Jahre [zur Knochendichtemessung, Anm. d. Verf.] und ich gehe auch alle zwei Jahre... und wenn wir dann den Befund haben,

dann schauen wir halt nach und reden wir ´aha, es ist gleich geblieben´... und das war es ...also wir denken da wirklich sehr positiv.“

Auch ein anderer erledigt Aktivitäten, die mit der Krankheit zusammenhängen, mit seiner Frau.

„... und da gehen wir miteinander, wenn wir wohin fahren... zum Röntgen oder so... dann machen wir das gleich miteinander.“

Dabei wird die mangelnde Eigeninitiative bei der Vorsorge der Krankheit kritisiert:

„Wir waren ja schleiig bis jetzt, weil wir an das gar nie so gedacht haben... nur jetzt machen wir das jährlich und machen es miteinander, weil da hast du ja ein wenig den Vergleich dann.“

Die Fürsorge zur Partnerin führt dazu, sich mit der Krankheit zu beschäftigen. So beschreibt ein Herr, dass er zusammen mit seiner Frau auf Informationssuche gegangen ist:

„...eigentlich nur deswegen, weil es meine Frau hat, und da mache ich mir mehr Gedanken wie bei mir... und da haben wir halt hineingeschaut in das Internet und das angeschaut, ja.“

3.2.2 Einfluss des Gesundheitssystems auf die Krankheitswahrnehmung

In Zusammenhang mit der zweiten Fragestellung „Welchen Einfluss hat das Gesundheitssystem auf die subjektive Wahrnehmung der Krankheit?“ ergaben sich 3 Hauptkategorien mit Unterkategorien.

☞ Beziehung zum Arzt/zur Ärztin

- ☞ Kommunikation
- ☞ Aufklärung
- ☞ Ärztliche Kompetenz

☞ Informiertheit des Patienten

- ☞ Vertrauen in ärztliche Kompetenz
- ☞ Verunsicherung durch unterschiedliche Meinungen

- ☞ Wissensstand des Patienten
- ☞ Bewusstsein über die Krankheit

☞ Umgang mit Information

- ☞ Selbstständige Informationsbeschaffung
- ☞ Wunsch nach mehr Information
- ☞ Kritik äußern
- ☞ Anmerkungen zur Verbesserung

3.2.2.1 Beziehung zum Arzt/ zur Ärztin

Der Hausarzt/ die Hausärztin bzw. der Facharzt/ die Fachärztin beeinflusst im Wesentlichen die Einstellung des Patienten zur Erkrankung.

3.2.2.1.1 Aufklärung

Es kann zwar sein, dass der Patient eine Gesprächsbasis mit dem behandelnden Arzt/Ärztin aufbaut, dass aber aus Sicht des Patienten die Information über die Krankheit zu wenig ist.

In Ambulatorien, die sich auf die Behandlung von Osteoporose spezialisieren, berichten Herren über eine sehr knappe Aufklärung. Zwei Patienten meinen dazu:

„... ich war jetzt bei dem osteopathischen Dings, Labor...na... Orthopäd... Osteoporoseambulanz und die haben mir ja auch nicht viel gesagt... eigentlich auch nur, dass ich die Pulver nehmen soll.“

„... ich habe das gebracht von der Knochendichtemessung, und das hat er [Hausarzt, Anm. d. Verf.] sich angeschaut, und dann hat er mir das verschrieben [...] er hat gesagt ich soll diese Medikamente nehmen und dann nach einem Jahr wieder herkommen und schauen ob sich das verbessert hat.“

Ein anderer Patient ist mit der Aufklärung durch seinen Hausarzt nicht ganz zufrieden und sagt:

„Ich habe nur allgemeine Literatur bekommen und er hat mich darauf hingewiesen, dass ein möglicher Faktor mangelnde Bewegung ist... mangelnde, einseitige Ernährung... aber das war alles sehr vage.“

Ein Patient wird von seinem Orthopäden zu einem Spezialisten überwiesen und fühlt sich wegen dessen beruflichen Qualifikationen gut beraten.

„Der Orthopäde hat mich zu einem Professor geschickt, zum N.N.... der ist da in XY, aber der ist da bei den ganzen Forschungen immer mit dabei [...] der kennt sich da perfekt aus und der hat mich auch perfekt beraten über das ganze.“

Dass eine intensive Aufklärung den Umgang mit dem Krankheitsbild und der Möglichkeiten von Therapien die Zuversicht auf Besserung stärken kann, erzählt ein Patient, der zur Teilnahme an einer Studie eingeladen wird. Er berichtet über positive Erfahrungen mit der Aufklärung:

„... also wir sind eine halbe, dreiviertel Stunde zusammengesessen... deswegen habe ich auch gesagt ´ok, ich will unbedingt an dieser Studie mitmachen´... weil ich das Gefühl gehabt habe, da bewegt sich etwas und da gibt es auch offensichtlich Möglichkeiten der Heilung.“

3.2.2.1.2 Kommunikation

Nach der Diagnose wird dem Patienten im Anfangsstadium der Krankheit Kalzium zur Knochenstärkung verschrieben und er wird zur jährlichen bzw. zweijährlichen Kontrolle wiederbestellt. Immer wieder spiegelt die Aussage „und das wars“ die kurze und prägnante Aufklärung von AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen über die Krankheit. Nachstehende Aussagen einiger Patienten verdeutlichen dies.

Die Stagnation des Befundes impliziert die gewohnte Weitereinnahme der bisher verschriebenen Medikamente:

„... ja, also da hat mir die Ärztin gesagt [...] bei der ich vorige Woche war... die hat gesagt ´der Befund ist gleich geblieben´ und ich soll die Medikamente nehmen, so wie es war... und in zwei Jahren sehen wir uns wieder. Das war es.“

Ein weiterer Patient befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews gerade mit einem Oberarmbruch im Krankenhaus und meint über die Behandlung:

„... naja, das ist ... da spricht keiner darüber... das wird immer angesehen und wenn es noch nässt, dann wird es frisch verbunden und es hat sich erledigt... und ob es [die Krankheit Osteoporose, Anm. d. Verf.] jetzt zusammenhängt mit den Füßen, das weiß ich nicht.“

Ein anderer Patient kritisiert die wenige Zeit die sich der Hausarzt für seine Patienten nimmt:

„Der praktische Arzt hat sehr wenig Zeit für einen. Ich meine unserer nimmt sich Zeit für einen... glaube ich zumindest, aber letzten Endes... verschiedene Unterlagen bekommt man schon, wo draufsteht... Osteoporose ja... mit der Ernährung und alles.... aber ich tue halt viele Sachen, wenn irgendwo etwas drinnensteht, tue ich auf jeden Fall auch lesen... tue ich mir reinsaugen.“

Neben der Tatsache, dass sich der Hausarzt nicht genügend Zeit zur Aufklärung seiner Patienten nimmt, äußert der Betroffene folgende Bedenken über die Kommunikation des Arztes und kritisiert damit auch sein eigenes Verhalten:

„... mein Gott, unser Hausarzt zum Beispiel... spricht nichts, sagt nichts... wenn ich ihn nicht frage ´wo ist der Blutdruck´ oder so, sagt er es mir nicht... da sollte man dann schon natürlich einmal fragen, aber naja...“

Wieder ein anderer Patient wechselt auf Grund mangelnder Kommunikation den behandelnden Arzt:

„Gar nichts eigentlich, hat der Arzt [Facharzt, Anm. d. Verf.] gesagt... wir sind ja seit dem nicht mehr hingegangen zu ihm, zum N.N.... und jetzt sagt der Hausarzt halt ´Kalzium, Kalziumtabletten nehmen´... und mit dem war es dann.“

In einem umfassenden Gespräch können Patienten beraten werden und sind für eine eindeutige Diagnose dankbar, weil man in Folge dessen auch mit einer wirksamen Therapie beginnen kann.

„...er hat mich da eigentlich gut beraten und hat da... ich bin sicher da dankbar, weil sonst wäre da nie einer draufgekommen... die haben immer nur Spritzen gegeben fest für die Rückenschmerzen und das Kreuzweh... und haben eigentlich nie die Ursachen gefunden.“

3.2.2.1.3 Ärztliche Kompetenz

Einigen Patienten wird von ihrem Arzt/ ihrer Ärztin Mut zugesprochen und auf die Wichtigkeit der regelmäßigen Kontrolle durch Knochendichtemessung hingewiesen.

„... mir haben sie gesagt... die Doktoren ´Sie brauchen keine Angst haben, es ist eh nicht so arg, aber gehen sie nur alle zwei Jahre´.

„... also er hat gesagt, ich soll weitertun wie bisher... Ich soll mir da keine Gedanken machen.“

Außerdem wird die ärztliche Handlung bei einer möglichen Verschlechterung erklärt, wie ein Betroffener zufrieden berichtet:

„... mein Orthopäde... zu dem muss ich alle eineinhalb Monate hingehen... also wegen der Wirbelsäule... da gibt er mir immer Spritzen... und der ist super, der sagt nämlich ´du brauchst keine Angst haben, es ist eh nicht so schlimm, und wie schon gesagt, wenn es ärger wird, dann stellen wir um auf Spritzen... aber wie es bei dir jetzt ist, das brauchst du noch nicht, nimm immer noch das Kalzium D oder wie das heißt und ... wie gesagt du brauchst keine Angst haben und lebe so weiter wie jetzt´.“

Durch die Teilnahme an einer Forschungsstudie erhält ein Patient eine umfassende Aufklärung von einem kompetenten Arzt:

„...ich habe bei der Besprechung gesagt ich nehme ein paar Kalziumpräparate... und da hat er gesagt, ich soll das einmal weiternehmen und dann werden wir schauen, was da mit der Studie geht und was es da für Möglichkeiten gibt Kalzium jetzt in den Körper hineinzubringen.“

Außerdem erhofft er sich „... dass man halt immer am letzten Stand der medizinischen Technologie ist und da mitpartizipieren kann...“

Um eine optimale Therapie zu gewährleisten, muss eine mögliche Osteoporose eindeutig diagnostiziert werden. Im Idealfall überweist der Hausarzt/ die Hausärztin den Patienten an einen Facharzt:

„... der [Hausarzt, Anm. d. Verf.] hat gesagt das gehört von einem Spezialisten angeschaut und so bin ich dann ins XY gekommen...“

Mangelnde Kompetenz von Ärzten können jedoch sogar aufgeklärte Patienten verunsichern. So beschreibt ein Patient eindrücklich einen Besuch beim Hausarzt:

„... der Hausarzt weiß eigentlich gar nicht Bescheid über das Ganze. Ich habe einmal zum Hausarzt gesagt, nachdem ich das gewusst habe von dem Doktor... und da habe ich wieder so Kreuzschmerzen gehabt... und dann bin ich zum Hausarzt gegangen und der hat mir Spritzen gegeben und ich habe ihn dann gefragt: ´Könnte das vielleicht eventuell Osteoporose sein oder irgendwas?´... so hinten herum gefragt. Ich habe den Hausarzt angesprochen und ´nein´ hat er gesagt, ´das haben nur Alkoholiker und Frauen´, da habe ich dann gar nichts mehr gesagt. Ich habe mir gedacht Alkoholiker bin ich keiner, Frau bin ich auch keine... ich habe dann eigentlich nichts weitergeredet.“

Den Besuch bei seinem Hausarzt beschreibt ein Betroffener so:

„...der gibt dir eine Ambene – Spritze gegen Kreuzschmerzen und die geht auf den Magen und das war es... und wenn es nicht gut ist, eine zweite und eine dritte und fertig sind wir.“

Ebenso berichten Patienten über negative Erfahrungen in Ambulatorien und unterstellen ÄrztInnen falsche medizinische Handlungen:

„... das ist eigentlich so... die schauen das [Kreuz, Anm. d. Verf.] an und greifen... oder wollen Spritzen geben.... und was also der Wahnsinn ist... die Kortisonspritzen, die gehen ja gerade auf... die zerstören ja gerade den Knochen... und die Ärzte geben aber Kortisonspritzen.“

3.2.2.2 Informiertheit des Patienten

3.2.2.2.1 Vertrauen in ärztliche Kompetenz

Viele Patienten haben Vertrauen in die ärztliche Kompetenz. Die ist wichtig um Erfolge zu erzielen.

„... ich glaube halt, dass seit ich die Tabletten nehme, dass es [der Befund, Am. d. Verf.] nicht schlechter geworden ist... besser ist es nicht geworden, das ist keine Frage, aber schlechter auch nicht... und jetzt müsste ich den nächsten Befund abwarten was er [der Arzt, Anm. d. Verf.] macht, was er sagt.“

„...man kann sich eben nur daran halten, was der Arzt sagt...“

„Ich warte einmal ab, was da los ist und ich nehme an, sollten die Werte schlechter werden, werden mir die Mediziner sagen ´mach das oder nicht´, da muss man sich eh darauf einstellen.“

„... da habe ich mich erkundigt, bei meinem Orthopäden... und der hat gesagt ´da gibt es schon eine Injektion gegen Osteoporose´[...] und da hat er gesagt ´wenn es ärger wird mit der Osteoporose, dann ersparen wir uns die Pulver... dann kriege ich dann die Jaukerl und das ist dann besser... aber wahrscheinlich wird er sagen ´auf Grund von dem Befund ist das nicht notwendig´... also wenn es ärger wird, werde ich hergehen und keine Pulver mehr nehmen, sondern eben diese Quartalsspritze,

die da neu entwickelt worden ist und die wesentlich besser ist... aber erst ab einem gewissen Zeitraum.“

Ein anderer Patient hatte schon mehrere Wirbelkörpereinbrüche auf Grund der Erkrankung erlitten. Nach einer großen Operation ist er wieder schmerzfrei und freut sich:

„Gottseidank habe ich den richtigen Chirurgen erwischt.“

Ein Patient ist mit einem Ambulatorium sehr zufrieden und fühlt sich gut betreut:

„...die sind aber irrsinnig gut, die untersuchen einen genauestens. Man muss die verschiedensten Bewegungen und Haltungen machen und so weiter, und das hat mir sehr genützt.“

3.2.2.2 Verunsicherung durch unterschiedliche Meinungen

Unterschiedliche Arztmeinungen verunsichern Patienten.

Ein Patient beschreibt seine Situation so:

„... da hat der N.N. gesagt ´Sie sind austerapiert, wenn dann ist nurmehr dir Operation die hilft´... und ich bin mit einer Überweisung nach XY und dort hat man mir erklärt, ´naja, wenn man das operiert, dann ist das noch mehr eingeschränkt, die Bewegungsfreiheit´... dann kann ich mich noch weniger bewegen wie jetzt...“

Ein Patient stellt die Problematik folgendermaßen dar:

„... da gibt's Unterschiede in der Medizin... da gibt's ja die Homöopathen und die strengen Mediziner... die einen halten von dem nix, die anderen von dem nix... es wird ein bisserl besser... aber zum Beispiel... die schreiben da drinnen [im Befundbericht, Anm. d. Verf.] 20 Minuten Übungen machen. Ich hab ihn gefragt, den Orthopäden wegen Übungen... ´soll ich Übungen machen?´... ´lieber nicht... es hat sich seit zwei Jahren verschlechtert´... und der andere sagt wieder ich soll welche machen... also ganz verstehen tu ich das nicht...“

Derselbe Patient bevorzugt die Meinung des Arztes, der sich über sein kaputtes Kreuz lustig macht und eher von unterstützender Bewegung abrät.

„... ´das Kreuz können Sie schmeissen´... nur im Spaß... aber den hab ich lieber, bei dem ich jetzt bin... der hat mir auch gesagt ´es ist nicht so gut die Bewegung´.“

3.2.2.2.3 Wissensstand des Patienten

Im Allgemeinen ist das Wissen der Betroffenen über die Krankheit eher spärlich.

Die Aussage eines Patienten verdeutlicht dies. Er meint, er „wisse“ „... *naja, was man halt so hört vom Arzt... und von der Familie halt... was man so redet und das, aber allzuviel...*“

Auch mit der Aussage eines weiteren Patienten wird klar, dass das Wissen über die Krankheit in einem Teil der Bevölkerung nur gering ist.

„Ich habe Osteoporose... das war für mich ein Fremdwort eigentlich... da haben sie zwar immer geredet, wenn man wo war... von Osteoporose oder was, aber ich habe das gar nie wahrgenommen... was das sein könnte oder was das ist... erst wie es dann mir gesagt worden ist, dann habe ich mir gedacht ´aha´.“

Ein Betroffener erinnert sich an die Diagnosestellung zurück und erzählt:

„... ich habe eigentlich mit der Krankheit überhaupt nichts anfangen können. Er [der Arzt, Anm. d. Verf.] hat mir das dann nur erklärt anhand... dass das hauptsächlich ein Frauenleiden ist, aber immer mehr auf Männer auch zurückzuführen ist, und dass man halt da... was weiß ich... einen Wirbelbruch haben kann und bucklig wird und mit der Zeit halt nicht mehr gehen kann, wenn man es nicht früh genug erkennt und behandelt.“

Ein Patient mit Oberarmfraktur im Zuge einer Osteoporose kann mit der Diagnose überhaupt nichts anfangen und fragt:

„Das wurde angeblich genagelt aber es sind schon die Fäden und alles herausen... und das Osteoporose... was das bedeutet, bin ich eigentlich unwissend... also ich habe Osteoporose... Was ist das? Ist das ein Knochenschwund?“

Grundsätzlich assoziieren fast alle Patienten Osteoporose mit einer Knochenerkrankung, wie die Aussage eines Patienten zeigt:

„... was man so allgemein weiß... dass also die Knochenstruktur angegriffen wird und ich meine das mit dem erhöhtem Knochenbruchrisiko, aber das im Detail natürlich nicht.“

Über das Ergebnis seiner Knochendichtemessung meint ein Patient:

„... erstens kenne ich mich nicht aus da, aber, ja... weil das Minus ist ja nicht arg... minus 1.8 oder so... also glaube ich halt.“

Einige Patienten wissen sehr wohl über Risikofaktoren, die das Auslösen und Vorschreiten der Krankheit beeinflussen, können sich aber nicht überwinden mit z.B. dem Rauchen aufzuhören.

„... weniger rauchen soll ich halt ...ja die Raucherei ist ein Blödsinn, brauche ich nicht blöd reden.“

In speziellen Ambulanzen können Patienten mit ihrer Erkrankung gut betreut werden. Dass es solche Einrichtungen gibt, ist nicht allen Patienten bekannt:

„... gibt es so etwas überhaupt... naja, bei uns draußen nicht... in Wien vielleicht... das denke ich mir, weil ich habe so etwas noch gar nicht gehört.“

Ein weiterer Patient meint, dass ein erhöhtes Sturzrisiko nichts mit einer Osteoporose zu tun hat. Eine nicht ausreichende Bewegungstherapie kann jedoch vermehrten Muskelabbau und Gangunsicherheit bewirken:

„... ich meine, wenn man hinfällt, hat man ein Pech gehabt... das hat also mit dem [Osteoporose, Anm. d. Verf.] nichts zu tun.“

Ein weiterer Patient interessiert sich für die Krankheit und sieht eine Veranlagung dafür in seinen blonden Haaren:

„... sowohl meine Frau... wir sind beide blond und da heißt es Frauen an sich und blonde Frauen noch dazu [...] aber ich weiß nicht von wo das kommt... also Frauen an sich, aber helle Typen an sich haben mehr Potential, das zu bekommen, als dunkelhäutige... ob das stimmt, weiß ich nicht. Wobei viele ja auch sagen, dass das auch genetisch bedingt ist und vererbt wird und man das gar nicht so eindeutig den Dingen zuordnen kann.“

Die weit verbreitete Ansicht, dass es sich dabei um eine Frauenkrankheit handelt, bestätigen auch die meisten Patienten. Einer meint dazu:

„Ich habe das nur gekannt... das ist eine Krankheit von den Frauen... habe ich mir gedacht, weil da hat man es immer gehört dann.“

3.2.2.2.4 Bewusstsein über die Krankheit

Viele Patienten interessieren sich nicht für die Folgen bzw. für Umstände der Erkrankung.

Ein Patient meint in Bezug auf mögliche zukünftige Frakturen:

„... also da hab´ ich eigentlich noch gar nicht... mich noch gar nicht befasst damit. Ich werde so etwas eh nicht bekommen.“

Dass das Interesse an der Krankheit nicht sehr groß ist beschreibt ein Patient und meint:

„Was die Krankheit anbelangt... leider Gottes bin ich kein neugieriger Mensch... das ist mein Fehler. Ich vergessen wann ich den Infarkt gehabt habe oder wann ich Magenoperation gehabt habe, das vergesse ich alles. Ich muss es mir aufschreiben... mit Osteoporose weiß man, dass man eben Kalzium zu sich nehmen sollte, aber so weitgehend... man sollte vielleicht interessierter sein.“

Bei einem anderen Patienten verstärkt sich das Interesse an der Krankheit durch die Teilnahme an einer Studie. Er wird gut aufgeklärt und ist auch motiviert gegen das Voranschreiten der Krankheit etwas zu unternehmen.

„... und da hat sich also jetzt diese Studie für mich ergeben... auch jetzt aus meiner neugierigen Situation am letzten Stand der Medizin mitzupartizipieren.[...] aber ich bin jetzt in einer Situation des Neugierigen, der sagt ´Was kommt jetzt auf mich zu?´ Ich lasse jetzt einmal die Dinge an mich herankommen.“

3.2.2.3 Umgang mit Information

3.2.2.3.1 Selbstständige Informationsbeschaffung

Informationsmaterial in Krankenhäusern, Ambulatorien und Arztpraxen finden guten Zuspruch und werden von den Männern interessiert aufgenommen.

So nützt ein Patient den Arztbesuch, um sich mit Infobroschüren einzudecken:

„Ich tue eigentlich jedes Mal, wenn ich in ein Krankenhaus komme oder zu einem Arzt... da liegen immer diese Broschüren auf und da schaue ich eigentlich jedes Mal... wenn es wieder eine neue ist, nehme ich sie wieder mit nach Hause und studiere sie zu Hause.“

Ein Patient nimmt Informationsbroschüren zu Hilfe um sich und seine Krankheit besser einzuschätzen:

„Ich schaue mir das eben oft durch, und da sind so Patientenfragen drauf auf den Zetteln mit Punkten zum Beantworten... wie man sich fühlt und eingeschränkt ist und das alles... und da falle ich eigentlich immer so in das Mittelfeld ungefähr... was eine Selbstkontrolle ist.“

Ein anderer wird bei der Informationssammlung von seiner Schwiegertochter unterstützt, beklagt sich aber über einfältige Broschüren:

„... mir bringt auch die Schwiegertochter aus der Apotheke... die bringt mir, wenn da in den Dingen drinnen etwas ist... das habe ich alles aufgehoben... da steht ja eh letzten Endes überall dasselbe.“

Ein anderer Patient meint dazu:

„... ich habe eben im Lexikon nachgeguckt.“

Auch über mögliche Operationsmethoden erkundigen sich die Betroffenen:

„... ich habe da schon so Berichte gelesen, wo sie das so mit Zement ausfüllen... nur ist halt dann gefragt, ob ich mich dann noch weniger bewegen kann oder mehr.“

3.2.2.3.2 Wunsch nach mehr Information

Alle Befragten würden mehr Information über die Krankheit selbst und über unterschiedliche Therapiemaßnahmen begrüßen.

Zwei Patienten wünschen sich insbesondere mehr Informationen über unterstützende Sport- und Ernährungsmaßnahmen:

„... vielleicht Sport und Ernährung würde ich sagen... weil wenn man die richtige Ernährung macht, könnte man sich auch viel helfen, glaube ich... wenn man Kalziumreich isst, oder was weiß ich.“

„... das einzige Wissen, was so positiv wäre, wäre die Ernährung... inwieweit kann man das beeinflussen...durch die Ernährung.“

Eine Selbsthilfegruppe würde ein Patient gerne besuchen:

„wenn bei uns so etwas wäre... hinfahren würde ich sicher... da könnte man schon reden drüber.“

3.2.2.3.3 Kritik äußern

Viele Patienten weisen auf die mögliche „Zweiklassenmedizin“ in Österreich hin und erzählen von Erlebnissen mit Ärzten oder Ambulatorien.

Am treffendsten formuliert das ein Patient folgendermaßen:

„... man muss schon zugeben, dass in Österreich ein bisschen eine Zweiklassenmedizin ist... wenn man einen Orthopäden privat bezahlt, kriegt man dafür natürlich mehr.“

Ein anderer erzählt:

„... diese Ambulatorien waren also von mir aus gesehen... mir haben die überhaupt nichts genützt. Das war eine ganz kurze Besserung [der Schmerzen, Anm. d. Verf.] und dann fing es wieder an... und dann haben die mich gar nicht mehr aufgenommen und haben gesagt ´wir sind überfüllt´ und dann die Privatambulatorien, die sind ja noch furchtbarer.“

Den Ablauf einer Untersuchung in einem Privatambulatorium beschreibt der enttäuschte Patient folgendermaßen:

„Sie kommen in ein Zimmer... da ist ein Arzt, dem gehört meistens das Ambulatorium und der schaut sie nicht an... was Sie haben oder so... oder überprüft... sondern der sagt ´aha, Sie haben das da, da machen wir das und dann machen wir das und dann machen wir das´... möglichst viele [...] die eine Behandlung wird von dieser Person und die eine Behandlung von dieser Person gemacht...und Sie müssen immer Trinkgeld geben... wenn Sie nämlich kein Trinkgeld geben, warten Sie ewig bis Sie drankommen... und da kommen dann so reiche Frauen und die kommen dann gleich als nächstes dran.“

Außerdem kritisiert er:

„und ich habe immer dann den Eindruck, die Leute dort sind eigentlich gar nicht richtig ausgebildet... das sind so Hausfrauen, die sich einen Nebenverdienst machen... hatte ich den Eindruck.“

Im Gegensatz dazu ist er mit einer anderen Einrichtung sehr zufrieden:

„...während dort... also bei der Pensionsversicherung... ich glaube das gehört auch der Gebietskrankenkasse... die sind sehr sehr gut... und die sind effektiv, die gehen direkt auf in ihrer Sache... in ihrer Arbeit... und das nützt auch, man fühlt sich besser... während das andere, das ist ja nichts, nicht?“

Ein weiterer wird von der Erzählung einer Bekannten verunsichert.

„...das erste was sie [die Ärztin, Anm. d. Verf.] gefragt hat war ´haben sie eine Privatversicherung? – Nein?... Na dann sind wir schon uninteressant´...“

Besonders eindringlich schildert ein Herr seine Erfahrungen mit einem Facharzt, den er wegen der Behandlung seiner Osteoporose konsultierte:

„... ich bin zu einem Orthopäden gegangen, der hat sich da nicht viel... ich hatte auch eine Zyste, das hat ihm also überhaupt nicht [...] und der hat sich jetzt anders verlegt... der macht jetzt nur Operationen im XY und im XY, das ist finanziell sehr...ja, lukrativ... und in Folge dessen gibt er sich mit solchen Sachen in seiner Ordination gar nicht mehr ab... und das kommt sehr oft vor.“

Ein weiterer Patient führt die Reduzierung der Knochendichtemessung auf staatlichen Einsparungen zurück und meint:

„... er [der Arzt, Anm. d. Verf.] hat auch gesagt... ich brauche nurmehr alle zwei Jahre Knochendichtemessen gehen... nur, außer ich fühle mich schlecht... aber was ich fühle... Ich glaube eher die Krankenkasse will sparen. Das vermute ich eher.“

Doch nicht nur gesundheitliche Einrichtungen und Behandlungen in Bezug auf Osteoporose werden kritisiert. Ein Betroffener meint, dass es genug Möglichkeiten gibt sich ausreichend über die Krankheit zu informieren und vorzusorgen. Er kritisiert dabei allgemein den Patienten, der die vorhandenen Möglichkeiten nicht in Anspruch nimmt:

„... ich habe den Eindruck [...] manche verschließen gerade vor so medizinischen Dingen die Augen... ´Ich gehe zu keiner Untersuchung, somit weiß ich nicht, ob ich gesund oder krank bin´ ist eine Einstellung die kann ich nicht gerade teilen. Viele Dinge die man rechtzeitig erkennt kann man behandeln und Sachen die man nicht erkennt oder zu spät erkennt, dann ist es halt zu spät... Weil viele tun ja abblocken.“

Auch die derzeitigen Behandlungsmethoden findet ein Patient überhaupt nicht aufwändig:

„... diese Untersuchung... der [Arzt, Anm. d. Verf.] fährt mit dem Scanner über dich drüber... das macht keine Schmerzen... keinen Aufwand... man muss halt hingehen... und es geht alles auf Krankenschein...“

Er sieht „... keinen Handlungsbedarf, weil ich finde die Möglichkeiten sind eh da. Nur heute redet man immer von mündigen Patienten, nur bitteschön dann seid's auch mündig. Das muss man halt auch entsprechend angehen und angreifen... Man muss es halt in Anspruch nehmen, das ist halt das Problem. Die Hilfe ist da, die Möglichkeiten sind da, aber man muss es halt in Anspruch nehmen.“

3.2.2.3.4 Anmerkungen zur Verbesserung

Die direkte Befragung der Patienten nach Vorschlägen für eine Systemverbesserung ergab einige interessante Ansatzpunkte. Viele Patienten wünschen sich bessere Aufklärung und Zusatzinformationen als sie bei der ärztlichen Diagnose gegeben werden.

So wünscht sich ein Patient:

„... dass die Ärzte mehr informieren über das Ganze...“

Ein Patient bringt den Vorschlag, eine Knochendichtemessung in die Gesundenuntersuchung einzubauen.

„... da gibt es ja so eine jährliche Gesundenuntersuchung... und dass man da das miteinbindet... dass man sagt automatisch ab einem gewissen Alter [...] ab fünf und fünfzig sollen die Männer gehen... und ja ab fünfzig sollen die Frauen gehen [...] also dass man auch das mit einbindet, neben der Blutuntersuchung, weil bei den Männern ist ja meistens mit Prostata und dass man da sagt ´ok, machen wir Knochen´... und es ist ja gescheiter für die Gebietskrankenkassa, wenn man früher draufkommt... ersparen sie sich nachher Operationen oder weiß ich was... je früher man halt draufkommt, desto günstiger ist es für den Staat...“

Einem anderen ist wichtig, dass man als Mann überhaupt einmal auf den Zusammenhang „Osteoporose und Mann“ aufgeklärt wird und hat folgende Vorschläge:

„... über so einen Vortrag einmal... könnte man machen, dass man das einmal ansprechen könnte... und vielleicht auch in einer Fernsehwerbung oder was... weil da sind eh immer so Sachen... weil die machen eh öfters so Einschaltungen mit so Aktionen... dass sie die Männer einmal aufmerksam machen...“

Auch Selbsthilfegruppen zum Informationsaustausch über Osteoporose bei Männern würde ein Patient befürworten:

„... da kann ich mir vorstellen, dass eh so Selbsthilfegruppen das Ideale wären, oder? ... wenn da vier oder fünf Betroffene sind und ein paar im Anfangsstadium... dass man da gemeinsam Ratschläge austauschen kann, oder sonst etwas...“

Ein Patient würde Vorträge besuchen, wenn sie interessant sind und in der nahen Umgebung gehalten werden:

„... es kommt drauf an, wer gibt einem, wenn man da wohin muss, das ist ja nicht so... Vorträge, die sind ja meistens so langatmig oder was, dass man dann wegschläft bei der Hälfte.“

Weiters meint er:

„... ja die Leute müssen dann hinkommen... es gehen immer nur die hin, die eh alles in Anspruch nehmen... das ist glaube ich das Problem.“

4. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Im Literaturteil dieser Arbeit wurde Information über die Krankheit Osteoporose beim Mann zusammengestellt. Osteoporose ist eine kostenintensive Volkskrankheit. Circa ein Fünftel der betroffenen sind Männer. Zahlreiche Studien deuten darauf hin, dass der Krankheit im Zusammenhang mit Männern zu wenig Beachtung geschenkt wird. Eine Fraktur als Hauptmerkmal ist oft das Resultat einer zu spät diagnostizierten Krankheit. Eine Vielzahl von Präventions- und Therapiestrategien werden in der Literatur angeführt, viele Maßnahmen können beiden Bereiche zugeordnet werden. Bei disziplinierter, regelmäßiger Anwendung führen sie zu positiven Ergebnissen. Osteoporose als chronische Erkrankung kann mit einer Vielzahl von Einschränkungen einhergehen und die Lebensqualität der Betroffenen erheblich einschränken. Das belegen auch viele Studien die sich mit der Messung der Lebensqualität, befassen. Diese Studien wurden hauptsächlich bei Frauen durchgeführt. In der vorliegenden Arbeit wurde hingegen das Hauptaugenmerk auf männliche Patienten gelegt.

Im empirischen Teil wurde der Versuch unternommen, auf der Basis von qualitativ durchgeführten Interviews Aspekte herauszufinden, die beim Erleben und beim Umgang mit der Krankheit bedeutsam sind. Außerdem sollte erhoben werden, welchen Einfluss das Gesundheitssystem, insbesondere der behandelnde Arzt/ die behandelnde Ärztin, auf die subjektive Wahrnehmung der Krankheit hat.

Die Ergebnisse sollen für Betroffene und Angehörige nutzbar sein. Auch professionell Tätige im Bereich Pflege, Medizin und dem Gesundheitswesen können davon profitieren.

4.1 Welche Aspekte sind beim Erleben und beim Umgang der Krankheit von Bedeutung?

Bei der **Konfrontation** kommt der männliche Patient zum ersten Mal mit der Krankheit in Berührung. Die Ergebnisse zeigen wie er diese Situation erlebt und wie er damit umgeht.

Die Betroffenen berichten, dass sie vorwiegend durch eine **Zufallsdiagnose** von ihrer Krankheit erfahren. Dabei kommt die Idee, eine Knochendichtemessung durchzuführen, oftmals von der Ehefrau. Erst bei Männern im fortgeschrittenen Sta-

dium, wenn bereits Beschwerden vorhanden sind, veranlasst der Arzt/ die Ärztin eine Messung. Einige Männer berichten, dass sie sich aus eigener Initiative oder aus Neugier, zu einer Messung anmeldeten.

Die Männer erleben die Diagnose durchwegs als „**Überraschung**“. Sie rechnen schlichtweg nicht mit der Erkrankung, möglicherweise begründet durch das mangelnde Wissen über die Krankheit (vgl. Kapitel 2.4 „Informiertheit der Patienten“). Die Diagnose führt zu „Aufregung“ und zu der Erkenntnis, dass einschneidende Änderungen bevorstehen. Patienten, die kalziumarme Ernährung und mangelnde Bewegung als Risikofaktoren ihrerseits ausschließen können, können sich die Ursachen der Krankheit nicht erklären. Kortisontherapie oder Hypogonadismus sind Risikofaktoren die sehr häufig auftreten (vgl. Kapitel 2.3.2), das Wissen darüber ist jedoch gering. Hier sollte durch Öffentlichkeitsarbeit auf die unterschiedlichen Risikofaktoren bei Mann und Frau hingewiesen werden.

Die „Überraschung“ durch die Diagnose und die **plötzliche** Konfrontation mit der Krankheit stehen im Zusammenhang. Patienten, bei denen die Diagnose erst nach einer Fraktur gestellt wird, sind plötzlich mit einer veränderten Lebenssituation konfrontiert. Ein Patient schildert den plötzlichen Kontaktabbruch zu seiner Frau die in einem Geriatriezentrum untergebracht ist, während sich er sich im Krankenhaus von einer Fraktur erholt. Der Patient sollte also so früh als möglich von seiner Erkrankung und dem damit zusammenhängenden erhöhten Knochenbruch-Risiko wissen. Nur so kann im Rahmen einer Therapie das Risiko einer osteoporotischen Fraktur vermindert werden.

Die Patienten können mit einer Krankheit, in deren Vorfeld keine Beschwerden auftreten, nur schwer umgehen. Über die Problematik der **okkulten Symptome** wird bereits im Literaturteil (vgl. Kapitel 2.1) berichtet. Männer bringen Schmerzen selten mit einer Osteoporose in Verbindung. Zusätzlich berichtet Giangregorio et al. (2008), dass auch Frakturen nicht mit der Krankheit in Zusammenhang gebracht werden. Auch dieser Problematik kann nur mit einer frühestmöglichen Diagnose begegnet werden.

Die Konfrontation mit Osteoporose als „**Frauenkrankheit**“ gestaltet sich für Männer unterschiedlich. Männer sind offensichtlich weniger „betroffen“, sondern eher „irritiert“ und „verwundert“. Um diese Irritation so gering wie möglich zu halten, wäre eine verstärkte Aufklärungsarbeit unter dem Aspekt „Osteoporose betrifft Männer

und Frauen“ wertvoll. Eine Literaturrecherche konnte keine Studien ausfindig machen, die sich mit der Besonderheit von frauentypischen Krankheiten bei Männern beschäftigen. Osteoporose ist offenbar ein gutes, aber seltenes Beispiel für so einen Fall. Äußerungen der Patienten, dass man als Mann einfach seltener zur Knochendichtemessung gehe, könnten als Anregung für die Gestaltung einer Informationskampagne über Osteoporose dienen.

Im Allgemeinen haben die Patienten eine sehr **sorgenfreie Einstellung** zu ihrer Krankheit. Diese Einstellung ist zwar eine gute Grundlage für einen Behandlungsverlauf, doch zeigen die Ergebnisse, dass das bei einigen Patienten mit einem gewissen Maß an Sorglosigkeit und Verharmlosung einhergeht. Patienten im Anfangsstadium der Krankheit, die noch keine Frakturen erlitten haben, sorgen sich kaum um Folgen und Komplikationen. Männer bemerken, dass die Krankheit *„nicht so weit fortgeschritten ist, dass man sich Gedanken machen müsste“* bzw. *„schon wieder weggehen“* würde. Im direkten Vergleich zu einer Krebserkrankung beschreibt ein Mann Osteoporose als „Verkühlung“ und dass man *„daran ja nicht zu Grunde“* gehe. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch Taylor et al. (2003): Personen ohne Osteoporose gaben an, dass die Erkrankung nur geringe Auswirkungen auf den Patienten habe. Im Gegensatz dazu berichteten Betroffene über erhebliche Auswirkungen auf ihre Lebensqualität und Mobilität. Diese Ergebnisse legen nahe, dass der Patient in Aufklärungsgesprächen nicht beunruhigt, jedoch auf mögliche schwerwiegende Folgen hingewiesen werden soll.

Obwohl eine gewisse Sorglosigkeit im Umgang mit der Krankheit immer wieder bemerkbar ist, haben die Betroffenen vor möglichen Verschlechterungen **Respekt**. Sie fürchten vor allem eine eingeschränkte Beweglichkeit. Ebenso beunruhigt einen Patienten das erhöhte Verletzungspotential. Der Bruch des Oberschenkelhalses wird als „Worst Case“ sogar mit dem Tod in Verbindung gebracht.

Der Erhalt der körperlichen Fitness durch verschiedene Sportarten wird immer erwähnt. Dieses positive Körperbewusstsein könnte Ausgangspunkt für Information über risikoarme sportliche Betätigung sein. Auch die Verwendung von Protektoren bei der Sportausübung sollte thematisiert werden.

Umstellung im Alltag beschreibt Aspekte, die für den Patient nach der Konfrontation mit der Erkrankung ungewohnt sind. Vor allem der Verlust von Körpergröße und

die Veränderung des Gangbildes werden vom Patienten als **körperliche Veränderungen** bemerkt.

Schmerzen entstehen in erster Linie durch Brüche, durch Muskelverspannungen, durch Fehlbelastungen und durch körperliche Veränderungen der Krankheit. Die Patienten berichten über Schmerzen im Sitzen, im Liegen, beim Arbeiten und nach Operationen. Über Schmerzen von Osteoporosepatienten bei Alltagshandlungen berichtet auch Ross (1997). Im Idealfall kann der Patient die Schmerzen selbst durch eine Bewegungstherapie lindern. Reicht dies jedoch nicht aus, sind MedizinerInnen dazu angehalten, den Patienten mit einer optimalen Schmerztherapie zu versorgen.

Je nach Stadium der Krankheit erleben Patienten körperliche, soziale sowie finanzielle **Einschränkungen**. Während einige Patienten ganz gut zu Recht kommen, bedeuten diese Einschränkungen für andere Patienten große Umstellungen im täglichen Leben. Einschränkungen der Beweglichkeit stellen die Patienten vor Herausforderungen. Nach Operationen muss der Betroffene grundsätzliche Bewegungen erst wieder erlernen. Um mit Einschränkungen besser umgehen zu können, sollte schon bei der Diagnosestellung auf die Möglichkeiten der Verschlechterung hingewiesen werden. Außerdem sollte der Patient auf Hilfsmittel, die ihm das Leben erleichtern, aufmerksam gemacht werden. Ob und in welchen Situationen solche Hilfsmittel benötigt werden, muss durch eine Bedarfsabklärung eruiert werden.

Sich mit Einschränkungen und dem „Zurückstecken“ abzufinden fällt nicht leicht. Es bedeutet für den Patienten seinen Lebensalltag zu verändern und Arbeiten auf einen größeren Zeitrahmen aufzuteilen. Inwiefern diese Veränderung den Patienten belastet, wurde im Zuge dieser Studie nicht erfasst. Das könnte Ausgangspunkt für weitere Untersuchungen sein.

Eine medikamentöse **Therapie** mit Kalzium und Bisphosphonaten soll den Knochen stärken und vor weiterem Abbau schützen. Die meisten Patienten sehen diese Maßnahme als notwendiges Übel. Neben der medikamentösen Therapie nehmen Patienten auch andere unterstützende Maßnahmen in Anspruch. Zur Schmerzentlastung werden beispielsweise Hilfsmittel wie Nackenrollen oder Wärmeplatten verwendet. Schmerzlindernde Therapien wie Moorbäder oder Magnetfeldresonanztherapie werden angewendet, ebenso werden bewegungstherapeutische Maßnahmen von den Patienten gerne in Anspruch genommen.

Die notwendigen **Behandlungen** sind oft sehr **umfangreich**. Ein Patient erwähnt die aufwendige und kostenintensive Therapie gegen Schmerzen bei einem Privatarzt. In diesem Zusammenhang soll auf die Problematik einer alleinigen Schmerztherapie ohne Ursachenabklärung hingewiesen werden. Darum sollte bei einer Schmerztherapie unbedingt immer eine sorgfältige Abklärung der Ursachen an erster Stelle stehen (vgl. Ringe, 2002).

Obwohl einigen Patienten die Umstellung auf eine regelmäßige, medikamentöse Therapie leicht fällt, kann eine plötzlich notwendige Tabletteneinnahme den gesamten Tagesrhythmus eines Patienten verändern. Um Spezialisten zu konsultieren, müssen Patienten, vor allem solche aus ländlichen Gebieten, oft lange Anreisewege auf sich nehmen. Dies kann reduziert werden, wenn eine umfangreiche Aus- und Weiterbildung zum Thema „Osteoporose als Volkskrankheit“ bei allen praktizierenden Ärzten gewährleistet ist.

Interessant ist die Compliance der Patienten: Sie betonen zwar, dass regelmäßig ausgeführte Bewegungstherapie Schmerzen lindert, berichten jedoch über **Diskontinuitäten bei den Behandlungen**. So „vergessen“ Patienten auf die regelmäßige Durchführung der Bewegungstherapie oder auf die Einnahme von Medikamenten. Vyreisalova et al. (2008) berichten über eine Non-Compliance bei Frauen: Insbesondere die regelmäßige Einnahme von Kalzium und Vitamin D Präparaten wird als „nicht optimal“ beschrieben. Als häufigster Grund dafür wird „drug not handy“ angegeben. Eine Non-Compliance kann zu Verschlechterung des Krankheitsverlaufes führen. Das wird von den Patienten realisiert und auch selbst kritisiert.

Bei einer Pressekonferenz zitierte Resch (2006)³ eine Studie, nach der über 80% der befragten Ärzte über vorzeitige Therapieabbrüche ihrer Osteoporose-PatientInnen berichten. Hauptgründe dafür waren das Unwissen der PatientInnen über die positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs und die Tragweite der Therapie.

Um die Compliance eines Patienten sicherzustellen, sollte jede Therapie von umfassender Information und Aufklärungsarbeit begleitet werden.

Längerfristig erfolgt bei allen Patienten die **Integration der Krankheit** in die gewohnten Tagesabläufe. So berichtet ein Patient von seiner intensiven **Auseinan-**

³ Trotz persönlicher Rücksprache mit Prof. Resch konnte die zitierte Studie nicht im Original gefunden werden.

dersetzung mit der Krankheit wobei ihn vor allem die erforderlichen Umstellungen seiner Lebensweise beschäftigen.

Den meisten Patienten gelingt es gut ihre Krankheit in den **alltäglichen Ablauf einzugliedern**. Zum Beispiel ändern sie beim Radfahren die Art des Aufsteigens oder bringen einen zusätzlichen Rückspiegel an. Solche Hinweise können Anstoß geben, um mit besonderen Hilfsmitteln kranken Menschen den Alltag zu erleichtern und auch Freizeitbeschäftigungen weiterhin zu ermöglichen.

Angepasste Darreichungsformen von Tabletten können zu positiven Einstellungen gegenüber der Therapie führen. Die Umstellung auf eine kalziumreiche Ernährung wird von den Patienten akzeptiert und nicht als Beeinträchtigung empfunden.

Um **Normalität zu erhalten und die Selbstständigkeit zu wahren** versuchen Patienten Gewohnheiten beizubehalten und Sportarten weiter auszuführen. Dies vermittelt ihnen das Gefühl „es noch zu können“.

Nach der Behandlung einer osteoporoseinduzierten Fraktur nimmt ein Patient die Unterstützung durch eine Heimhilfe in Anspruch. Die Fähigkeit zur selbstständigen Körperpflege ist dem Patienten überaus wichtig.

Patienten betonen mehrmals auf nichts verzichten zu wollen, gestehen aber ein „**vorsichtiger**“ zu werden um unangenehme Folgen wie Schmerzen in der Hand oder Stürze beim Sport zu vermeiden. Hier wäre ebenfalls die Freizeitindustrie gefordert den veränderten Bedürfnissen älterer Männer durch die Entwicklung von Protektoren und ähnlichen Hilfsmitteln entgegen zu kommen.

Die **Hoffnung auf Verbesserung des Zustandes** wird von allen Befragten in unterschiedlichen Phasen der Krankheit erwähnt. So hoffen Patienten auf eine Stärkung der Knochen, dass die Erkrankung nicht so schnell voranschreitet und dass sich Schmerzen reduzieren. Nach osteoporosebedingten Frakturen hofft der Patient vor allem seine vorherige Beweglichkeit wiederherzustellen.

Alle Patienten **finden** sich auf unterschiedlicher Weise mit der Krankheit **ab**. Bei einer manifesten Osteoporose akzeptiert der Patient die Einschränkungen, doch hofft er auf die Wiederherstellung einer grundsätzlichen Beweglichkeit. Das psychische Akzeptieren wird als Hilfe gesehen. Dieser Aspekt kann vor allem in Selbsthilfegruppen gefördert werden.

Osteoporose wird oft als unvermeidbare Alterserscheinung akzeptiert. Einschränkungen und Schmerzen, die aus der Krankheit resultieren, werden ebenfalls mit dem Alter in Verbindung gebracht.

Osteoporose erfordert eine konstante Behandlung und ein hohes Maß an Eigeninitiative. Hier spielt die Ehefrau eine besondere Rolle.

Bei der **allgemeinen Bewältigung** und bei der **Unterstützung während der Therapie** wird die Ehefrau als Bezugs- und Ansprechpartnerin sehr geschätzt. Ihre Hilfe wird dankend angenommen. Die Männer wollen allerdings ihre Selbständigkeit weiter bewahrt wissen und die Frau mit ihrer Krankheit nicht über Gebühr belasten. Den Anstoß zu einer ersten Knochendichtemessung gibt oftmals die Frau.

Leidet nicht nur der Mann sondern auch die Ehefrau an Osteoporose, werden Vorsorge und Therapiemaßnahmen **gemeinsam** durchgeführt und Befunde besprochen. Beide haben einen Bezug zur Krankheit und erfahren gegenseitige Unterstützung. Das stärkt die Partnerschaft und kann als positive „Nebenwirkung“ der Krankheit gesehen werden. Höpflinger (2003, S. 75ff.) beschreibt im Alter eine höhere Zufriedenheit von Personen in einer Paarbeziehung. Außerdem sei die Lebenszufriedenheit von Männern stärker an das Vorhandensein einer Partnerbeziehung gekoppelt als bei Frauen.

Interessant wäre es zu untersuchen, wie Partnerschaften bei gleichen Krankheiten verlaufen und ob betroffene Frauen in gleichem Maße Unterstützung von ihren Partnern erhalten.

4.2 Welchen Einfluss hat das Gesundheitssystem auf die subjektive Wahrnehmung der Krankheit?

Wie der Patient seine Krankheit wahrnimmt hängt im weitesten Sinne von dem bestehenden Gesundheitssystem ab.

Die Beziehung zum Arzt/ zur Ärztin beeinflusst im Wesentlichen die Einstellung des Patienten zur Erkrankung.

Nur in einem intensiven Gespräch zwischen Arzt/ Ärztin und Patienten kann **Aufklärungsarbeit** geleistet werden. Nach Renz-Polster/Krautzig (2008) hat ein Arzt/ eine Ärztin durchschnittlich nicht mehr als 6 min Zeit für einen Patienten. Ein umfangrei-

ches Aufklärungsgespräch, zumindest bei der Erstkonfrontation mit der Erkrankung, kann so nicht gewährleistet sein.

Renz-Polster/Krautzig (2008) schlägt vor, dass der Patient nach einem Krankenhausaufenthalt über seinen Befund informiert wird. Hier ist anzumerken, dass es im Fall von Osteoporose wünschenswert wäre, den Patienten nach einer Dichtemessung die Bedeutung der Werte genauer zu erklären.

Die befragten Patienten erleben die Aufklärung als „vage“ und unbefriedigend. Hier stellt sich die Frage ob der Arzt/ die Ärztin als Kommunikationspartner selber nicht ausreichend über die Krankheit informiert ist, oder ob es sich um ein Kommunikationsproblem handelt. Resch (2006) zitiert eine Studie, aus der hervorgehe, dass ein großes Defizit in der Patientenaufklärung durch Ärzte bestehe. Daraus wiederum resultiere eine negative Motivation der Patienten langdauernde Therapien konsequent durchzuführen. Ein Patient wurde eingeladen an einer Studie teilzunehmen; dieser Patient berichtet von einer umfassenden und intensiven Aufklärung, die seine Compliance wesentlich verstärkt habe.

Die Ergebnisse zeigen, dass die **Kommunikation** des Arztes aus Sicht des Patienten oft als unzureichend empfunden wird. Fast alle Patienten beschreiben eine eher schematisierte Kommunikation: Die Krankheit wird diagnostiziert, Medikamente werden verschrieben und der Patient wird zur regelmäßigen Knochendichtemessung angehalten. Patienten fühlen sich oft nicht optimal behandelt, da sich ÄrztInnen für ein Gespräch wenig Zeit nehmen. Hier wird deutlich, dass dem Patienten eine gewisse „Nähe“ zum Arzt/ zu Ärztin bedeutend erscheint. Zusammenfassend ordnet Resch (2006) dem Begriff „Patientennähe“ den „[...] Stellenwert von Motivation, gutem verständnisvollen Dialog und Aufklärung“ zu.

Ein Patient im Krankenhaus berichtet, dass er über den vorgesehenen Behandlungsverlauf nach einer Fraktur nur unzureichend informiert wurde. In diesem Fall wäre eine Intensivierung des Entlassungsmanagements notwendig um den Patienten besser auf das Leben nach der Fraktur zu Hause vorzubereiten.

Kommunikation und Aufklärung gelingen nur, wenn der Arzt **kompetent** wirkt. Beruhigende und ermunternde Zusprüche von ÄrztInnen sind für das Allgemeinwohl der Patienten förderlich.

Über eine positive Beziehung zum Arzt/ zur Ärztin berichtet ein Patient, der detailliert über das Therapieprogramm bei einer Verschlechterung des Zustandes informiert wird. Die Einsicht eines praktischen Arztes, dass es sich im Falle einer Osteo-

porose nicht um seinen Beratungsbereich handle, wird vom Patienten nicht als Inkompetenz des Hausarztes/ der Hausärztin interpretiert.

Die Berichte einiger Patienten über die Beratung zeigen, dass auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen Unwissenheit über die Osteoporose beim Mann herrscht.

Ein Patient berichtete über die Aussage eines praktischen Arztes, dass es sich bei Osteoporose um ein „Frauen- und Alkoholikerkrankheit“ handle. Als mangelnde ärztliche Kompetenz wird die Verschreibung einer Schmerztherapie an Stelle einer Ursachenerkundung empfunden. Von einem Patienten wird eine Kortisonbehandlung als nicht passend angesehen. Akesson et al. (2003) greifen die beschriebene mangelnde Kompetenz auf und weisen auf bestehende Defizite in der Aus- und Weiterbildung hin.

Es konnte auf keine Studie zurückgegriffen werden, in der das Wissen von ÄrztInnen über Osteoporose getestet wurde, eine Studie von Vered et al. (2008) zeigt allerdings, dass unter Pflegepersonen das Wissen über Osteoporose nicht sehr ausgeprägt ist. Außerdem zeigt eine Untersuchung von Chenot et al. (2007) in Deutschland, dass lediglich die Hälfte der praktischen ÄrztInnen von den nationalen Richtlinien weiß und sie verwendet.

Sicherlich ist es nötig, den Wissenstand praktischer ÄrztInnen zum Thema „Osteoporose als Volkskrankheit“ zu erfassen und darauf aufbauend Fortbildungsprogramme zu etablieren.

Informiertheit der Patienten wird auch im theoretischen Teil dieser Arbeit behandelt.

Die meisten Befragten haben nach eigenen Aussagen ein hohes **Vertrauen** in die Medikation und in die **Kompetenz** des Arztes/ der Ärztin bzw. des Therapeuten/ der Therapeutin. Dieses Vertrauen kann in Kombination mit einer verstärkten Aufklärung und Motivation der Patienten für eine Verbesserung der Konstanz der Therapie genutzt werden.

Verschiedene Ärztemeinungen tragen in einigen Bereichen zur Verunsicherungen der Patienten bei. Nach Aussagen von Patienten wird speziell die nachhaltige Wirkung von Operationen bzw. von gymnastischen Übungen von Ärzten und Ärztinnen konträr beurteilt.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass der **Wissensstand der Patienten** über die Krankheit eher gering ist. Zahlreiche Untersuchungen weisen ebenfalls darauf

hin. Gründe für den geringen Wissenstand werden in der Literatur beschrieben: Philipov et al. (1998) meinen, dass ÄrztInnen wenig Interesse an der Krankheit zeigen. Lee/Lai (2006) bemerken, dass der Mann in Kampagnen zur Gesundheitsförderung zu wenig beachtet werde. Giangregorio et al. (2008) finden, dass Osteoporose nicht mit einem erhöhten Frakturrisiko bzw. mit Fragilitätsfrakturen in Verbindung gebracht werde. Das deckt sich mit der Aussage eines Patienten, der einen Sturz nicht ursächlich mit der Krankheit verbindet.

Ein interessanter Aspekt ergab sich hinsichtlich des Wissens über spezielle Angebote der Osteoporosebehandlung: Einem Patienten aus dem ländlichen Bereich war die Einrichtung einer „Osteoporoseambulanz“ nicht bekannt. Auf dieses Angebot sollten, alle Patienten vom behandelnden Hausarzt/ von der behandelnden Hausärztin hingewiesen werden.

Die Ergebnisse zeigen ein weitgehend fehlendes **Bewusstsein über die Krankheit**. Viele Männer denken nicht daran, eine vorsorgliche Knochendichtemessung machen zu lassen und so werden Diagnosen oft erst in späteren Stadien nach Frakturen gestellt. Der Glaube daran, selbst vor Komplikationen verschont zu bleiben und ein Desinteresse an der Krankheit sind verbreitet. Phillipov et al. (1998) bemerken, dass das Bewusstsein über die Krankheit bei Männern viel geringer ist als bei Frauen. Demgegenüber zeigt ein Patient, der sich auf Grund der Teilnahme an einer Studie intensiv mit der Krankheit auseinandergesetzt hat, Aufgeschlossenheit und Gelassenheit gegenüber dem weiteren Therapieverlauf.

Im **Umgang mit vorhandener Information** ist interessant, dass sich fast alle Patienten **selbstständig Informationen** zur Krankheit besorgen. Als Informationsquellen werden hauptsächlich Broschüren über das Thema Osteoporose genannt. Patienten nehmen aber auch das Internet oder Lexika zu Hilfe um Informationen zu bekommen.

Gesundheits- und Aufklärungskampagnen finden bei den Betroffenen großen Anklang. Um präventiv vorzugehen, müssten durch Kampagnen nicht nur Betroffene sondern alle Risikopersonen angesprochen werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass der **Wunsch nach mehr Information** besteht. Patienten wollen vor allem über unterstützende Ernährungsmaßnahmen und über Selbsthilfegruppen informiert werden.

Kritik wird vor allem im Bereich der Gesundheitsversorgung geäußert. Der Unterschied zwischen Privat- und KassenärztInnen wird thematisiert und die Versorgung wird als „Zweiklassenmedizin“ dargestellt.

Ein Patient kritisiert bei Ambulatorien im privaten Bereich sogar bedenkliche notwendige Extrazahlungen. Er hat den Eindruck, dass MitarbeiterInnen/TherapeutInnen/ÄrztInnen dort nicht gut ausgebildet seien. Eine Vergleich „private medizinische Versorgung“ – „öffentliche medizinische Versorgung“ in Bezug auf Osteoporose würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Patienten äußern sich durchaus auch selbstkritisch: Viele Männern nehmen Angebote zu vorsorglichen Untersuchungen nicht an, Knochendichtemessungen seien schmerzlos und wenig zeitaufwendig. Bartl (2004, S. 61) bestätigt dies und gibt für unterschiedliche Messorte eine Dauer von 1-15 Minuten an.

Es bleibt anzumerken, dass genauere Beschreibungen der Untersuchungsprozedur Männer sicher dazu bringen würden, sich einer prophylaktischen Knochendichtemessung zu unterziehen.

Die Patienten bringen auch **Verbesserungsvorschläge** ein. Von den ÄrztInnen wird gefordert, dass sie ihre Patienten besser über die Krankheit informieren. Dies könnte gewährleistet werden, wenn spezielle Fortbildungsseminare für praktische ÄrztInnen angeboten werden. Information über Selbsthilfegruppen und die Möglichkeit zur Teilnahme daran sollten für alle Patienten vorhanden sein.

Auch vermehrte Vorträge über die Krankheit werden von den Patienten vorgeschlagen. Um eine möglichst breite Bevölkerungsschicht zu erreichen, sollten diese Vorträge lokal veranstaltet werden und auch in ländlichen Gebieten problemlos zugänglich sein. Generell sollten diese Vorträge geschlechtsspezifische Informationen enthalten.

Ebenso werden Fernseheinschaltungen, welche das Thema „Osteoporose beim Mann“ thematisieren, vorgeschlagen. Als Vorbild könnte die ab 2005 durchgeführte Aufklärungskampagne „Stop Hepatitis - Impfen schützt“ dienen. An dieser Stelle sei allerdings vermerkt, dass eben diese Kampagne in der Aufbereitung der Thematik nicht unumstritten ist (vgl. Konsument, 2005).

Literaturverzeichnis

Åkesson, K.; Dreinhöfer, K. E.; Woolf, A. D. (2003): Improved education in musculoskeletal conditions is necessary for all doctors. *Bulletin of the World Health Organization* 81(9), 677–683.

Alegre-López, J.; Cordero-Guevara, J.; Alonso-Valdivielso, J. L.; Fernández-Melón, J. (2005): Factors associated with mortality and functional disability after hip fracture: an inception cohort study. *Osteoporosis International* 16(7), 729–736.

Badia, X.; Díez-Pérez, A.; Lahoz, R.; Lizán, L.; Nogués, X.; Iborra, J. (2004): The ECOS-16 questionnaire for the evaluation of health related quality of life in postmenopausal women with osteoporosis. *Health and Quality of Life Outcomes* 2(1), 41.

Bartl, R. (2001): Osteoporose: Prävention, Diagnostik, Therapie. Stuttgart/New York: Thieme

Bartl, R. (2004, 2. überarbeitete Auflage): Osteoporose: Prävention, Diagnostik, Therapie. Stuttgart/New York: Thieme

Bianchi, M. L.; Orsini, M. R.; Saraifoger, S.; Ortolani, S.; Radaelli, G.; Betti, S. (2005): Quality of life in post-menopausal osteoporosis. *Health and Quality of Life Outcomes* 3(1), 78.

Borgström F.; Zethraeus N.; Johnell O.; Lidgren L.; Ponzer S.; Svensson O.; Abdon P.; Ornstein E.; Lunsjö K.; Thorngren K.G.; Sernbo I.; Rehnberg C.; Jönsson B. (2006): Costs and quality of life associated with osteoporosis-related fractures in Sweden. *Osteoporosis International* 17(5), 637-50.

Bullinger, M. (2002): Lebensqualität: Ein neues Thema in der Medizin. *Zentralblatt für Gynäkologie* 124(3), 153–156.

Bullinger, M. (2006): Methodische Grundlagen und Aspekte der Lebensqualität. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 131, 5-7.

Buser, K.; Schneller, T.; Wildgrube, K.; Kaul-Hecker, U.; Buser-Kaul-Hecker (2003, 5. überarbeitete Auflage): Medizinische Psychologie - Medizinische Soziologie. Kurzlehrbuch zum Gegenstandskatalog. München: Urban & Fischer

Chenot, R.; Scheidt-Nave, C.; Gabler, S.; Kochen, M. M.; Himmel, W. (2007): German Primary Care Doctors' Awareness of Osteoporosis and Knowledge of National Guidelines. *Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes* 115(9), 584-589.

Cooper, C.; Jakob, F.; Chinn, C.; Martin-Mola, E.; Fardellone, P.; Adami, S. Thalassinou, N. C.; Melo-Gomes J.; Torgerson D.; Gibson A.; Marin, F. (2008): Fracture incidence and changes in quality of life in women with an inadequate clinical outcome from osteoporosis therapy: the Observational Study of Severe Osteoporosis (OSSO). *Osteoporosis International* 19(4), 493–501.

DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (Hrsg.) (1992): Berufsordnung für Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger, Krankenschwestern und Krankenpfleger. Eschborn: DBfK

De la Loge C.; Sullivan K.; Pinkney R.; Marquis P.; Roux C.; Meunier P. J. (2005): Cross-cultural validation and analysis of responsiveness of the QUALIOST: QUALity of Life questionnaire In OSTeoporosis. *Health and Quality of Life Outcomes* 10(3), 69.

Diekmann, A. (2005, 14. Auflage): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag

Donhauser, P. M.; Schunack, W. (2006): Osteoporose. Krankheitsbild und Therapie. Eschborn: Govi-Verlag

Ebeling, P. R. (2008): Osteoporosis in Men. *The New England Journal of Medicine*, 358(14), 1474–1482.

Flood, E. M.; Beusterien K.M.; Green, H.; Shiklar, R.; Baran R.W.; Amonkar M.M.; Cella, D. (2006): Psychometric evaluation of the Osteoporosis Patient Treatment Satisfaction Questionnaire (OPSAT-Q), a novel measure to assess satisfaction with

bisphosphonate treatment in postmenopausal women. *Health and Quality of Life Outcomes* 11(4), 42.

Flick, U. (Hrsg.); von Kardorff, E.; Steinke, I. (2000): *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag

Freitas, S. S.; Barrett-Connor, E.; Ensrud, K. E.; Fink, H. A.; Bauer, D. C.; Cawthon, P. M.; Lambert, L. C.; Orwoll, E. S. (2008): Rate and circumstances of clinical vertebral fractures in older men. *Osteoporosis International* 19(5), 615–623.

Corbin, J.; Strauss A.L. (1998) in: Gerwin, B.; Lorenz-Krause, R.H. (Hrsg.) (2005): *Pflege von Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen. Unter Berücksichtigung des Corbin-Strauss-Pflegemodells*. Münster: Lit Verlag

Giangregorio L.; Papaioannou A.; Thabane L.; DeBeer J.; Cranney A.; Dolovich L.; Adili A.; Adachi J. D. (2008): Do patients perceive a link between a fragility fracture and osteoporosis? *BMC Musculoskeletal Disorders*. 21(9), 38.

Hasserius, R.; Karlsson, M. K.; Jónsson, B.; Redlund-Johnell, I.; Johnell, O. (2005): Long-Term Morbidity and Mortality after a Clinically Diagnosed Vertebral Fracture in the Elderly -- a 12-and 22-Year Follow-up of 257 Patients. *Calcified Tissue International* 76(4), 235–242.

Hess, T.; Hadorn, W.; Mumenthaler, M. (2000, 9. überarbeitete Auflage): *Therapie-Handbuch*. Bern: Verlag Hans Huber

Hinz, C.; Pfeifer, M.; Minne, H. W. (2005): Rehabilitation bei Osteoporose. *Journal für Menopause* 12(1), 7-13.

Höpflinger, F. (2003): Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden im höheren Lebensalter. In: Boothe, B.; Ugolini, B. (Hrsg.) (2003): *Lebenshorizont Alter*. Zürcher Hochschulforum 35: vdf Hochschulverlag AG

Jacobsen, S. J.; Goldberg, J.; Miles, T. P.; Brody, J. A.; Stiers, W.; Rimm, A. A. (1992): Race and sex differences in mortality following fracture of the hip. *American Journal of Public Health* 82(8), 1147-50.

Jakob, F.; Marin, F.; Martin-Mola, E.; Torgerson, D.; Fardellone, P.; Adami, S.; Sykes, D.; Melo-Gomes, J.; Chinn, C.; Nicholson, T.; Cooper, C. (2006): Characterization of patients with an inadequate clinical outcome from osteoporosis therapy: the Observational Study of Severe Osteoporosis (OSSO). *Quarterly Journal of Medicine* 99(8), 531-543.

Kudlacek, S.; Freudenthaler, O.; Resch, H.; Willvonseder, R. (2000): Die Osteoporose beim Mann. *Journal für Mineralstoffwechsel* 7(3), 21-25.

Kudlacek, S.; Willvonseder, R. (2003): Diagnose der Osteoporose beim Mann. *Blickpunkt DER MANN* 1(2), 17-19.

Kudlacek, S. (2008): Androgendefizit als Ursache der Osteoporose beim Mann. *Journal für Mineralstoffwechsel* 15(1), 31-33

Kunze, U.; Kunze, M; Böhm, G. (2002): Präventivmedizin, Epidemiologie und Sozialmedizin. Für Human- und Zahnmediziner. Wien: Facultas

Krestan C. (2004): Verfahren zur Knochendichtemessung. *Rheuma Plus* 3(4)

Laudisio, A.; Marzetti, E.; Antonica, L.; Settanni, S.; Georgakakis, I.; Bernabei, R.; Franceschi, C.; Zuccalà, G. (2007): Masticatory dysfunction is associated with osteoporosis in older men. *Journal of Clinical Periodontology* 34(11), 964-968.

Laudisio, A.; Marzetti, E.; Cocchi, A.; Bernabei, R.; Zuccalà, G. (2008): Association of depressive symptoms with bone mineral density in older men: a population-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23(11), 1119-1126.

Lee, L. Y.; Lai, E. K. (2006): Osteoporosis in older Chinese men: knowledge and health beliefs. *Journal of Clinical Nursing* 15(3), 353-355.

Leidig, G.; Minne, H. W.; Sauer, P.; Wüster, C.; Wüster, J.; Lojen, M.; Raue F.; Ziegler R. (1990): A study of complaints and their relation to vertebral destruction in patients with osteoporosis. *Bone and Mineral* 8(3), 217-229.

Lips, P.; Cooper, C.; Agnusdei, D.; Caulin, F.; Egger, P.; Johnell, O.; Kanis, J.; Liberman, U.; Minne, H.; Reeve, J.; Reginster, J. Y.; De Vernejoul, M. C. ; Wiklund I. (1999): Quality of Life in Patients with Vertebral Fractures: Validation of the Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis (QUALEFFO). *Osteoporosis International* 10(2), 150-160.

Mayer H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas

Mayring P. (2008, 10. überarbeitete Auflage): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Minne, H. W.; Pfeifer, M.; Hinz, C. (2005): Osteoporose: Ursache für Knochenbruch im Alter. *Aktuelle Traumatologie* 35(1), 1-7.

O'Neill, T. W.; Felsenberg, D.; Varlow, J.; Cooper, C.; Kanis, J. A.; Silman, A. J. (1996): The prevalence of vertebral deformity in european men and women: the European Vertebral Osteoporosis Study. *Journal of Bone Mineral Research* 11(7), 1010–1018.

ÖGEKM, Konsensus Osteoporose (2007): Prävention und Therapie. *Österreichische Ärztezeitung*, Supplementum 1

Papaioannou, A.; Kennedy, C. C.; Ioannidis, G.; Brown, J. P.; Pathak, A.; Hanley, D. A.; Josse, R. G.; Sebaldt, R. J.; Olszynski, W. P.; Tenenhouse, A.; Murray, T. M.; Petrie, A.; Goldsmith, C. H.; Adachi, J. D. (2006): Determinants of health-related quality of life in women with vertebral fractures. *Osteoporosis International* 17(3), 355-363.

Peris, P.; Guanabens, N. (1996): Male osteoporosis. *Current Opinion in Rheumatology* 8(4), 357-364.

Pfeifer, M.; Pollähne, W.; Minne, H. W. (2002): Osteoporose des Mannes. Wenn harte Männer weiche Knochen bekommen. *Orthopädie & Rheuma* 5, 30-32.

Pfeifer, M.; Begerow, B.; Minne, H. W. (2003): Rehabilitation in osteoporosis. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 128(17) 941-945.

Pfeifer, M.; Begerow, B.; Minne H. W. (2004): Effects of a new spinal orthosis on posture, trunk strength, and quality of life in women with postmenopausal osteoporosis: a randomized trial. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 83(3) 177-86.

Pfeilschifter, J.; Baum, E. (2006): Evidenzbasierte Konsensus-Leitlinie zu Osteoporose. Prophylaxe, Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Schattauer

Phillipov, G.; Phillips, P. J.; Leach, G.; Taylor, A. W. (1998): Public perceptions and self-reported prevalence of osteoporosis in South Australia. *Osteoporosis International* 8(6):552-6.

Pietschmann, P.; Kudlacek, S.; Peterlik, M. (2004): Pathogenese und Therapie der Osteoporose beim Mann. *Journal für Mineralstoffwechsel* 11 (Suppl2), 12-14.

Renz-Polster, H.; Krautzig, S. (2008): Basislehrbuch innere Medizin mit Studentconsult-zugang. München: Urban&Fischer

Reuss-Borst, M. A. (2004): Rehabilitation of Osteoporosis. *Aktuelle Rheumatologie* 29, 182-185.

Rieder, A.; Lohff, B. (2008, 2. Überarbeitete Auflage): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Wien: Springer

Ringe, J. D. (1995): Osteoporose. Postmenopausale Osteoporose, senile Osteoporose, sekundäre Osteoporose, Osteoporose des Mannes. Stuttgart: Thieme

Ringe J.D. (2002): Therapie chronischer Schmerzen des Bewegungsapparates mit Opioiden. *Journal für Mineralstoffwechsel* 9(1), 23-25.

Ringe, J. D. (2003): Osteoporose des Mannes. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 128, 925-928.

Ross, P. D. (1997): Clinical consequences of vertebral fractures. *American Journal of Medicine* 103(2), 30.

Sambrook, P. N.; Seeman, E.; Phillips, S. R.; Ebeling, P. R. (2002): Preventing osteoporosis: outcomes of the Australian Fracture Prevention Summit. *The Medical Journal of Australia* 176(Suppl), 1-16.

Scheidt-Nave, C. (2003): Osteoporotische Wirbelfrakturen—Epidemiologie und Krankheitslast. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin* 79, 135-142.

Stein, A. (2001): Schmerztherapie bei Osteoporose. *Aktuelle Rheumatologie* 26(5), 213-218.

Taylor, A.; Gill, T.; Phillips, P.; Leach, G. (2003): A population perspective of osteoporosis. How common? What impact? How modifiable. *Interim Editorial Team* 14(1), 61-65.

Thorngren K. G. (1994): Fractures in older persons. *Disability & Rehabilitation* 16(3), 119-26.

Van Schoor, N. M.; Knol, D. L.; Glas, C. A.; Ostelo, R. W.; Leplège, A.; Cooper, C.; Johnell, O.; Lips, P. (2006): Development of the Qualeffo-31, an osteoporosis-specific quality-of-life questionnaire. *Osteoporosis International* 17(4), 543-51.

Vered, I.; Werner, P.; Shemy, G.; Stone, O. (2008): Nurses' knowledge and perceptions about osteoporosis: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 847-854.

Vogel, T.; Bitterling, H.; Dobler, T.; Bartl, R.; Pfeifer, K. J.; Mutschler, W. (2006): Zeitgemäße Diagnostik und Therapie der Osteoporose. *Zentralblatt für Chirurgie* 131(5), 401-6.

Vytrisalova, M.; Blazkova, S.; Palicka, V.; Vlcek, J.; Cejkova, M.; Hala, T.; Pavelka, K.; Koblihova, H. (2008): Self-reported compliance with osteoporosis medication—Qualitative aspects and correlates. *Maturitas* 60(3-4), 223-229.

Wied, S.; Warmbrunn, A.; (2003): Pschyrembel Wörterbuch Pflege. [Pflegetechniken, Pflegehilfsmittel, Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, Psychologie, Recht]. Berlin: de Gruyter

Sonstige Literaturquellen

Chronische Krankheiten in Wien (2004): Stadt Wien (Hrsg.). AutorInnen: Urbas, E.; Klimont, J.; Bachinger, E. Wien. Verfügbar unter: <http://www.magwien.gv.at/who/schwerpunktberichte/chronkrank/> [27.2.2009]

European Commission (1998): The European Union Report on Osteoporosis – Action for Prevention. Brüssel. Verfügbar unter: <http://www.iofbonehealth.org/download/osteofound/filemanager/publications/pdf/eu-report-1998.pdf> [27.2.2009]

Konsument (2005): Hepatitis-Impfung: Das Reklame-Massaker. Heft 6. Verfügbar unter: <http://www.konsument.at/konsument/detail.asp?id=23801> [27.2.2009]

Männergesundheitsbericht (1999): Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK). Verfügbar unter: <http://www.wien.gv.at/who/manngb/99/index.htm> [Stand: 27.2.2009]

Osteoporosis in Europe (2004): Indicators of progress and Outcomes from the European Parliament Osteoporosis Interest Group and European Union Osteoporosis Consultation Panel Meeting, Wednesday, November 10. Verfügbar unter: <http://www.iofbonehealth.org/download/osteofound/filemanager/publications/pdf/eu-report-2005.pdf> [27.2.2009]

Österreichischer Osteoporosebericht (2007): Altern mit Zukunft (Hrsg.), AutorInnen: Rieder A., Weichselbaum, E.; Dorner, T. Wien. Verfügbar unter: http://www.alternmitzukunft.at/upload/3685_6354%20AMZ_OSTEOBericht_internet.pdf [27.2.2009]

Resch (2006): „Initiative Lebensbasisknochen“. Pressestatement vom 31.Jänner 2006, Presseclub Concordia, 1010 Wien. Verfügbar unter:

http://www.welldone.at/welldone_deb/upload/2298_Statement%20Resch%20FINAL.doc [27.2.2009]

Seniorenbericht (2000): Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich. Wien: BMSG. Verfügbar unter:
[http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1\[1\].pdf](http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1[1].pdf) [27.2.2009]

http://www.pflege-und-gesundheit.net/pdfs/Trajectory_Model_en.pdf [27.2.2009]

<http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml> [27.2.2009]

Anhang

Kurzzusammenfassung

Die Knochenerkrankung Osteoporose als kostenintensive, chronische Volkskrankheit wird erst seit kurzem auch beim Mann anerkannt und genauer untersucht. Qualitativ durchgeführte Studien, die sich mit dem Umgang und dem Erleben der Krankheit speziell bei betroffenen Männern befassen, blieben bisher ausgespart. Im Zuge der vorliegenden Arbeit wurden neun Interviews mit männlichen Osteoporosepatienten geführt und nach der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Es wurden zwei Fragestellungen bearbeitet: 1. *Welche Aspekte sind beim Erleben und dem Umgang mit der Krankheit von Bedeutung?* 2. *Welchen Einfluss hat das Gesundheitssystem auf die subjektive Wahrnehmung der Krankheit?* Die Ergebnisse zeigten, dass sich das Erleben und der Umgang mit der Osteoporose bei Männern im Wesentlichen unter den Punkten *Konfrontation mit der Krankheit*, *Umstellung der Lebensweise* und *Integration in den Alltag* einteilen lassen. Eine zufällige wie überraschende Diagnosestellung ist die Regel, wobei häufig versteckte Symptome den Männern anfangs den Umgang erschweren. In Bezug auf den Umgang mit der typischen „Frauenkrankheit“ Osteoporose fühlen sich die Männer weniger „betroffen“, sondern eher „verwirrt“. Im Allgemeinen berichten die Patienten über eine positive Einstellung zur Krankheit; gleichzeitig haben sie großen Respekt vor möglichen Krankheitsfolgen. Schmerzen/Folgesymptome führen zu Einschränkungen im Alltag. Wenn die Männer die Krankheit in den Alltag integrieren, ist es ihnen ein Anliegen, ihre Selbstständigkeit zu bewahren. Sie begegnen dem alltäglichen Leben mit erhöhter Vorsicht und hoffen stetig, dass sich ihr Zustand verbessert. Weiters spielt die *Ehefrau als Unterstützung* bei der Krankheitsbewältigung für den betroffenen Mann eine bedeutende Rolle. Darüberhinaus hat die *Beziehung zum Arzt/ zur Ärztin*, die *Informiertheit der Patienten* und dessen *Umgang mit Information* über die Krankheit Einfluss auf die Wahrnehmung der Erkrankung. Bei der Aufklärung, Kommunikation und der ärztlichen Kompetenz wurden auf der Beziehungsebene zum Arzt/ zur Ärztin erlebte Defizite aufgedeckt. Wie intensiv die Männer ihre Krankheit wahrnehmen, hängt auch von ihrer Informiertheit ab. Der Umgang mit Information über die Krankheit beinhaltet die selbstständige Informationsbeschaffung bzw. der bestehende Wunsch nach mehr Information. Insgesamt betrachtet deutet vieles darauf hin, dass ein erhöhter Aufklärungsbedarf bezüglich der Krankheit besteht. Dem Mann als Betroffenen muss von Seiten der Ärzte erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden. Spezielle Fortbildungsseminare für praktische Ärzte sollten intensiver angeboten werden, um zu wenig aufgeklärte Männer besser zu informieren.

Abstract

Osteoporosis is known as a widespread bone disease that is cost-intensive and chronic. Osteoporosis has been extensively studied in women, but until recently, it was commonly ignored in men. Qualitative studies, which deal with handling and experiencing the illness particularly concerning men, has not been conducted so far. In the course of this diploma thesis, nine interviews with men suffering from osteoporosis were performed and evaluated according to the content analysis according to Mayring. Two questions were taken into consideration: *1. Which aspects are important while experiencing and handling osteoporosis? 2. Which influence does the health system have on the subjective perception of men concerning the disease?* The results showed, that experiencing and handling osteoporosis of men can be essentially divided into the items *“confrontation with the disease”*, *“conversion of the way of life”* and *“integration into everyday life”*. A coincidental and diagnosis by surprise is common, whereby frequently hidden symptoms in men complicate handling of the disease. Regarding handling the typical „female disorder“, men don't really feel shocked, but they are confused. Generally, the patients report a positive attitude to the disease. At the same time, they largely respect possible negative effects of the disease. Pain and subsequent symptoms lead to restrictions in everyday life. When men integrate the disease into their everyday life, it is very important for them to remain independent. Men are much more careful and they constantly hope that their condition improves. Furthermore, *their wives are very important for support* and they help to cope with the disease in everyday life. In addition, the *relationship with the physician*, the *level of information of the patients* and *dealing with information* concerning the disease influences the perception of the illness. Concerning the fields of education, communication and medical expertise, some major deficits were discovered. How intense patients experience their disease depends also on their level of information. Handling information about the disease comprises the independent supply of information and the existing desire for more information. All in all it must be said, that there is an increased need of enlightenment concerning the disease. Physicians have to pay an increased attention to male patients suffering from osteoporosis. Special advanced training seminars for general practitioners should be offered more intensively, in order to inform too little educated men better.

Begleitbrief

Susanne Kerbl
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

E-Mail: susi_kerbl@gmx.net

September 2008

Sehr geehrte Herren!

Mein Name ist Susanne Kerbl, ich bin 22 Jahre alt und studiere an der Hauptuniversität Wien Pflegewissenschaft. Im Zuge meiner Diplomarbeit versuche ich, Wissen über die Lebensqualität bei Männern mit Osteoporose zu sammeln. Diese Arbeit wird vom Ludwig Boltzmann Institut für Experimentelle und Klinische Traumatologie (Univ.-Prof. Dr. Dr. habil. Martijn van Griensven, [REDACTED]) unterstützt und betreut.

Sehr gerne würde ich mit Ihnen, als Betroffenen, ein offenes Interview durchführen. Dabei bitte ich Sie, mir ganz frei von ihrem Erleben mit der Krankheit zu berichten.

Mit der freiwilligen Teilnahme an meiner Untersuchung, möchte ich Ihnen die Möglichkeit geben, über das Erleben Ihrer Krankheit zu sprechen und im Zuge der Bearbeitung meiner Ergebnisse unter anderem Verbesserungsvorschläge für die Praxis zu sammeln. Erkenntnisse, die erlangt werden, könnten anderen Männern zugute kommen, die zu einem späteren Zeitpunkt an Osteoporose erkranken.

Über den Ort des Gesprächs können Sie entscheiden. Wenn möglich sollte dieser frei von Störungen sein, sodass wir uns in Ruhe unterhalten können. Das Interview wird von mir mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Die Dauer kann natürlich variieren, rechnen Sie bitte mit mindestens einer dreiviertel Stunde.

Ich sichere Ihnen einen vertraulichen Umgang mit ihren Daten zu. Das Interview wird nur von mir bearbeitet und dessen Auswertung dient ausschließlich meiner Diplomarbeit. In der Ergebnisdarstellung werden keine Namen und Orte genannt, so dass ein Rückschluss auf eine Einzelperson nicht möglich ist.

Die Ergebnisse der gesammelten Daten aus den Interviews werden in der Diplomarbeit veröffentlicht. Sollten Sie Interesse daran haben, sende ich Ihnen die Auswertung nach Abschluss der Arbeit gerne zu.

Ich werde mich in den nächsten Tagen nochmals bei Ihnen melden und bitte Sie dann, mir mitzuteilen, ob Sie als Interviewpartner bereitstehen würden.

Bei Fragen stehe ich Ihnen jederzeit unter der obigen Handynummer bzw. E-Mailadresse zur Verfügung.

Mit herzlichen Grüßen und der Hoffnung auf Ihre Mithilfe
Susanne Kerbl

Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung

Informed Consent

Im Zuge meiner Diplomarbeit möchte ich, Susanne Kerbl, Wissen über die Lebensqualität bei Männern mit Osteoporose sammeln.

Mit der freiwilligen Teilnahme an meiner Untersuchung, möchte ich Ihnen die Möglichkeit geben, über das Erleben Ihrer Krankheit zu sprechen und im Zuge der Bearbeitung meiner Ergebnisse unter anderem Verbesserungsvorschläge für die Praxis zu sammeln. Erkenntnisse, die erlangt werden, könnten anderen Männern zugute kommen, die zu einem späteren Zeitpunkt an Osteoporose erkranken.

Diese Arbeit wird vom Ludwig Boltzmann Institut für Experimentelle und Klinische Traumatologie (Univ.-Prof. Dr. Dr. habil. Martijn van Griensven, [REDACTED]) unterstützt und betreut.

Ich sichere Ihnen einen vertraulichen Umgang mit ihren Daten zu. Das Interview und dessen Auswertung dienen ausschließlich meiner Diplomarbeit.

In der Ergebnisdarstellung werden keine Namen und Orte genannt, so dass ein Rückschluss auf eine Einzelperson nicht möglich ist.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Hiermit erkläre ich, _____, dass ich zur Teilnahme an der oben genannten Studie, in Form eines persönlichen Interviews, bereit und mit der Veröffentlichung der Ergebnisse in Susanne Kerbl's Diplomarbeit einverstanden bin.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Lebenslauf

Angaben zur Person:

Name:	Kerbl Susanne
Geburtsdatum:	15.01.1986
Geburtsort:	Deutschlandsberg
Staatszugehörigkeit:	Österreich

Ausbildung:

09/1992 bis 06/1996	Volksschule Ebenthal/Nö
09/1996 bis 06/2004	Bundesrealgymnasium Gänserndorf
10/2004 bis 04/2009	Universität Wien - Studium für Pflegewissenschaft
seit 09/2008	HTL Spengergasse, Abendkolleg für Berufstätige - E-Government and E-Health

Berufserfahrung:

Seit 11/2007	Mitarbeiter im Ludwig Boltzmann Institut für klinische und experimentelle Traumatologie
10/2005 bis 04/2007	Ordinationshilfe bei Medizinalrat Dr. Wolfgang Hebar, 2224 Obersulz
Sommer 2003 und 2004	Ferialpraxis als Ordinationshilfe bei Medizinalrat Dr. Wolfgang Hebar, 2224 Obersulz
Sommer 2002	Ferialpraxis als Zahnarztassistentin bei Dr. Erich Schmöllnerl, 2251 Ebenthal