

Lebensqualität älterer Patienten mit Harninkontinenz in der Hausarztpraxis

Von der Medizinischen Fakultät
der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen
zur Erlangung des akademischen Grades
einer Doktorin der Medizin
genehmigte Dissertation

vorgelegt von

Marike Naumann-Husemeyer geb. Husemeyer

aus

Bonn

Berichter: Frau Professorin
Dr. med. Waltraut Kruse

Herr Universitätsprofessor
Dr. med. Christian Mittermayer

Tag der mündlichen Prüfung: 20. Oktober 2005

Diese Dissertation ist auf den Internetseiten der Hochschulbibliothek online verfügbar.

Die Arbeit wurde von Oktober 2001 bis Oktober 2003
in der
Allgemeinmedizin der
Rheinisch-Westfälisch-Technischen-Hochschule Aachen
unter der Leitung von Frau Prof. Dr. med. W. Kruse
angefertigt.

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	STUDIENTHEMA	2
2.1	Lebensqualität älterer Patienten	2
2.1.1	Definition	2
2.1.2	Psychische und soziale Faktoren	2
2.1.3	Physische Faktoren	3
2.2	Harninkontinenz älterer Patienten	4
2.2.1	Anatomische Verhältnisse des Urogenitaltraktes bei Mann und Frau	4
2.2.2	Definition und Formen	5
2.2.2.1	Belastungsinkontinenz	7
2.2.2.2	Dranginkontinenz	7
2.2.2.3	Überlaufinkontinenz	8
2.2.2.4	Reflexinkontinenz	8
2.2.2.5	Extraurethrale Inkontinenz	8
2.2.2.6	Funktionelle Inkontinenz	8
2.2.2.7	Iatrogene Inkontinenz	9
2.2.3	Basis- und weiterführende Diagnostik der Harninkontinenz	9
2.2.3.1	Basisdiagnostik	9
2.2.3.2	Weiterführende Diagnostik	10
2.2.4	Konservative und operative Therapie und Hilfen der Harninkontinenz	12
2.2.4.1	Konservative Therapie	12
2.2.4.2	Operative Therapie	14
2.2.4.3	Hilfsmittel	17
3	STUDIENPLANUNG	18
3.1	Methode	18
3.1.1	Fragebogen	18
3.1.1.1	Standardisierter Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-12)	18
3.1.1.2	Zusatzfragen	19
3.1.2	Auswertung	19
3.2	Stichprobenauswahl	20
3.2.1	Personenkreis	20
3.2.2	Auswahl der Patienten	20
3.3	Patientenstruktur	20
3.3.1	Alters- und Geschlechtsverteilung	20
3.3.2	Wohnsituation	22

4	ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG	24
4.1	Gesundheitszustand (Ergebnisse des SF-12)	24
4.1.1	Körperlicher Gesundheitszustand	24
4.1.2	Psychischer Gesundheitszustand	25
4.2	Zusatzfragen	26
4.2.1	Beschwerdedauer	26
4.2.2	Harninkontinenzformen	26
4.2.3	Mittel und Hilfen	28
4.2.3.1	Vorlagen	28
4.2.3.2	Beckenbodengymnastik	29
4.2.3.3	Medikamenten-Therapie	30
4.2.4	Beschwerdehäufigkeit	31
4.2.4.1	Am Tag	31
4.2.4.2	In der Nacht	32
4.2.4.3	Harnverluste am Tag und Medikamentennutzung	32
4.2.4.4	Harnverluste in der Nacht und Medikamentennutzung	33
4.2.5	Begleit-Erkrankungen	34
4.2.6	Problemansprache	35
4.2.6.1	Arzt und Patient	35
4.2.6.2	Bekannte und Freunde	36
4.2.7	Zufriedenheit mit dem Arzt	37
4.2.8	Partnerschaft	37
4.2.8.1	Körperlicher Kontakt	38
4.2.8.2	Aktivitäten des Partners	39
4.2.8.3	Einflüsse der HI auf die Partnerschaft	40
4.2.9	Zukunftsgefühl	41
5	DISKUSSION	42
5.1	Stichprobenzusammensetzung	42
5.2	Vergleich physischer und psychischer Gesundheitszustand bei HI	42
5.3	HI-Erfassung	43
5.3.1	Vorkommen	43
5.3.2	Beeinflussende Faktoren Multimorbidität und Multitherapie	44
5.3.3	Hilfsmittelnutzung und Therapie	44
5.3.3.1	Vorlagen	44
5.3.3.2	Beckenbodengymnastik	44
5.3.3.3	Medikamentöse Therapie	45
5.3.3.4	Weitere Therapiemöglichkeiten	46
5.3.4	Einfluss der HI auf Partnerschaft und soziales Leben	46
5.4	Arzt-Patienten-Verhältnis bei HI	47

6	ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNG	49
6.1	Harninkontinenz	49
6.2	Lebensqualität mit HI	49
6.3	Arzt – Patienten – Verhältnis bei Harninkontinenz	50
7	ANHANG	51
7.1	Fragebogen zur Befragung der Patienten	51
8	LITERATURVERZEICHNIS	55
9	DANKSAGUNG	62
10	CURRICULUM VITAE	63

1 Einleitung

Die Harninkontinenz ist ein sehr weit verbreitetes Problem vor allem der älteren Bevölkerung. Es existieren wenige exakte Zahlen bei dem Problem einer hoch vermuteten Dunkelziffer (Temml C, 2000).

Sie wird trotz umfangreicher Studien und Aufklärungen seit Längerem immer noch stark von der Gesellschaft und den Betroffenen tabuisiert (Füsgen I, 1999b).

Die Probleme mit der Harninkontinenz-Symptomatik, ihre Tabuisierung in der Gesellschaft und die Form der Betreuung der Betroffenen durch ihren Hausarzt haben großen Einfluss auf die Lebensqualität der älteren, harninkontinenten Patienten (Robinson D, 1998).

Es gibt bereits eine größere Anzahl von Studien, die sich mit der Thematik „Harninkontinenz und ihre Auswirkung auf die Lebensqualität“ beschäftigen.

Die meisten davon untersuchen spezielle Fragestellungen, wie z.B. Harninkontinenz mit und/oder nach malignen Erkrankungen oder speziellen Therapien.

Im Fokus dieser Studie steht die Untersuchung, in wie weit die Lebensqualität älterer Patienten, die ohne maligne Erkrankungen des Urogenitaltraktes noch weitestgehend körperlich mobil und geistig fit sind, durch Harninkontinenz eingeschränkt wird.

Die vorliegende Studie liefert somit einen ergänzenden Beitrag zur weit gefächerten Literatur der Lebensqualitätsforschung im Alter unter Berücksichtigung einer hausärztlichen Betreuung und deren Bedeutung für den Patienten mit diesem Krankheitsbild.

Dazu wurden 126 Patienten zwischen 60 und 99 Jahren (Männer und Frauen, selbstständig wohnend oder betreut) mit Hilfe eines Fragebogens befragt. Es wurden subjektive Gegebenheiten zur Harninkontinenz-Problematik, zum physischen und psychischen Gesundheitszustand und zum Arzt-Patienten-Verhältnis bezüglich der Harninkontinenz festgehalten.

Bei der Darstellung der Ergebnisse wurde nach Altersgruppen und/oder der Harninkontinenz-Form unterschieden, um eventuelle Differenzen und Auffälligkeiten aufzuzeigen.

2 Studienthema

2.1 Lebensqualität älterer Patienten

2.1.1 Definition

Es liegt noch keine allgemein anerkannte Begriffsbestimmung für die Lebensqualität vor, da es vielfältige Probleme gibt, sie verbindlich zu definieren.

Die wesentlichen Komponenten der Lebensqualität sind jedoch bereits in der Definition des Begriffs „Gesundheit“ der Weltgesundheitsorganisation enthalten:

„Gesundheit ist nicht allein Abwesenheit von Krankheit, sondern ein Zustand vollkommenen sozialen, psychischen und physischen Wohlbefindens.“ (Hasford, 1991).

Was die Lebensqualität einer Person konkret ausmacht, hängt davon ab, welche Faktoren für welche Personen bedeutsamer oder weniger wichtig sind (Hofmann S, 1991).

Es ergibt sich, dass die Faktoren, anhand derer die Lebensqualität gemessen wird, von älteren Patienten anders gewichtet werden als von Jüngeren.

Von einem „Zustand vollkommenen Wohlbefindens“ sind die meisten Älteren naturgemäß durch körperliche Beeinträchtigungen weiter entfernt als die Jüngeren.

In der Situation des älteren Patienten sind das Maß der Beeinträchtigung und der Umfang der Kompensation durch andere Faktoren wichtig.

Um Aussagen über die Lebensqualität treffen zu können, ist es wichtig, ihre Bemessungsfaktoren benennen zu können.

In der Vergangenheit hat es sich als sinnvoll erwiesen, die einzelnen Faktoren, trotz starker gegenseitiger Einflussnahme, in psychosoziale und physische Komponenten einzuteilen.

2.1.2 Psychische und soziale Faktoren

Psychische und soziale Faktoren sind im Alter von umfassender Bedeutung. Dazu gehören die Vitalität mit der individuellen Belastbarkeit, die soziale Funktionsfähigkeit mit Bewältigungsvermögen und die emotionale Rollenfunktion als soziales Unterstützungspotenzial sowie der Partner, die Familie, Freunde und Bekannte. Sie haben entscheidenden Einfluss auf das seelische Wohlbefinden, auf das psychische und körperliche Krankheitsrisiko und die Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und Selbstversorgung der Älteren.

Dies gilt vor allem dann, wenn durch eingetretene Behinderung oder ungünstige Umweltbedingungen physische Schwächen ausgeglichen werden müssen.

Gerade im Alter hat der Patient mit neuen Belastungen und deren Bewältigung zu tun.

Neben dem Ausgliederungsprozess aus dem Beruf oder den Verpflichtungen in der Familie kommen Veränderungen der Lebensbedingungen und des Lebensstils z.B. durch Tod des Lebenspartners, von Freunden und die damit verbundene Reduktion der sozialen Bindungen hinzu. Auch Statusverlust und eine reduzierte ökonomische Situation sowie nicht zuletzt die meist nachlassende körperliche Funktion beeinträchtigen das psychische Wohlbefinden erheblich (Häfner H, 1986).

Neben den sozialen Kontakten ist für den älteren Patienten die Bewältigung des Alltags das Wichtigste. Das Maß der Akzeptanz der Schwierigkeiten bei dieser Bewältigung trägt entscheidend zur seelischen Zufriedenheit bei (Thomae H, 1987).

Ein wichtiger Aspekt bei der Einschätzung der Lebensqualität ist daher auch die subjektive Einstellung zum eigenen Gesundheitszustand. Innerhalb einer gerontopsychologischen Longitudinalstudie der Universität Bonn (Lehr U & Thomae H, 1987) wurde deutlich, dass ein großer Teil der alten Menschen, die ihren Gesundheitszustand besser einschätzten als er

objektiv war, eine längere Überlebensdauer hatten. Es fand sich bei den untersuchten alten Menschen ein engerer Zusammenhang zwischen subjektivem Gesundheitszustand und Überlebensdauer als zwischen objektivem Gesundheitszustand und Überlebensdauer. Persönlichkeiten, die mehr Interessen aufwiesen, aktiver, sicherer und verantwortungsbereiter waren, hatten eine wesentlich höhere Überlebensdauer als Persönlichkeiten, die durch wenig Interesse, geringe Zukunftsperspektiven und Passivität gekennzeichnet waren.

2.1.3 Physische Faktoren

Zu den physischen Faktoren gehören die körperliche und geistige Funktionsfähigkeit und Mobilität, die körperliche Rollenfunktion in Selbstständigkeit und Selbstversorgung, die Schmerzwahrnehmung mit Beschwerden und, wie bei den psychischen Faktoren, die allgemeine Gesundheitswahrnehmung (Bullinger M, 1998a).

Sie sind für das körperliche Wohlbefinden und für die Lebensbefindlichkeit der Älteren von großer Bedeutung und können sich daher auch auf das seelische Wohlbefinden entscheidend auswirken.

Mit zunehmendem Alter nimmt die Zahl der Einschränkungen der oben genannten Faktoren durch degenerative Prozesse und alterstypische Krankheiten zu. Diese Einschränkungen ziehen oft andere Funktionseinbußen nach sich, die die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Patienten bedrohen. Krankheiten des Bewegungsapparates, die mit Schmerz und Bewegungsbehinderung einhergehen, sowie Herz-Kreislaufinsuffizienz fördern Immobilität und Instabilität der Patienten. Medikamente in steigender Anzahl können zusätzlich zu iatrogenen Störungen und Nebenwirkungen führen. Nicht zuletzt beeinflussen intellektueller Abbau und Inkontinenz die physischen Faktoren erheblich (Füsgen I, 1999a).

2.2 Harninkontinenz älterer Patienten

2.2.1 Anatomische Verhältnisse des Urogenitaltraktes bei Mann und Frau

Goepel M (2001): „Die Hauptaufgabe der Harnblase ist die Urinspeicherung. Zusätzlich sorgt sie in einem komplizierten Zusammenspiel mit den verschiedenen Schließmuskelgruppen für eine koordinierte Harnentleerung. Die normale Speicherkapazität der Harnblase liegt beim Erwachsenen zwischen 350 und 500 ml ... Die Harnblase liegt bei beiden Geschlechtern direkt hinter dem Schambein ... Im Bereich des Blasenausgangs wird der Beginn der Harnröhre bei beiden Geschlechtern vom inneren Schließmuskel umfasst ... Kurz vor dem äußeren Harnröhrenaussgang umschließt der äußere Schließmuskel, der willkürlich betätigt werden kann, als Teil des muskulären Beckenbodens die Harnröhre ... Der Beckenboden ist die Muskelgruppe, die wir durch Kneifen aktivieren können und beim Beckenbodentraining bewusst ansprechen ... Der Harnblasenmuskel selbst wird als glatter Muskel von dem Teil des Nervensystems gesteuert, das nicht durch den menschlichen Willen beeinflusst werden kann (autonomes Nervensystem). Der äußere Blasenschließmuskel als Teil der Beckenbodenmuskulatur besteht aus quergestreiften Muskelfasern, die vom willkürlichen Nervensystem gesteuert werden. So kann auch bei voller Blase das Wasserlassen für eine gewisse Zeit verhindert werden. Dabei kommen hemmende Einflüsse, die vom Gehirn über das Rückenmark auf das Zentrum der Blasennerven einwirken, neben der willkürlichen Kontraktion des äußeren Schließmuskels zur Wirkung.“

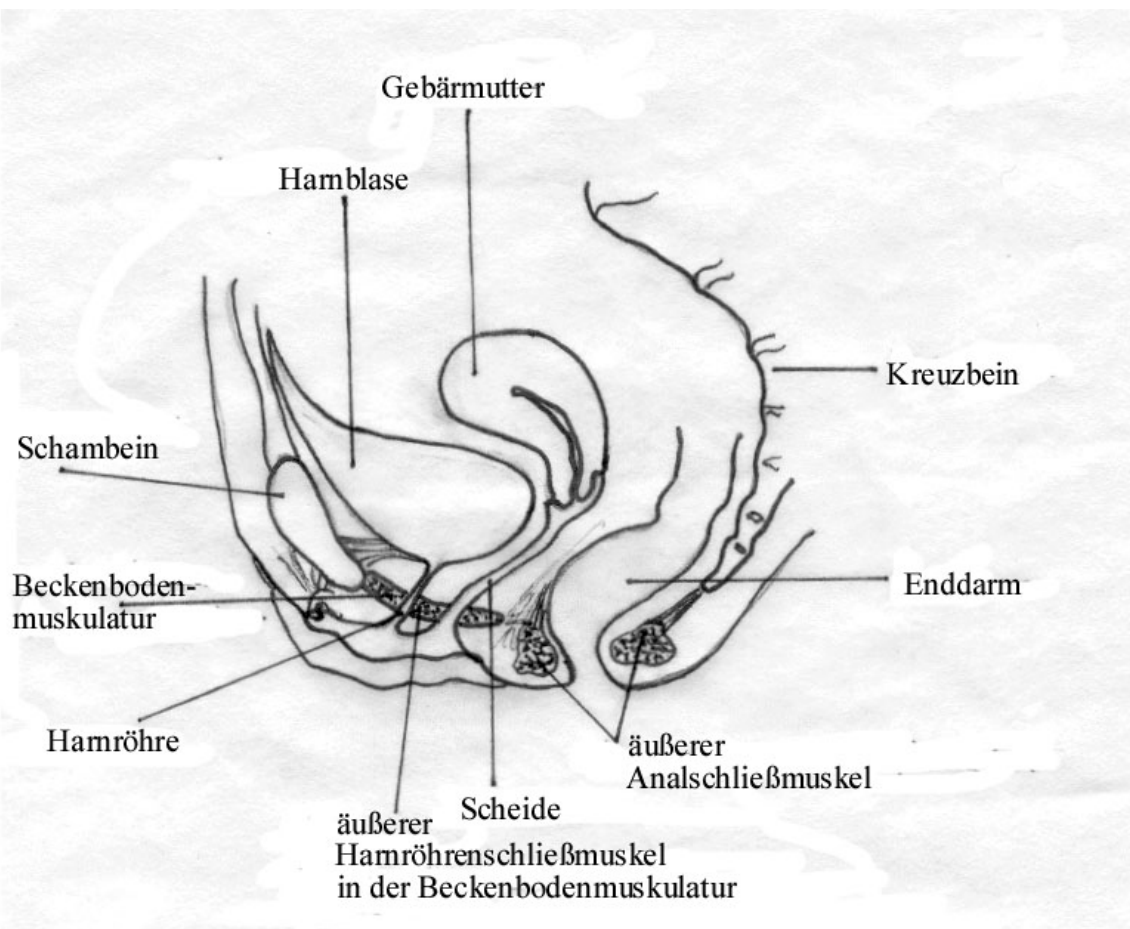


Abb. 2.1 Querschnitt durch die Beckenorgane der Frau

Bei der Frau liegt die Harnblase in direkter Nachbarschaft zu Scheide und Gebärmutter (s. Abb. 2.1). Die weibliche Harnröhre ist 2,5 - 4 cm lang.

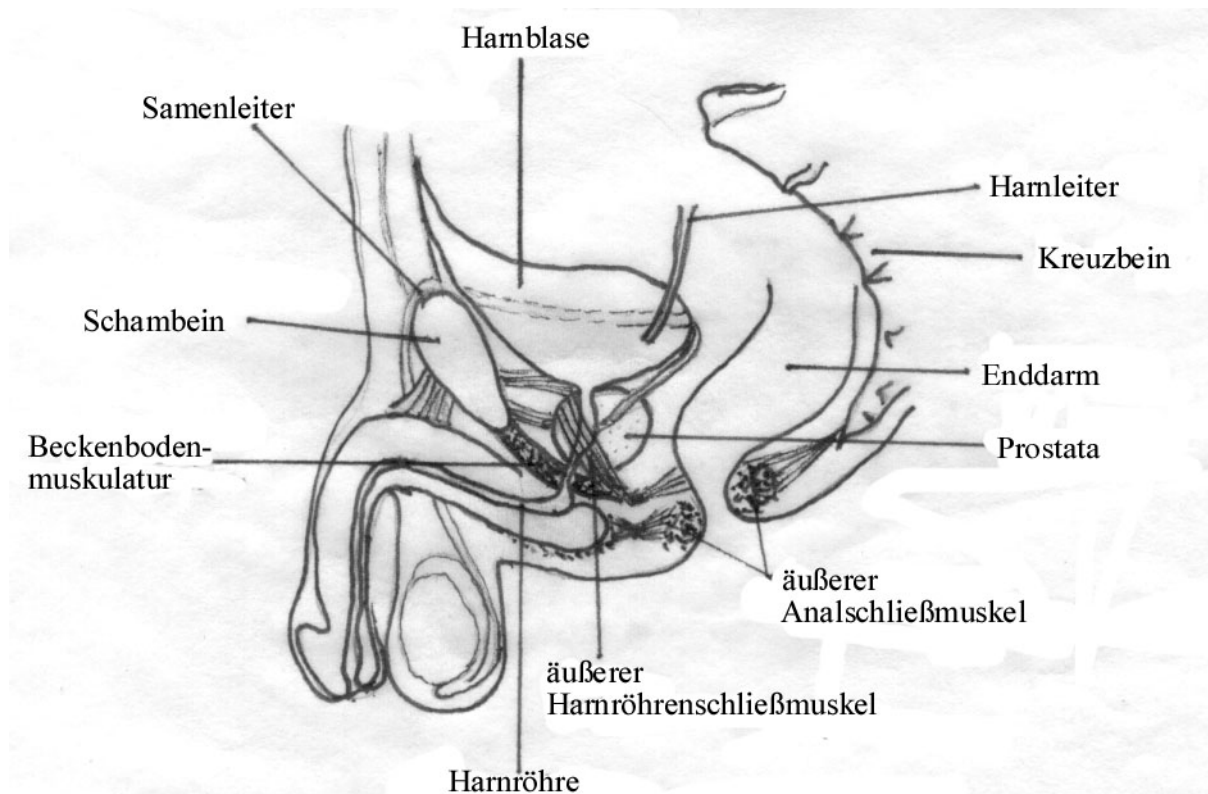


Abb. 2.2 Querschnitt durch die Beckenorgane des Mannes

Beim Mann liegt die Harnblase oberhalb der Vorsteherdrüse (Prostata) vor dem Enddarm (s. Abb. 2.2). Der Teil der männlichen Harnröhre unterhalb vom inneren Schließmuskel wird von der Prostata umgeben.

2.2.2 Definition und Formen

Die Harninkontinenz (HI) definiert die Internationale Kontinenz-Gesellschaft als einen Zustand, bei dem objektiv nachgewiesener, unfreiwilliger Harnverlust ein soziales und hygienisches Problem darstellt (ICS, 1976).

HI beim älteren Patienten ist häufig eine Begleiterkrankung neben anderen behandelten Erkrankungen. Ab dem 60. Lebensjahr steigt der Anteil inkontinenter Patienten deutlich an. In einer statistisch relevanten Studie mit 6.600 älteren Patienten in 347 Arztpraxen von Hausärzten und Urologen in der gesamten Bundesrepublik wurde belegt, dass fast jeder zweite Patient über 50 Jahre darunter zu leiden hat (Männern 41 Prozent, Frauen 65 Prozent). Bei Betrachtung der einzelnen Altersstufen zeigte sich eine deutliche Zunahme der HI: Während bei den 50-59-Jährigen etwa 27 Prozent betroffen sind, sind es bei den 80-84-Jährigen 73 Prozent. Auch hier zeigte sich wieder ein deutliches Überwiegen weiblicher Betroffener mit 75,5 gegenüber 69,2 Prozent bei Männern. Besonders bedrückend ist, dass gerade die Altersgruppe der 50-75-Jährigen nur selten mit ihrem Arzt über das Problem „Inkontinenz“ gesprochen hatte.

Fast 50 Prozent der Betroffenen hatten sich mit ihrem Arzt noch nie über dieses Thema unterhalten, obwohl etwa 60 Prozent bereits länger als einen Monat unter HI litten, 45 Prozent sogar über ein Jahr. Nicht unerwartet ergab diese Untersuchung, dass nicht einmal bei der Hälfte der Betroffenen eine Therapie und ausreichende Versorgung sicher gestellt war (Füsgen I, 1996).

Es wird deutlich, dass dieses Thema auch heute noch stark tabuisiert ist. Vielen Patienten ist es unangenehm, sie fühlen sich nicht behandlungsbedürftig oder wissen nicht, dass ihnen geholfen werden kann.

Die HI ist vor allem für ältere Patienten mit einer Reihe von schwerwiegenden Folgen verbunden. Die Patienten isolieren sich aus Angst und Scham aus unserer Gesellschaft. Dies fördert die Immobilität und den intellektuellen Abbau. Begleitet wird dies von negativen Veränderungen des Gesamtzustandes z. B. mit stärkerer Neigung zu Infekten und Exsikkose (Füsgen I, 1999b).

Auf Vorschlag der Internationalen Kontinenz-Gesellschaft (ICS, 1976) werden folgende fünf Hauptformen der HI unterschieden:

- Belastungsinkontinenz (früher Stressinkontinenz)
- Dranginkontinenz (Urge-Inkontinenz)
 - Ungehemmte neuropathische Blase (supraspinale Reflexblase)
- Überlaufinkontinenz
- Reflexinkontinenz
(beim älteren Patienten weniger entscheidende HI-Form)
- Extraurethrale Inkontinenz
(beim älteren Menschen weniger entscheidend)

Beim älteren Patienten werden zwei weitere Inkontinenzformen aufgeführt:

- Funktionelle Inkontinenz
- Iatrogene Inkontinenz

Allgemein werden vier Auslösemechanismen benannt, die sowohl isoliert als auch in Kombination auftreten können:

- Nervale Steuerungsdefekte (z.B. infolge von Diabetes mellitus oder zerebralen Erkrankungen wie Parkinson und Alzheimer-Demenz) führen zu Detrusordysfunktion (Dranginkontinenz, supraspinale Reflexblase) (Melchior H, 1996)
- Lokale Veränderungen im Alter, beim Mann vor allem die Prostatahyperplasie (Steffens J, 1998) und bei der Frau die Beckenbodenschwäche durch Deszensus und Atrophie (Mink D, 1998) führen zur Überlaufinkontinenz bzw. zur Belastungsinkontinenz
- Koordinationsstörungen des Miktionsablaufs, vor allem hervorgerufen durch Multimorbidität, Immobilität sowie Umfeldgegebenheiten und Psychosoziale Probleme, führen zur funktionellen Inkontinenz (Welz-Barth A, Füsgen I, 1995)
- Iatrogene Einflüsse auf den Miktionsablauf, hervorgerufen durch viele Medikamente bei Multimorbidität, die Nebenwirkungen auf die Blasenfunktion haben können, führen zur iatrogenen Inkontinenz (Welz-Barth A, Füsgen I, 1995)

2.2.2.1 Belastungsinkontinenz

Als Belastungsinkontinenz wird der ungewollte Verlust meist kleiner Urinmengen bei körperlicher Belastung mit steigendem intraabdominellen Druck bezeichnet.

Es sind 3 Schweregrade definiert:

Grad I: Gelegentlicher Harnabgang bei Husten, Lachen, Niesen bzw. schwerer körperlicher Arbeit;

Grad II: Harnabgang beim Gehen, Treppensteigen, Heben, Tragen bzw. leichter körperlicher Arbeit;

Grad III: Permanenter Harnabgang auch in Ruhe.

Diese Form der Inkontinenz kommt als zweithäufigste insbesondere bei älteren Frauen vor (Resnick, 1995,1996).

Die Belastungsinkontinenz kommt allgemein durch eine Schwäche des Blasensphinkters zustande. Diese Schwäche kann Folge von verschiedenen Ursachen sein. Durch lokale degenerative Veränderungen kommt es zu einer zunehmenden Gewebsschwäche.

Auch traumatische Ereignisse (z.B. Geburten) können durch Senkungen des Blasenhalbes zur Beeinträchtigung der Funktion der Beckenbodenmuskulatur führen und sich negativ auf den Sphinkter auswirken. Überforderungen des Beckenbodens z.B. durch Übergewicht oder schwere körperliche Arbeit verstärken häufig die Sphinkterschwäche. Bei Frauen kann auch ein im Klimakterium einsetzender Östrogenmangel dieses Problem auslösen oder verstärken (Pientka L & Salm B, 2000).

2.2.2.2 Dranginkontinenz

Bei der Dranginkontinenz handelt es sich um einen plötzlich auftretenden imperativen Harndrang mit spontanem Abgang meist größerer Mengen von Urin. Die Patienten sind nicht mehr in der Lage, das Wasserlassen bis zum Erreichen der Toilette zu verzögern.

Charakteristisch sind außerdem Pollakisurie (häufiges Wasserlassen) und Nykturie (vermehrtes nächtliches Wasserlassen).

Beim älteren Patienten liegt häufig eine Detrusorhyperaktivität vor.

Sie ist Folge nervaler Steuerungsdefekte (z.B. bei Diabetes mellitus) oder Störungen des zentralen Nervensystems (z.B. beim Morbus Parkinson) und tritt isoliert oder in Kombination mit urogenitalen Veränderungen (z.B. rezidivierenden Harnwegsinfekten) auf (Pientka L & Salm B, 2000).

Die **ungehemmte neuropathische Blase (supraspinale Reflexblase)** stellt eine Unterform der Dranginkontinenz da.

Bei ihr verliert der Patient die Kontrolle über den Urinabgang. Er ist weder in der Lage die gefüllte Blase zu entleeren, noch, bei einsetzendem Harndrang, das Wasserlassen zu unterdrücken und die Blasenentleerung zu verhindern (Melchior H, 1996).

Ursachen sind degenerative oder vaskuläre Erkrankungen des Großhirns. Durch Hirnatrophie (Alzheimer-Demenz), zerebrovaskuläre Insulte (Schlaganfälle des Gehirns) oder M. Parkinson verliert der Patient die Kontrolle über das Miktionszentrum im Hirnstamm (Schultz-Lampel D & Thüroff JW, 1997).

2.2.2.3 Überlaufinkontinenz

Bei der Überlaufinkontinenz kommt es zu ungewolltem Harnverlust durch Überfüllung und Überdehnung der Blase. Die betroffenen Patienten, überwiegend Männer, klagen über ständig träufelnden Harnverlust, eine Abschwächung des Harnstrahls, Pollakisurie und vermehrten Harndrang.

Ursachen der Überlaufinkontinenz sind mechanische Obstruktionen der unteren Harnwege (z.B. bei Prostatahyperplasie, Harnröhrenstriktur) oder myogene Detrusoratonie (funktionelle Austreibungsschwäche) im Rahmen neurodegenerativer Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Überdehnung des Blasenmuskels (Pientka L & Salm B, 2000).

2.2.2.4 Reflexinkontinenz

Bei der Reflexinkontinenz kommt es zu selbstständigen, intermittierenden und unkontrollierten Blasenkontraktionen mit unwillkürlichem Urinabgang durch nicht kontrollierbare Nervenreflexe.

Eine Reflexinkontinenz ist die Folge von akuten oder chronischen Spinalerkrankungen (entzündlich, traumatisch z.B. Querschnittslähmungen, degenerativ, etc.) mit Zerstörung des ersten motorischen Neurons der Blasenfunktion (McGuire EJ, Ohl DA, Noll F, 1997).

2.2.2.5 Extraurethrale Inkontinenz

Bei der extraurethralen Inkontinenz kommt es zu ständigem und unwillkürlichem Harnträufeln aus einer Fehlanlage der Harnwege oder durch erworbene pathologische Fistelgänge. Sie besteht beim Vorliegen einer Ureter-Scheiden-Fistel, Blasen-Scheiden-Fistel oder einer Ureterektomie (angeborene Harnröhrenfehlbildung) (Füsgen I & Melchior H, 1997).

Ursächlich im Alter können auch Ureter- oder Blasenfisteln nach operativen Eingriffen, Strahlenbehandlung sowie durch entzündliche oder neoplastische Prozesse sein (Melchior H, 1996).

2.2.2.6 Funktionelle Inkontinenz

Bei der funktionellen Inkontinenz haben wir urologisch unauffällige Patienten. Sie ist eine Form, der HI, die überwiegend im Alter auftritt. Die Patienten leiden gehäuft unter imperativem Harndrang, der vor allem auch durch emotionale Faktoren (z.B. Erregung) beeinflusst wird. Die Beschwerden treten vornehmlich am Tage auf.

Die Patienten empfinden kaum Erleichterung nach der Miktion.

Ursächlich können neurohormonelle Faktoren wie vegetative Dysregulation, sinkende Östrogenproduktion sowie psychosoziale Faktoren wie fehlende Motivation, Veränderung der Lebenssituation, zunehmende Abhängigkeit von anderen Personen gemeinsam mit altersphysiologischen Veränderungen sein. Auch Umgebungsfaktoren (z.B. entfernter Weg zur Toilette, Übersiedlung in eine andere Wohnsituation) und zunehmende Immobilität verstärken die Problematik (Füsgen I, 1995b).

2.2.2.7 Iatrogene Inkontinenz

Viele ältere Patienten leiden unter mehreren medikamentös zu behandelnden Erkrankungen. Die im Alter häufig parallel eingesetzten Medikamente gegen Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Morbus Parkinson, Schmerzen, Schlafstörungen etc. haben Nebenwirkungen, die zu Störungen im Miktionsablauf führen können. Folgende häufig verordnete Medikamente haben Einfluss auf die Kontinenz:

• Diuretika	→	Polyurie, Pollakisurie, nächtliche Diurese, Drang
• Kalziumantagonisten / Alphaadrenergika	→	Harnverhalt
• ACE-Hemmer	→	Begünstigung einer Streßinkontinenz
• Betablocker, Cholinergika	→	Erhöhung der Detrusorkontraktilität
• Digitalis	→	Fragliche Steigerung der Blasenkontraktilität
• Anticholinergika	→	Harnverhalt, Überlaufinkontinenz, Verwirrtheit
• Anti-Parkinsonmittel	→	anticholinerg, Sedierung
• Antidepressiva	→	anticholinerg, Sedierung
• Schmerzmittel	→	Harnverhalt, Sedierung, Verwirrtheit
• Sedativa, Schlafmittel	→	Sedierung, Verwirrtheit, Immobilität

(Füsgen I, 1999)

2.2.3 Basis- und weiterführende Diagnostik der Harninkontinenz

Wichtig für eine erfolgreiche HI-Therapie beim älteren Patienten ist eine systematische, stufenweise Diagnostik, wobei dem Allgemeinmediziner/ Hausarzt eine entscheidende Rolle für die Basisdiagnostik zukommt und eine vertiefende und differenzierte Diagnostik dem Spezialisten obliegt.

Durch die Basisdiagnostik sind 85-90 % der Betroffenen so weit abzuklären, dass mit konservativen Therapiemaßnahmen durch den Hausarzt begonnen werden kann.

Nur etwa 10-15 % der älteren Patienten benötigen eine spezielle Diagnostik, insbesondere eine urodynamische Untersuchung als Grundlage für eine sinnvolle Therapie (Madersbacher H, 1996).

2.2.3.1 Basisdiagnostik

Die Basisdiagnostik beim Hausarzt sollte eine Objektivierung der HI zum Ziel haben und ihre Ursachen und beeinflussenden Faktoren erfassen. Sie sollte zunächst einen groben Überblick über den Patienten, seinen Zustand, Mobilität und kognitive Fähigkeiten schaffen. Wichtig ist als erstes eine Unterscheidung zwischen temporärer (z.B. durch einen Harnwegsinfekt oder iatrogene Einflüsse) und dauernder HI. Die Ursachen der temporären HI lassen sich häufig einfach beheben und brauchen keinen Spezialisten und aufwendige Diagnostik.

Außerdem sollte mit der Basisdiagnostik eine möglichst weitgehende Einschränkung zwischen Belastungs-, Drang- und Überlaufinkontinenz möglich werden.

Dazu gehört eine ausführliche und gezielte Anamnese, eine gezielte klinische Untersuchung, sowie eine Harnuntersuchung und ein Miktionsprotokoll (Füsgen I, 1998).

Die Anamnese sollte beinhalten, wann und wie es wie zu ungewolltem Harnverlust kommt. Bei körperlicher Belastung auftretender Harnverlust deutet auf eine Belastungsinkontinenz hin. Wiederholt auftretender, plötzlich starker Harndrang, sowohl tagsüber als auch nachts, ist wegweisend für die Dranginkontinenz. Auch das Stuhlverhalten der Patienten ist wichtig, da dieses eine HI beeinflussen kann. Wichtige Punkte sind ebenso die Krankenvorgeschichte mit

Operationen, Begleiterkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Schmerzen) und regelmäßig eingenommene Medikamente. Die körperliche Untersuchung sollte bei Mann und Frau die äußeren und inneren Geschlechtsorgane, das Rektum (Ausschluss eines Rektumkarzinoms) und den gesamten Patienten erfassen.

Bei der Frau ist besonders auf einen Vorfall der Gebärmutter, eine Gewebeschwäche der vorderen und /oder hinteren Scheidenwand und eine Zystozele/ Rektozele zu achten.

Beim Mann sollte vor allem die Prostata beurteilt werden.

Die Untersuchung des Urins ist ein weiterer Schritt in der Basisdiagnostik.

Harnwegsinfektionen können so leicht erkannt und therapiert werden.

Ein weiteres wichtiges diagnostisches Hilfsmittel ist das Miktionsprotokoll.

Es werden Häufigkeit von Toilettengängen, Inkontinenz- und Drangepisoden, sowie Trinkmengen und verwendete Vorlagen erfragt. Meistens kann das Miktionsprotokoll weitere Hinweise zur Differenzierung der Diagnostik geben und als Basis für therapeutische Ansätze dienen (Hohenfellner M, Dahms E, Hampel C, 2002).

Die Sonographie des oberen Harntraktes (Nieren und Harnleiter) und der Blase schließt den Teil der Basisdiagnostik ab. Sie bringt Aufschluss über pathologische Auffälligkeiten an Niere und Blase, wie z.B. eine verdickte Blasenwand oder Hinweise auf Blasentumore, und dient dem Nachweis von Restharn, der eine weitere diagnostische Differenzierung erlaubt (Kölbl H, 2000).

Bei bestimmten Befunden sollte eine direkte Weiterleitung zu einem Spezialisten erfolgen. Dazu gehören die Prostatavergrößerung, ein therapieresistenter Harnwegsinfekt, eine Hämaturie, Genitalveränderungen, ein pathologischer Sonographiebefund, sowie ein Versagen der Primärtherapie (Füsgen I, 1998). Weitere Gründe wären neurologische Erkrankungen oder Stoffwechselerkrankungen, welche den Urogenitaltrakt betreffen.(Madersbacher H, 2002a).

2.2.3.2 Weiterführende Diagnostik

Eine weiterführende Diagnostik ist dann angezeigt, wenn die Basisdiagnostik keine ausreichende Differenzierung zwischen Drang- und Belastungsinkontinenz erlaubt oder einer/ mehrere der oben beschriebenen Befunde vorliegen.

Die weiterführende Diagnostik sollte immer vom Facharzt durchgeführt werden.

Der diagnostische Ansatz sollte das Alter des Patienten einbeziehen. Insgesamt sollte für den älteren Patienten immer der Grundsatz gelten:

„So viel Diagnostik wie nötig, aber so wenig Diagnostik wie möglich.“ (Kruse W, 1987).

Die weiterführende Diagnostik dient der differenzierten Analyse der ätiologischen Faktoren der Miktionsstörungen und ermöglicht eine ursachenorientierte Therapie.

Sie umfasst die Urodynamik, die radiologischen Untersuchungen des oberen und unteren Harntraktes und die Endoskopie von Harnröhre und Harnblase.

Urodynamik

Zu den urodynamischen Untersuchungsverfahren gehören die Harnflussmessung (Uroflowmetrie), die Blasendruckmessung (Zystomanometrie), die Druck-Fluss-Messung (Miktiometrie), Elektomyographie (MEG) des Beckenbodens und das Harnröhrendruckprofil (Urethrometrie). Die Untersuchungen werden zum Teil simultan und zum Teil hintereinander durchgeführt (Alloussi S, 1998).

Die Harnflussmessung ist die einfachste und einzige nichtinvasive Methode der urodynamischen Untersuchungen. Sie ist bei dem Verdacht einer Blasenentleerungsstörung, gleich welcher Ursache, angezeigt. Pathologische Harnflussmuster geben Aufschluss über

Morphologie und Funktion des Blasenmuskels sowie der Harnröhre und geben ausserdem Hinweis auf Obstruktionen oder Detrusor-Sphinkter-Dyssynergien.

Die Blasendruckmessung ist eine der wichtigsten Untersuchungen zur differentialdiagnostischen Abklärung von Blasenfunktionsstörungen. Mit ihr wird die qualitative und quantitative Funktion des Blasenmuskels analysiert.

Es werden die Blaseninnervation (Hinweis auf neurogene Blase), die Kapazität (Restharnmessung und Hinweise auf Dranginkontinenz), die Stabilität (Hinweise auf Dranginkontinenz, Belastungsinkontinenz, Blasenentzündung, Blasentumor) und die Dehnbarkeit (Hinweis auf neurogene Blase) des Blasenmuskels beurteilt.

Die Druck-Fluss-Messung ist von Bedeutung für die Differenzierung von Blasenentleerungsstörungen und zur Objektivierung von verschiedenen infravesikalen Obstruktionen geeignet (z.B. Prostatahyperplasie, Harnröhrenstriktur).

Elektromyographie

Die Elektromyographie (MEG) des Beckenbodens registriert die elektromyographische Aktivität der Beckenboden- und Sphinkter-externus-Muskulatur. Sie wird meist simultan zur Druck-Fluss-Messung durchgeführt. Indikation ist der Verdacht auf neurologische Erkrankungen mit assoziierter Blasenfunktionsstörung.

Harnröhrendruckprofil-Messung

Die Harnröhrendruckprofil-Messung lässt quantitative Aussagen über den urethralen Verschlussmechanismus zu und kann einen direkten Nachweis über eine Harnröhrenverschlussinsuffizienz (Belastungsinkontinenz) bringen.

Der Stellenwert der Messung des Harnröhrendruckprofils wird allerdings diskutiert. Schwere Formen der Belastungsinkontinenz werden schon bei der Blasendruckmessung objektiviert. Die leichteren Formen können nicht immer über das Harnröhrendruckprofil dokumentiert werden. Es können jedoch Ursachen für die Belastungsinkontinenz, z.B. verminderter maximaler Harnröhrenverschlussdruck oder eine verminderte Kontraktionsleistung der Beckenboden/ Sphinkter-Muskulatur, erkannt werden.

Diese urodynamische Messung wird vorwiegend noch in der experimentellen Urologie eingesetzt (Jonas U, Heidler H, Höfner K, Thüroff JW, 1998).

Ausscheidungsurographie

Die weiterführende Diagnostik umfasst auch die radiologische Untersuchung von Nieren und ableitenden Harnwegen, die so genannte Ausscheidungsurographie. Sie wird in Kombination mit intravenös verabreichten Kontrastmitteln durchgeführt. Sie dient der Beurteilung morphologischer und topographischer Veränderungen im Bereich des oberen Harntraktes. Es können Hinweise auf Steine, die für das Vorliegen einer Drangsymptomatik verantwortlich sein können, auf ossäre Veränderungen (z.B. Metastasen), Form, Größe und Lage der Nieren, der ableitenden Harnwege und die Wanddicke der Blase geliefert werden.

So können auch angeborene Anomalien, die z.B. zu einer „extraurethralen Inkontinenz“ führen, nachgewiesen werden. Die Ausscheidungsurographie bietet jedoch nur eine begrenzte Aussagekraft für die Funktionsanalyse des unteren Harntraktes und ist bei der Abklärung der HI nur selten erforderlich.

Miktionsurethrographie

Wichtige Informationen über Morphologie und Funktionsabläufe im Bereich des unteren Harntraktes liefert als zusätzliche Untersuchung die Miktionsurethrographie.

Bei dieser Untersuchung wird transurethral (durch die Harnröhre) Kontrastmittel in die Blase gefüllt. Es wird die Form und Position von Harnblase und Harnröhre der Ruhephase und

während des Wasserlassens beobachtet. Es können Aussagen zur eventuellen Blasensenkung und Mobilität des Blasenhalses als Tendenz für die Inkontinenz gemacht werden.

Urethrozystoskopie

Die endoskopische Spiegelung von Harnröhre und Harnleiter (Urethrozystoskopie) ist eine weitere Untersuchung in der Abklärung der HI. Sie ist indiziert bei Verdacht auf eine Dranginkontinenz zum Ausschluss spezifischer Entzündungen und Tumorerkrankungen der Blase. Ebenso lassen sich anatomische Obstruktionen nachweisen (Hohenfellner M, Dahms E, Hampel C, 2002).

2.2.4 Konservative und operative Therapie und Hilfen der Harninkontinenz

Auch die geriatrischen Patienten, und hier vor allem diejenigen, die noch mobil und geistig leistungsfähig sind, sollten einer zuverlässigen HI-Therapie zugeführt werden. Die alleinige Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln ist nicht gerechtfertigt (Madersbacher H, 2000). Mit der Therapie des älteren harninkontinenten Patienten sollte natürlich die vollständige Kontinenz angestrebt werden. Da dies auch wegen des Alters und der sonstigen Gesamtsituation des Patienten nicht immer gelingt, muss das Ziel die so genannte „Soziale Kontinenz“ sein. Das bedeutet, dass die Patienten zwar nicht geheilt sind, aber mit der Therapie und dem zusätzlichen Einsatz von Hilfsmitteln „trocken“ am sozialen Leben teilnehmen können. Voraussetzung für jede therapeutische Maßnahme ist neben der Diagnose die Motivation des Patienten (Füsgen I, Melchior H, 1997).

2.2.4.1 Konservative Therapie

Die meisten Fälle der HI können durch einfache konservative Maßnahmen durch den Hausarzt behoben werden (O’Neil, 2003).

Neben einer effektiven und sorgfältigen Therapie sind die Aufklärung des Patienten über Krankheit, Therapiemöglichkeiten, deren Kombinationen und deren genaue Anwendung, am besten anhand eines Therapieplans sowie einer Verlaufsbeobachtung von besonderer Wichtigkeit (Geissbuhler V, 2003).

Therapie: Dranginkontinenz

Die Dranginkontinenz sowie die supraspinale Reflexinkontinenz wird gerade beim älteren Patienten vorwiegend konservativ behandelt.

Allgemeinmaßnahmen

Dazu gehören Allgemeinmaßnahmen, die immer durchgeführt werden sollten:

- eine genaue Analyse der sonst verordneten Medikamente und gegebenenfalls eine Umstellung auf kontinenzfreundliche Präparate
- ein mithilfe des Miktionsprotokolls erarbeitetes Miktions- und Toilettentraining, das dazu beitragen soll, durch ein häufiges und regelmäßiges Leeren der Blase dem imperativen Harndrang vorzubeugen
- bei Patienten, deren Mobilität eingeschränkt ist, sollte die Umgebung angepasst werden, z.B. keine Hindernisse auf dem Weg zur Toilette oder ein Toilettensstuhl im Schlafzimmer für die Nacht
- bequeme, leicht zu öffnende und gut waschbare Bekleidung

(Wiedemann A, 2000).

Beckenboden-Training

Als weitere Therapieoption steht das Beckenboden-Training zur Verfügung. Die bei der Dranginkontinenz vorkommende Sphinkter-Spastik oder Beckenboden-Hyperaktivität kann dadurch aktiv entspannt werden. Mit dem simultanen Einsatz der Beckenboden-EMG-Kontrolle bekommt der Patient ein direktes Biofeedback über seine Beckenbodenmuskulatur vermittelt (Heidler H, 2000).

Medikamentöse Therapie

Die größte Bedeutung in der Therapie der Dranginkontinenz haben Medikamente. Die Überaktivität der Blase kann z.B. durch Anticholinergika gehemmt werden. Auch die Kontraktion der Blase verringert sich und wird für den Patienten leichter steuerbar (Madersbacher H, 2002b). Zu den typischen Anticholinergika gehören: Oxybutynin (Dridase®), international am weitesten verbreitet mit bekannt starken Nebenwirkungen, z.B. Mundtrockenheit, Sehstörungen, Schwindel, Harnverhalt und Obstipation.

Eine neuere Darreichungsform ist das Oxybutyninpflaster, das in einer US-Studie eine signifikante Verbesserung der HI-Problematik bei verminderten Nebenwirkungen und Verbesserung der Lebensqualität zeigte (Dmochowski R, 2002). Trospiumchlorid (Spasmex®, Spasmolyt®) und Propiverin (Mictonorm®) mit vergleichbarer Wirksamkeit zu Oxybutynin aber mäßigeren Nebenwirkungen; Tolterodin (Detrusitol®), einer der jüngeren Vertreter, mit offensichtlichen Vorteilen hinsichtlich der Nebenwirkungsrate bei gleicher Wirksamkeit wie die anderen Medikamente (Harzmann R, Wawroschek F, Bannert, C, 2000).

Wichtig bei älteren Patienten ist es, die Dosis der Anticholinergika langsam unter engmaschiger Kontrolle zu steigern, um z.B. Restharnsteigerung und Schwindel vorzubeugen (Thüroff J, 1998).

Elektrostimulation

Bei Versagen der medikamentösen Therapie kann eine Elektrostimulation (intravaginal oder anal) durch Ruhigstellung des Detrusors positive Effekte erzielen. Eine Studie von M. Fall aus dem Jahr 1984 zeigte bei 2/3 der Patientinnen eine Symptombefreiung nach zweimonatiger Anwendung. Das Problem ist allerdings die geringe Akzeptanz dieser Therapie bei den Patienten. Die Abbruchrate beträgt bis zu 94 % (Schultz-Lampel D, Thüroff JW, 1993).

Therapie: Belastungsinkontinenz

Die Therapie der Belastungsinkontinenz hängt entscheidend von deren Schweregrad ab. Zunächst sollten, ähnlich wie bei der Dranginkontinenz, Allgemeinmaßnahmen durchgeführt werden. Sie können und sollen die Erfolgsaussichten einer gezielten konservativen oder operativen Therapie erhöhen.

Allgemeinmaßnahmen

Dazu gehören Gewichtsreduktion, Verhaltensschulung bei Aktivitäten, z.B. Heben schwerer Lasten, korrekte Haltungs- und Atemtechnik, Stuhlregulierung und Überprüfung der Medikamente auf kontinenzfreundliche Präparate (Heidler H, 2000).

Beckenbodengymnastik

Leichtere Grade der Belastungsinkontinenz können mit Beckenboden-Gymnastik deutlich gebessert oder behoben werden. Diese sollte unter physiotherapeutischer Anleitung erlernt werden. Zusätzliche visuelle Feedback-Methoden (Beckenboden-EMG-Kontrolle) haben sich zur Therapiekontrolle und Motivation der Patienten bewährt.

Elektrostimulation

Bei mittelgradigen Formen kann eine zusätzliche Elektrostimulation des Beckenbodens (intravaginal oder anal) hilfreich sein. Das Training und die Stimulation kann gerade bei älteren Frauen durch eine lokale Östrogentherapie ergänzt werden (Welz-Barth A, 1998).

Medikamentöse Therapie

Neben den Östrogenen sind zur medikamentösen Therapie der Belastungsinkontinenz die Alpha-Sympathomimetika, z.B. Midodrin (Gutron), zu erwähnen. Sie helfen nur bei geringgradiger Belastungsinkontinenz und haben starke Nebenwirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem und verursachen Schlafstörungen. Deshalb sind sie für die Therapie beim älteren Patienten ungeeignet (Petri E, 1993).

Sowohl für die Drang- als auch Belastungsinkontinenz konnte in einer US-Studie gezeigt werden, dass eine Kombination von mehreren Therapieansätzen, abhängig von der Zumutbarkeit des Patienten, zu einem besseren Therapieerfolg führt (Wyman J, 1998).

Therapie: Überlaufinkontinenz und Reflexinkontinenz

Die Überlaufinkontinenz sollte akut mit Katheterismus zur Entleerung der Blase therapiert werden, um einen Rückstau in die oberen Harnwege zu vermeiden. Danach ist natürlich eine operative Therapie der Abflussstörung angezeigt.

Die Reflexinkontinenz wird mit Anticholinergika in Verbindung mit Katheterismus und Blasentraining behandelt (Stöhrer M, 1996).

2.2.4.2 Operative Therapie

Das chirurgische Konzept gegen die HI hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt.

Das Spektrum der Indikationen ist erheblich enger geworden (Eberhard J, 2003).

Nach Lange R (2000) sollte gerade beim älteren Patienten eine Operation erst dann in Betracht gezogen werden, wenn alle konservativen Maßnahmen ausgeschöpft sind oder die Patienten diese nicht wünschen.

Operative Therapien kommen grundsätzlich bei symptomatischen Anomalien, Fistelbildungen, Tumoren und Blasenauslassobstruktionen in Betracht. Bis auf die beiden letzteren Ursachen sind diese beim älteren Patienten jedoch eher selten.

Domäne der operativen Therapie sind bei der Frau die schwereren Formen der Belastungsinkontinenz und beim Mann die Überlaufinkontinenz bei Prostatahyperplasie (Füsgen I, 1999b).

Höhere Grade der Belastungsinkontinenz, die konservativ austherapiert sind, bedürfen der Operation. Nach Melchior H (2001) sind diese Operationen plastisch-rekonstruktiv. Sie sollten von Operateuren durchgeführt werden, die in diesem Gebiet sehr erfahren sind.

Die Indikation sollte individuell sehr streng gestellt werden und den Grad der Inkontinenz, die Ausprägung der Beckenbodenschwäche, sowie das Alter der Patientin berücksichtigen.

Eine 3-Stufen-Regel zur Operation, in Abhängigkeit von der anatomischen Situation, kann sinnvoll sein.

Keine oder wenig ausgeprägte Zysto-Urethrozele (Blasen-Harnröhrenvorwölbung)	Schlingen- oder Nadelsuspension
Deutliche Zysto-Urethrozele	Schlingen- oder Nadelsuspension + Kolporrhapie
Deszensus (Senkung) oder Prolaps (Vorfall)	Kolpourethro-Pubopexie + Kolposakropexie
Starre, mehrfach voroperierte Urethra	Endoskopisches Bulking; Schlingensuspension; Sphinkterprothese

Tab. 2.1 Operationsverfahren bei Belastungsinkontinenz der Frau in Abhängigkeit von der anatomischen Situation aus: (Melchior H, de Geeter P, 2000)

Schlingen- und Nadelsuspension

Ziel der Schlingen- oder Nadelsuspension ist die Anhebung und Fixierung von Harnröhre und Blasen Hals in eine anatomisch korrekte Position, sodass bei Belastung das Absinken des Blasen Halses verhindert wird. Diese Operationen werden transvaginal (durch die Scheide) oder suprapubisch (oberhalb des Schambeins) oder auch kombiniert durchgeführt. Sie gehören zu den am wenigsten invasiven Operationsmethoden mit kurzer OP-Dauer in der Behandlung der Belastungsinkontinenz.

Bei den Schlingensuspensionen werden unterschiedliche Materialien eingesetzt. Bei der Faszienzügelplastik wird autoplastisches (eigenes) Gewebe verwendet. Es hat den Vorteil der besseren Verträglichkeit, aber den Nachteil eines stark erhöhten Operations- und Zeitaufwandes. Alloplastische (anorganische) Gewebe haben den Vorteil, dass sie immer zur Verfügung stehen, individuell angepasst werden können und nur einen relativ geringen Operations- und Zeitaufwand erfordern. Der Nachteil sind Fremdreaktionen des Gewebes mit Vernarbungen, die eine Korrektur schwierig machen und zu Komplikationen führen können. Unter den Verfahren mit alloplastischen Schlingen ist das tension-free vaginal tape (TVT) eines der neuesten. Bis jetzt soll das Verfahren ausgezeichnete Behandlungsergebnisse erzielt haben. Großer Vorteil soll außerdem sein, dass es auch in Lokalanästhesie durchführbar ist und so ambulant durchgeführt werden kann (Melchior H, 2001).

Studien aus den USA und Finnland konnten zeigen, dass das TVT-Verfahren zu einer signifikanten Verbesserung der HI-Problematik und Lebensqualität, sowohl bei Belastungs- als auch Drang- und gemischter Inkontinenz, beiträgt (Vassallo B, 2002) (Laurikainen E, 2003).

Kolporrhapie

Bei einer Kolporrhapie wird transvaginal das Gewebe um die Harnröhre und den Blasen Hals herum gerafft und kann eine Zystozele korrigieren (Müller S, 2000).

Kolpourethro-Pubopexie

Unter einer Kolpourethro-Pubopexie versteht man eine Befestigung der Gebärmutter und der Harnröhre am Schambein. Das Ziel entspricht den Suspensionen, die anatomisch korrekte Lage des Blasen Halses wieder herzustellen, jedoch sind diese Maßnahmen hier umfangreicher und aufwendiger.

Kolposakropexie

Bei einer Kolposakropexie wird die Gebärmutter zusätzlich am Kreuzbein hochgezogen und befestigt. Diese Operation wird transabdominal (durch den Unterbauch) durchgeführt. Beim endoskopischen Bulking werden der Blasenhalshals und die Harnröhre mit einer nicht resorbierbaren Substanz unterspritzt und erhalten dadurch eine gewisse Stabilität. Diese Methode ist bei voroperierten und damit narbig-starren Harnröhren erfolgsversprechend, aber nicht als Primärtherapie geeignet (Melchior H, de Geeter P, 2000).

Sphinkterprothese

Eine Sphinkterprothese einzusetzen ist eine Maßnahme bei hypotonen/atonen Harnröhren. Es handelt sich um eine Manschette, die um den Blasenhalshals gelegt wird und über ein hydraulisches System mit einer Pumpe in den großen Schamlippen ein willkürliches Wasserlassen ermöglicht. Häufige Komplikationen machen die Methode fragwürdig (Müller S, 2000).

RF-Verfahren

Eine der neueren Methoden ist das transvaginale RF-Verfahren (radio frequency). Dabei wird transvaginal Energie auf die viszerale Beckenfaszie appliziert. Dadurch kommt es zu einem Zusammenschrumpfen des Kollagengewebes der Faszia, zur Stützung und Stabilisierung des Blasenhalshalses und der proximalen Urethra. In einer US-Studie konnte gezeigt werden, dass diese neue, schonende Methode mit geringen OP-Risiken, eine hohe Effizienz hat (Dmochowski R, 2003).

Denervierung der Blase

Bei der konservativ austherapierten Dranginkontinenz gibt es verschiedene operative Maßnahmen. Die Denervierung der Blase erfolgt durch Injektionen von Lokalanästhetika für eine kurzfristige Wirkung oder von Alkohol/Phenol für eine permanente Wirkung. Eine hydraulische Blasendehnung über ein Kondom, bei der durch Druck eine Ischämie der intramuralen Nerven schädigt, wurde aufgrund vielfältiger Komplikationen wieder aufgegeben.

Blasenaugmentation

Eine Blasenerweiterungsplastik (Blasenaugmentation) durch ein künstlich geschaffenes Blasendivertikel, mit Dünn- oder/und Dickdarm oder mit Magenanteilen ist eine Möglichkeit zur Druckverminderung. Auch die Bildung eines Blasenersatzes (Neoblase) aus Darm ist möglich.

Supravesikale Harnableitung

Als Ultima ratio kommt die supravesikale (oberhalb der Blase) Harnableitung in Betracht. Diese Art der Therapie wird vor allem dann eingesetzt, wenn der untere Harntrakt therapierefraktär oder wegen Tumoren ausgeschaltet werden muss. Die Harnleiter werden in ausgeschaltete Anteile des endständigen Dünndarms oder Dickdarms eingepflanzt, der wiederum als Stoma (künstlicher Ausgang) in die Haut eingepflanzt wird. Diese Methode ist als Indikation für die Dranginkontinenz sehr streng zu stellen, weil die Lebensqualität stark beeinträchtigt bleibt (Müller S, 2000).

2.2.4.3 Hilfsmittel

Es stehen viele verschiedene Hilfsmittel in der Therapie der Harninkontinenz zur Verfügung. Eingeteilt werden sie in aufsaugende (z.B. Vorlagen, Windelhosen), instrumentelle (z.B. Pessare, Urethral-Plug, Harnröhrenverschlussbändchen, Harnröhrenstent, Blasendrainage) und ableitende Hilfsmittel (z.B. Katheder, Kondomurinale).

Sie können unterstützende Funktion einer Grundtherapie haben oder bei Anhalten der HI Folgeschäden verhindern. Diese Folgeschäden sind zunächst körperliche Probleme wie z.B. Entzündungen, Mykosen, Hautmazeration und körperlicher Abbau, die wiederum psychische Probleme wie Immobilität, soziale Isolation und geistigen Abbau verursachen. Viele dieser körperlichen Folgeschäden können mit erwähnten Hilfsmitteln gelindert oder vermieden werden, was wiederum zur Folge hat, dass psychische Probleme verringert oder verhindert werden und dadurch die psychosoziale Situation der Betroffenen verbessert werden kann. Es ist darauf zu achten, dass die Hilfsmittel für den jeweiligen Patienten, gerade den älteren, praktikabel sind und von ihm akzeptiert werden (Füsgen I, 1999b).

3 Studienplanung

3.1 Methode

In 2001/2002 wurden in Aachen Befragungen an 126 Patienten im Alter zwischen 60 und 99 Jahren, die mit dem Problem Harninkontinenz unter hausärztlicher Betreuung standen, durchgeführt. Es wurde ein standardisierter Fragebogen benutzt, der zusätzlich durch eigene Fragen ergänzt wurde.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Fragebögen anonymisiert und durch eine interne Codenummer datiert. Die Patienten sind zu Beginn über den Zweck der Befragung aufgeklärt worden und haben ihr Einverständnis zu der Erfassung ihrer anonymisierten Daten gegeben.

Die Patienten-Befragung umfasste nach Wahl des Patienten ein strukturiertes Interview durch die Verfasserin oder ein eigenständiges Ausfüllen des Fragebogens durch den Patienten.

3.1.1 Fragebogen

Der Fragebogen besteht aus einem standardisierten Teil (SF-12) mit den Fragen-Nr. 3 bis 14 (siehe Anhang 1), sowie aus eigenen Zusatzfragen (Fragen-Nr. 15 bis 34). Alter und Geschlecht der Patienten wurde durch die Fragen-Nr. 1 und 2 erfasst.

Sofern ein Interview gewünscht war, hielt sich die Verfasserin bei dem standardisierten Teil genau an die vorgegebenen Fragen (Reihenfolge der Themen und Wortlaut der Fragen).

Bei den Zusatzfragen variierten jedoch die Reihenfolge und der Wortlaut der Fragen von Fall zu Fall, um das „Miteinander-ins-Gespräch-kommen“ zu fördern und die Informationsaufnahme der jeweiligen Gesprächssituation anzupassen.

Die Patienten zeigten dadurch oft eine größere Bereitschaft, über Persönliches Auskunft zu geben. Die Dauer der Befragung lag zwischen 15 und 60 Minuten.

Bei der Beantwortung der Fragen sollte das Befinden der letzten 4 Wochen maßgeblich sein. Die Antwortvorgaben variierten. Es gab Fragen, die binär durch „Ja - Nein“ zu beantworten waren, bis hin zu sechstufigen Antwortskalen. In diesem Fall war für jedes Item (Frage) die Antwortalternative anzukreuzen, die dem Erleben des Befragten am nächsten kam.

3.1.1.1 Standardisierter Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-12)

Der standardisierte Teil des Fragebogens (SF-12) ist eine Kurzversion des SF-36 Health Surveys (Fragebogen zum Gesundheitszustand). Er wurde aus diesem entwickelt und basiert auf einigen wesentlichen Erkenntnissen aus dessen Anwendung. Der SF-36 ist ein Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, das in den USA entwickelt wurde (Bullinger M, 1998a).

Der SF-12 wurde auf seine Eignung als Messinstrument für gesundheitsbezogene Lebensqualität, durch Vergleich mit anderen Fragebögen, getestet und für sehr geeignet befunden (Burdine J, 2000).

Der SF-12 besteht aus einem Fragebogen mit 12 Items, denen jeweils mehrere Themenbereiche zugeordnet sind. Es wird der körperliche und der psychische Gesundheitszustand abgefragt. Der körperliche Gesundheitszustand betrifft:

- die körperliche Funktionsfähigkeit (Fragen 4 und 5)
- die körperliche Rollenfunktion (Fragen 6 und 7)
- die Schmerzwahrnehmung (Frage 10)
- die allgemeine Gesundheitswahrnehmung (Frage 3)

Der psychische Gesundheitszustand umfasst:

- die Vitalität (Frage 12)
- die soziale Funktionsfähigkeit (Frage 14)
- die emotionale Rollenfunktion (Fragen 8 und 9)
- das psychische Wohlbefinden (Fragen 11 und 13)

(Bullinger M, 1998b).

Jeder Antwort wurde ein bestimmter Wert zugeordnet, der bei der Auswertung in eine körperliche und psychische Summenskala eingerechnet wurde.

3.1.1.2 Zusatzfragen

Die eigenen Zusatzfragen bezogen sich auf direkte Probleme der Patienten durch die Harninkontinenz. Es wurde erfragt:

- die Beschwerdedauer (Frage 15)
- die Beschwerdehäufigkeit (Fragen 16 und 17)
- die Art der HI (Frage 18)
- Mittel und Hilfen, die die Patienten für sich verwendeten (Fragen 19 bis 23)
- Erkrankungen einschließlich ihrer Therapie, die auf die HI einwirken konnten, (Fragen 24 bis 28)

Zusätzlich wurde das psychische Empfinden der Patienten in Bezug auf dieses Problem abgefragt. Dazu gehörten:

- Einbindung des Problems in ihrem persönlichen Umfeld (Fragen 29 bis 31)
- Auswirkungen des Problems auf ihre Partnerschaft (wenn gegeben) und auf den körperlichen Kontakt zu ihrem Partner (Fragen 33 bis 33.3)

Ferner wurde die Frage nach einem Zukunftsgefühl gestellt, ob der Patient eher optimistisch oder pessimistisch in Bezug auf die HI-Problematik gestimmt war.

3.1.2 Auswertung

Im Anschluss an die Befragung wurden die Bögen anonymisiert, mithilfe des statistischen Datenverarbeitungsprogramms SAS erfasst und die Antwortmöglichkeiten kodiert.

Die Auswertung des SF-12 beinhaltete die Berechnung der körperlichen und psychischen Summenskalen für jeden Patienten mittels des SAS-Programmes. Die Patienten wurden für diese Auswertung in zwei Altersgruppen eingeteilt: 60-70 Jährige und 71-99 Jährige.

Der Mittelwert der jeweiligen Summenskala (körperlich oder psychisch) in der jeweiligen Altersgruppe der Patienten (mit HI und aktuellen oder chronischen Erkrankungen) wurde dann in einem Einstichproben-t-Test gegen den Standardwert (Mittelwert) der deutschen Normstichprobe (mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen) (Bullinger M, 1998c) auf seine Signifikanz getestet. So wurden alle 4 Summenskalen auf ihre Signifikanz geprüft.

Die vorliegenden Daten der Zusatzfragen wurden einer deskriptiven statistischen Bearbeitung mithilfe des SAS-Programms unterzogen. Die jeweiligen prozentualen Häufigkeiten bestimmter Merkmale wurden berechnet, verglichen (Häufigkeitsanalyse) und einige zusätzlich in Fisher's exaktem Test auf ihre Signifikanz getestet.

Für diese explorative Analyse der Werte der befragten Patienten wurde ein globales Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ (bzw. 5 %) festgelegt.

3.2 Stichprobenauswahl

3.2.1 Personenkreis

Die befragten Personen mussten folgende Kriterien erfüllen:

- Alter: sechzig Jahre und älter
- Fähigkeit zur Gesprächsteilnahme bzw. Ausfüllen des Fragebogens (selbstständiges Verstehen und Beantworten der Fragen)
- Erhaltung einer Grundmobilität (nicht bettlägerig, nicht im Rollstuhl)
- Bereitschaft zur Teilnahme an einer Befragung mit persönlichen Fragen
- Keine bösartigen Erkrankungen im Bereich des Urogenitaltraktes

Es wurden sowohl Männer als auch Frauen, selbstständig Wohnende oder im Altenheim wohnend befragt.

3.2.2 Auswahl der Patienten

Auf Anfrage erklärten sich in Aachen und Umgebung 44 niedergelassene Ärzte (Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte), sowie die Pflegedienstleitungen zweier Aachener Altenheime zur Mitarbeit bereit und benannten geeignete und gewillte Patienten.

Auf diese Weise wurden 158 Patienten nach ihrer Bereitschaft zur Mitarbeit befragt.

32 Patienten lehnten aus gesundheitlichen Gründen, wegen mangelnden Interesses oder häufig auch aus Scham ab. Die restlichen 126 Personen waren bereit, bei sich zu Hause oder in der Praxis ihres Hausarztes die Befragung durchzuführen. Alle 126 Fragebögen wurden ausgewertet.

Bei dieser Vorgehensweise ist eine gewisse „positive Selektion“ nicht ausgeschlossen, da nur antwortfähige und antwortwillige Personen, die vom Hausarzt oder Pflegepersonal ausgesucht worden sind, gewertet wurden. Die Spannbreite der gesundheitlichen Einschränkung ist dennoch hinreichend erfasst worden. Sie reichte von relativ guter Gesundheit bis hin zu teilmobilität (mit Gehhilfen, Rollator).

3.3 Patientenstruktur

3.3.1 Alters- und Geschlechtsverteilung

Die Patienten waren zwischen 60 und 96 Jahre alt. Dies ergab eine Spanne von über 30 Jahren zwischen dem jüngsten und dem ältesten Teilnehmer.

Eine weitere Differenzierung ergibt:

	Anzahl	Minimum	Maximum	Mittelwert
Frauen	119 Patienten	60 Jahre	96 Jahre	75,0 Jahre
Männer	7 Patienten	65 Jahre	87 Jahre	75,6 Jahre

Tab. 3.1 Altersgrenzen, Mittelwert und Geschlecht

Die Patienten wurden in Gruppen von jeweils 10-Jahresschritten eingeteilt:

Jahre	60 - 69	70 - 79	80 – 89	90 - 99	Total
Frauen	31 24 %	53 43 %	27 21 %	8 6 %	119 94 %
Männer	1 1 %	4 3 %	2 2 %	0 0,0 %	7 6 %
Total	32 25 %	57 46 %	29 23 %	8 6 %	126 100 %

Tab. 3.2 Altersverteilung und Geschlecht

Das Durchschnittsalter lag bei 75 Jahren. 71 % waren jünger als 80 Jahre, davon 84 Frauen und 5 Männer. Die Gruppe der 70-79 Jährigen war mit 53 Frauen und 4 Männern (45 % insgesamt) am stärksten vertreten.

Älter als 80 Jahre waren 35 Frauen und 2 Männer (29 %).

Die Gruppe der Ältesten (90-99Jahre) bestand nur aus 8 Frauen (6 %).

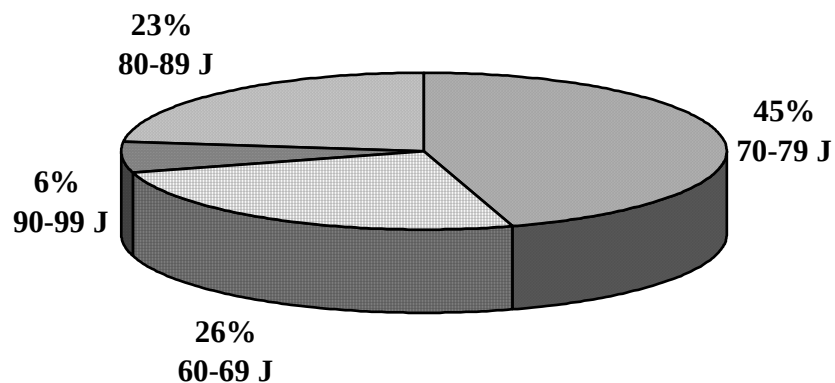


Abb. 3.1 Altersgruppenverteilung

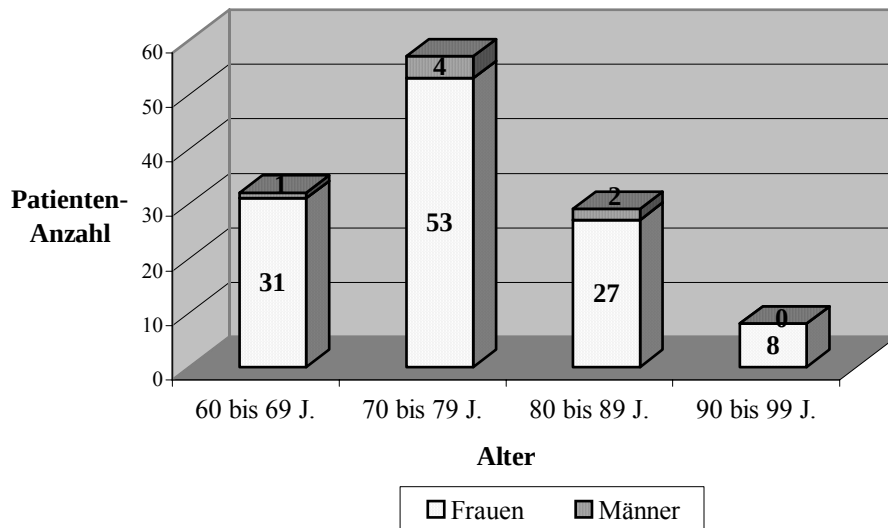


Abb. 3.2 Verteilung von Alter und Geschlecht

Es ergibt sich ein deutlicher Unterschied bezüglich der Geschlechtsverteilung. Nach Auskunft der Hausärzte bestand bei der Stichprobenauswahl starke Zurückhaltung bei den Männern an der Studie teilzunehmen und ein häufigeres Auftreten der HI bei den Frauen. Der deutliche Unterschied in der Geschlechtsverteilung, aufgrund der Problematik bei der Stichprobenauswahl, ließ sich nicht vermeiden und wurde bei der Bewertung berücksichtigt.

3.3.2 Wohnsituation

Die Wohnsituation der Patienten war wie folgt:

	60-69 Jahre	70-79 Jahre	80-89 Jahre	90-99 Jahre	Total	Mittelwert
selbstständiges Wohnen	31 (27 %)	55 (49 %)	24 (21 %)	3 (3 %)	113 (90 %)	73,9 Jahre
betreutes Wohnen	1 (25%)	1 (25%)	0 (0%)	2 (50%)	4 (3 %)	80,5 Jahre
im Heim Wohnen	0 (0%)	1 (11 %)	5 (56 %)	3 (33 %)	9 (7 1%)	86,9 Jahre

Tab. 3.3 Altersverteilung und Wohnsituation

90 % der befragten Patienten lebten selbstständig zu Hause, 3 % im betreuten Wohnen und 7 % in einem Heim. Der Altersmittelwert bei den selbstständig Wohnenden betrug 73,9 Jahre, bei den betreut Wohnenden 80,5 Jahre und bei den Heimbewohnern bei 86,9 Jahren. Zu erwähnen ist, dass 24 % der selbstständig Wohnenden über 80 Jahre alt waren.

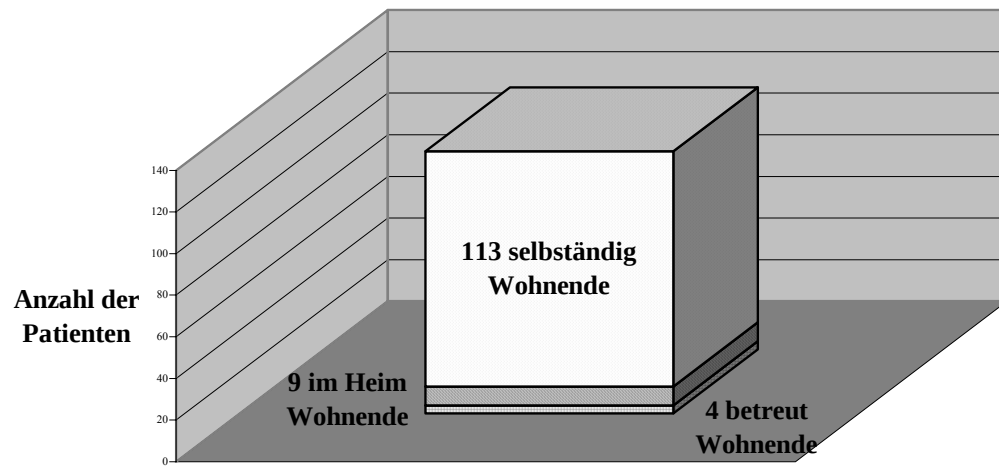


Abb. 3.3 Verteilung der Wohnsituation

4 Ergebnisse der Befragung

4.1 Gesundheitszustand (Ergebnisse des SF-12)

Aus den Ergebnissen des standardisierten Fragebogens (SF-12) wurden die Mittelwerte der körperlichen Summenskalen (KSK) und psychischen Summenskalen (PSK) der befragten Patienten mit HI in den beiden Altersgruppen 60-70 Jährige und 71-99 Jährige errechnet und mit den Mittelwerten der deutschen Normstichprobe ohne HI verglichen.

Die deutsche Normstichprobe setzt sich zusammen aus einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen dieser Altersgruppen.

4.1.1 Körperlicher Gesundheitszustand

Die Mittelwerte der KSK können ein Maß für den körperlichen/physischen Teil der Lebensqualität darstellen.

	Patienten- Anzahl	Mittelwert des KSK	Standard- Abweichung
Patienten der Umfrage	38	40,84	10,43
Patienten der Normstichprobe	366	42,97	9,37

Tab. 4.1 Patienten-Stichprobe und Normstichprobe für KSK der 60-70 Jährigen

Tabelle 4.1 zeigt einen Unterschied der Mittelwerte der KSK der 60-70 Jährigen. Die Mittelwerte der KSK der Patienten der Umfrage liegen unterhalb derer der Normstichprobe. Das bedeutet, die Aussagen der Patienten der Umfrage ergaben durchschnittlich weniger Punkte für die Wertung der körperlichen Gesundheit gegenüber den Aussagen der Normstichprobe. Das Ergebnis ist jedoch nicht signifikant (Einstichproben-t-Test, $p = 0,22$, Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$).

	Patienten- Anzahl	Mittelwert	Standard- Abweichung
Patienten der Umfrage	88	36,47	11,12
Patienten der Normstichprobe	286	38,76	10,64

Tab. 4.2 Patienten-Stichprobe und Normstichprobe für KSK der 71-99 Jährigen

Auch Tabelle 4.2 zeigt einen Unterschied der Mittelwerte der KSK der 71-99 Jährigen. Die Mittelwerte der KSK der Patienten der Umfrage liegen ebenfalls unterhalb derer der Normstichprobe. Auch dieses Ergebnis ist jedoch nicht signifikant (Einstichproben-t-Test, $p = 0,06$, Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$).

4.1.2 Psychischer Gesundheitszustand

Mit den Ergebnissen für die Mittelwerte der psychischen Summenskalen (PSK) wurde in gleicher Art wie mit denen der KSK verfahren. Die Mittelwerte der PSK können ein Maß für den seelischen/psychischen Teil der Lebensqualität darstellen.

	Patienten- Anzahl	Mittelwert	Standard- Abweichung
Patienten der Umfrage	38	46,65	11,37
Patienten der Normstichprobe	366	52,96	7,75

Tab. 4.3 Patienten-Stichprobe und Normstichprobe für PSK der 60-70 Jährigen

Tabelle 4.3 zeigt einen deutlichen Unterschied der Mittelwerte der PSK der 60-70 Jährigen. Die Mittelwerte der PSK der Patienten der Umfrage liegen unterhalb derer der Normstichprobe. Das bedeutet, die Aussagen der Patienten der Umfrage ergaben durchschnittlich weniger Punkte für die Wertung der psychischen Gesundheit gegenüber den Aussagen der Normstichprobe. Das Ergebnis ist signifikant (Einstichproben-t-Test, $p = 0,0015$, Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$).

	Patienten- Anzahl	Mittelwert	Standard- Abweichung
Patienten der Umfrage	88	48,78	11,78
Patienten der Normstichprobe	286	52,27	9,19

Tab. 4.4 Patienten-Stichprobe und Normstichprobe für PSK der 71-99 Jährigen

Auch Tabelle 4.4 zeigt einen deutlichen Unterschied der Mittelwerte der PSK der 71-99 Jährigen. Die Mittelwerte der PSK der Patienten der Umfrage liegen unterhalb derer der Normstichprobe. Das Ergebnis ist signifikant (Einstichproben-t-Test, $p = 0,0067$, Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$).

4.2 Zusatzfragen

4.2.1 Beschwerdedauer

Die folgende Grafik zeigt, wie lange die Patienten unter HI leiden.

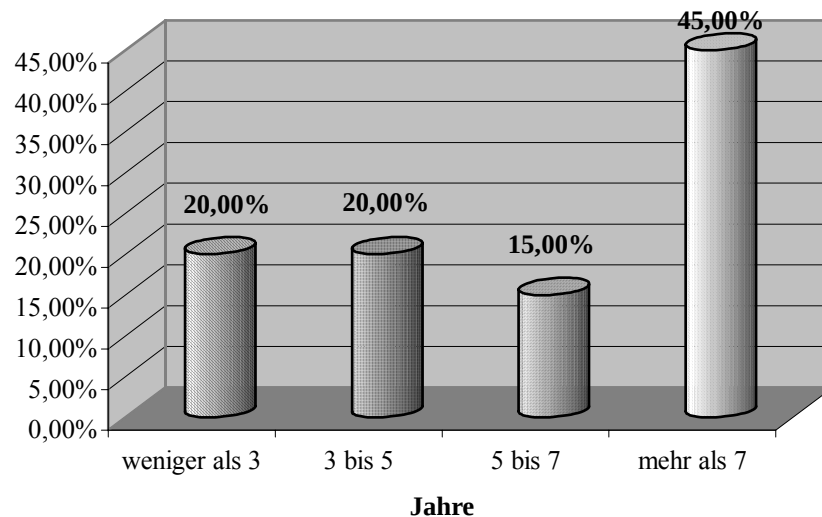


Abb. 4.1 Beschwerdedauer der HI-Patienten

Die Dauer der Beschwerden der HI-Problematik liegt bei jeweils 20 % der Patienten bei weniger als 3 und 3-5 Jahren. Deutlich mehr der Patienten (45 %) haben ihre HI-Problematik schon seit mehr als 7 Jahren.

4.2.2 Harninkontinenzformen

Die folgende Grafik zeigt die Häufigkeitsverteilung der HI-Formen bei den befragten Patienten.

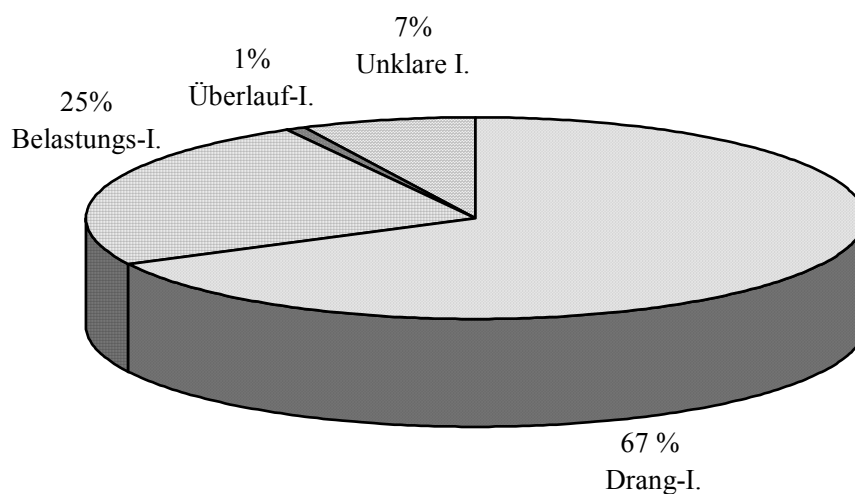


Abb. 4.2 Häufigkeit der HI-Formen

Die Häufigkeitsverteilung der HI-Formen entspricht den Angaben der Patienten, die teilweise vom Hausarzt entsprechend informiert worden sind. Weit über die Hälfte (67%) der befragten Patienten leiden an Dranginkontinenz. Genau ein Viertel der Patienten hat Beschwerden einer Belastungsinkontinenz und 1% (1 Person) hat eine Überlaufinkontinenz. Diese Person bleibt in den folgenden Bewertungen wegen fehlender Repräsentanz unberücksichtigt. 7 % der befragten Patienten kennen ihre HI-Form nicht.

Die folgenden Darstellungen zeigen die Verteilung der HI-Formen in den Altersgruppen.

	60-69 Jahre	70-79 Jahre	80-89 Jahre	90-99 Jahre
Drang-I.	63,5 %	65 %	86 %	37,5 %
Belastungs-I.	38,5 %	23 %	7 %	50 %
unklare I.	0%	11 %	7 %	12,5 %

Tab. 4.5 HI-Formen in den Altersgruppen

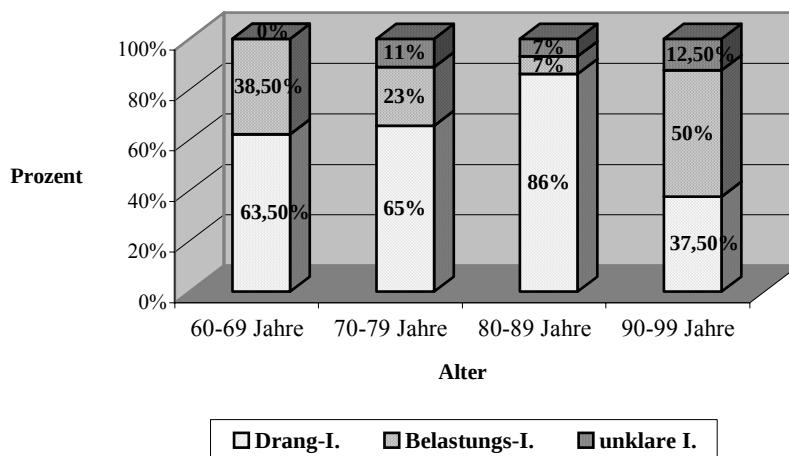


Abb. 4.3 HI-Formen in den Altersgruppen

Bei den 60-69 Jährigen liegt das Verhältnis von Drang- zu Belastungsinkontinenz bei 63,5 % zu 38,5 %. In der Gruppe der 70-79 Jährigen liegt dieses Verhältnis bei 65 % zu 23 %. 11 % hatten eine unklare Inkontinenz. Bei den 80-89 Jährigen haben 86 % der Patienten eine Dranginkontinenz. Jeweils 7 % litten an anderen HI-Formen. In der Gruppe der Ältesten leiden 37,5 % unter Dranginkontinenz, 50 % unter Belastungsinkontinenz und 12,5 % unter einer unklaren Inkontinenz. Bis auf die Gruppe der Ältesten ist bei den übrigen Gruppen eine steigende Tendenz der Häufigkeit der Dranginkontinenz mit zunehmendem Alter zu verzeichnen.

Die Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung der HI-Formen in den Altersgruppen sind signifikant (exakter Fisher test, $p = 0,01$, Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$).

4.2.3 Mittel und Hilfen

Die befragten Patienten benutzten folgende Mittel und Hilfen gegen das HI-Problem:

Mittel und Hilfen	Alle Patienten (in %)
Vorlagen	88 %
Katheter	0 %
Beckenbodengymnastik	33 %
Medikamente	41 %
Andere	49 %

Tab. 4.6 Benutzung von Mitteln und Hilfen

Die Vorlagen sind das am häufigsten verwendete Hilfsmittel (88 %). Katheter werden bei den befragten Patienten nicht benutzt (weder als Dauerkatheter noch als Einmalkatheter). Die Beckenbodengymnastik wird von insgesamt 33 % der Patienten genutzt. Die „anderen“ Hilfsmittel benutzen 49 % der befragten Patienten. Darunter fallen Windelhosen, externe intravaginale Elektrostimulation, Pessare, etc. Medikamente gegen die Harninkontinenz werden von 41 % eingenommen. Zu erwähnen ist, dass die Patienten auch mehrere Hilfsmittel miteinander kombinieren.

4.2.3.1 Vorlagen

Die folgenden Ergebnisse zeigen, wie viele Patienten bei welchen HI-Formen Vorlagen benutzen.

Vorlagen	Drang-I.	Belastungs-I.	unklare I.	Total
Ja	88 %	84 %	100 %	
Nein	12%	16 %	0 %	
Total	68 %	25 %	7 %	100 %

Tab. 4.7 Vorlagenbenutzung und HI-Formen

Von den befragten Patienten, die unter einer Dranginkontinenz leiden (68 %), benutzen 88 % Vorlagen und 12 % gebrauchen sie nicht. Die von Belastungsinkontinenz betroffenen Patienten (25 %) nutzen die Vorlagen zu 84 % und zu 16 % nicht. Die Patienten mit unklarer Inkontinenz (7 %) nutzen alle dieses Hilfsmittel.

4.2.3.2 Beckenbodengymnastik

Die Beckenbodengymnastik wird als Mittel gegen Belastungsinkontinenz und Dranginkontinenz von 33 % der befragten Patienten eingesetzt. Die folgenden Darstellungen zeigen die Nutzung der Beckenbodengymnastik innerhalb der HI-Formen:

Beckenbodengymnastik	Drang-I.	Belastungs-I.	unklare I.	Total
Ja	26 %	44 %	57 %	
Nein	74 %	56 %	43 %	
Total	68 %	25 %	7 %	100 %

Tab. 4.8 Häufigkeit der Nutzung von Beckenbodengymnastik und HI-Formen

Von den Patienten, die unter einer Dranginkontinenz leiden (68 %), machen 26 % Beckenbodengymnastik und 74 % keine. Die von Belastungsinkontinenz betroffenen Patienten (25 %) machen zu 44 % die Gymnastik und zu 56 % keine. Die Patienten mit unklarer Inkontinenz (7 %) nutzen zu 57 % dieses Hilfsmittel und zu 43 % nicht. Die Unterschiede der Nutzung der Beckenbodengymnastik bei den HI-Formen sind signifikant (exakter Fisher test, $p = 0,04$, Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$).

Die folgende Abbildung 4.4 zeigt die Nutzung der Beckenbodengymnastik innerhalb der Altersgruppen.

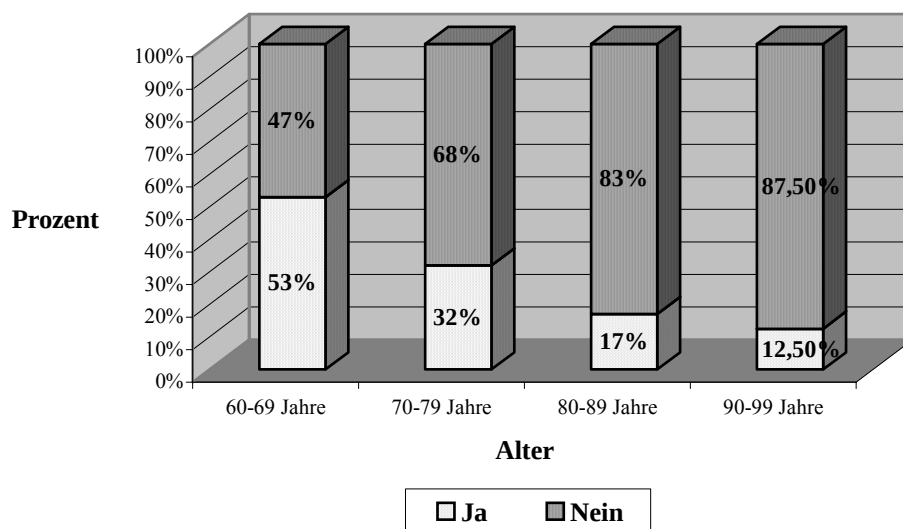


Abb. 4.4 Nutzung der Beckenbodengymnastik in den Altersgruppen

Alle Gruppen nutzen die Beckenbodengymnastik. In der Gruppe der 60-69 Jährigen sind es 53 %, bei den 70-79 Jährigen 32 %, bei den 80-89 Jährigen noch 17 % und in der Gruppe der Ältesten nur noch 12,5 %. Eine deutliche Abnahme dieser konservativen Maßnahme gegen HI mit zunehmendem Alter ist zu verzeichnen.

Der Unterschied in der Nutzung der Beckenbodengymnastik in den Altersgruppen ist signifikant (exakter Fisher test, $p = 0,01$, Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$).

4.2.3.3 Medikamenten-Therapie

Eine Medikamententherapie wird von 41 % der befragten Patienten durchgeführt.

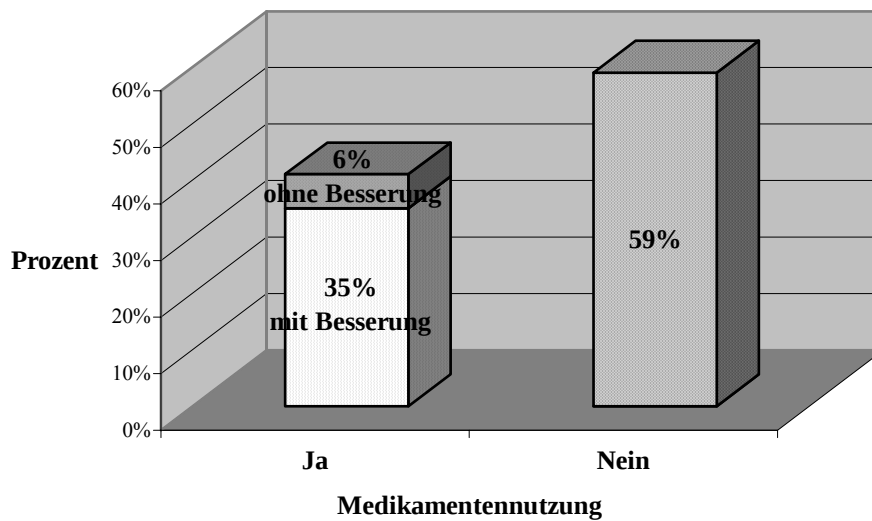


Abb. 4.5 Medikamentennutzung (gegen HI-Problematik) und subjektive Besserung

Abbildung 4.7 zeigt: 35 % der befragten HI-Patienten verspüren eine subjektive Besserung durch Medikamentennutzung, 6 % erfuhren keine Besserung und 59 % nutzen keine Medikamente.

Tabelle 4.9 zeigt den Umfang der subjektiven Besserung.

	Medikamentennutzung
<u>mit</u> subjektiver Besserung	85 %
<u>ohne</u> subjektive Besserung	15 %

Tab. 4.9 Medikamentennutzung und subjektive Besserung

Von den Patienten, die Medikamente gegen HI einnehmen, haben 85 % eine subjektive Besserung der Symptomatik erlebt. Die restlichen Patienten verspüren keine Besserung.

4.2.4 Beschwerdehäufigkeit

4.2.4.1 Am Tag

Die folgende Abbildung 4.6 zeigt die Häufigkeit der ungewollten Harnverluste der Patienten während des Tages.

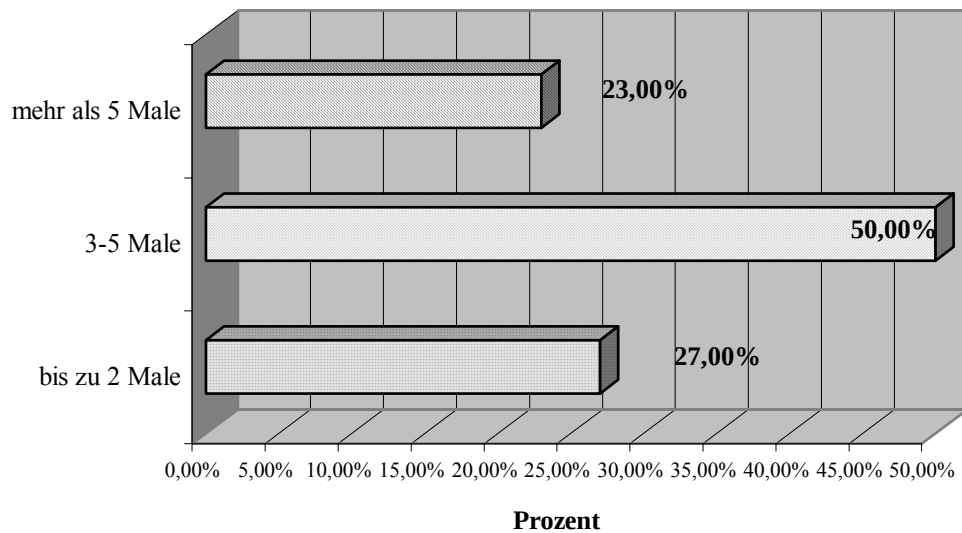


Abb. 4.6 Häufigkeit der ungewollten Harnverluste am Tag

Die Ergebnisse zeigen, dass 73 % der befragten Patienten mehr als 3 Mal pro Tag ungewollten Harnverlust haben, 50 % der Patienten 3-5 Mal pro Tag, gut ein Viertel (27 %) bis zu 2 Mal und knapp ein Viertel (23 %) mehr als 5 Mal pro Tag.

4.2.4.2 In der Nacht

Die Häufigkeit der Harnverluste der Patienten in der Nacht sieht wie folgt aus:

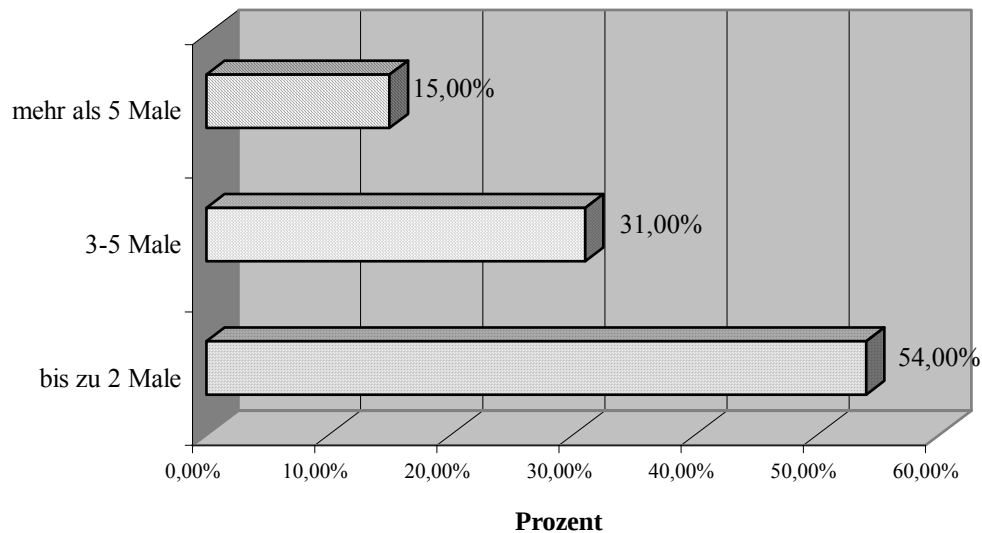


Abb. 4.7 Häufigkeit der ungewollten Harnverluste in der Nacht

Von den Patienten haben 54 % bis zu 2 Mal in der Nacht ungewollten Harnverlust zu haben, 31 % 3-5 Mal und 15 % mehr als 5 Mal. Insgesamt geben 46 % der befragten Patienten an, mehr als 3 Mal ungewollten Harnverlust pro Nacht zu haben.

4.2.4.3 Harnverluste am Tag und Medikamentennutzung

Die folgenden Ergebnisse zeigen, wie sich die Nutzung von Medikamenten (gegen die HI-Problematik) auf die Häufigkeit Beschwerden auswirkt.

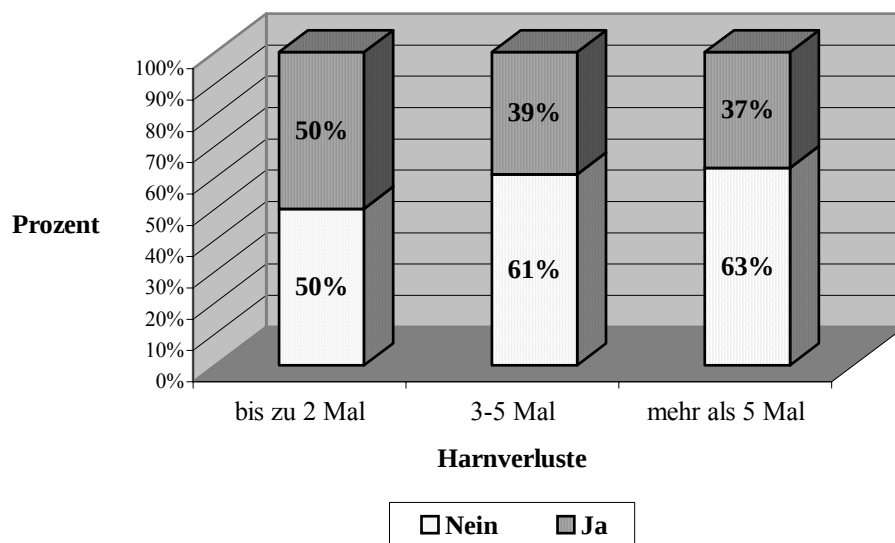


Abb. 4.8 Ungewollte Harnverluste am Tag und Medikamentennutzung gegen HI

Von den Patienten, die bis zu 2 Mal am Tag betroffen sind, nehmen 50 % keine Medikamente gegen die HI ein. Bei denen, die 3-5 Mal betroffen sind, nehmen 61 % keine Medikamente gegen die HI. Von den Betroffenen, die mehr als 5 Mal ungewollten Harnverlust am Tag haben, sind es 63 %, die keine Medikamente dagegen einnehmen. Insbesondere von den Patienten, die mehr als 3 Mal pro Tag betroffen sind, nehmen knapp zwei Drittel keine Medikamente gegen HI ein.

4.2.4.4 Harnverluste in der Nacht und Medikamentennutzung

Die Abbildung 4.9 zeigt die ungewollten Harnverluste der Patienten in der Nacht mit und ohne medikamentöse Therapie gegen HI.

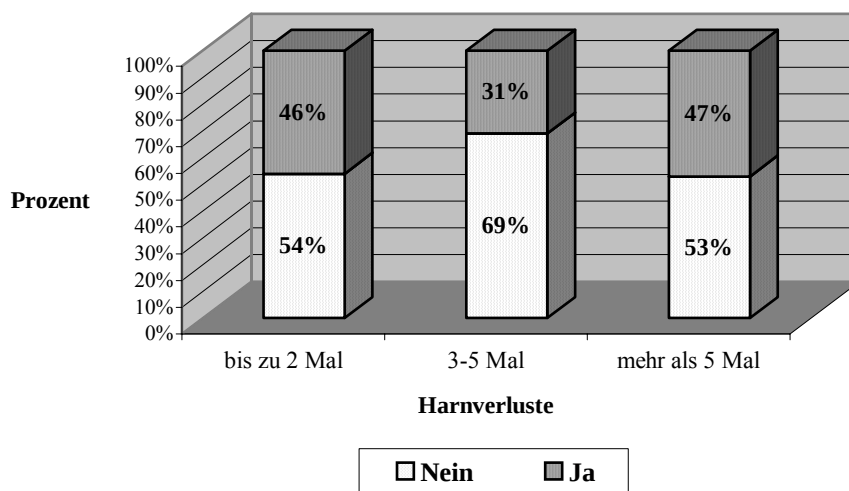


Abb. 4.9 Ungewollte Harnverluste in der Nacht und Medikamentennutzung gegen HI

Von den Patienten, die bis zu 2 Mal in der Nacht betroffen sind, nehmen 54 % keine Medikamente (gegen die HI) ein. Bei denen, die 3-5 Mal betroffen sind, sind es 69 %. Von den Betroffenen mit mehr als 5 Mal ungewollten Harnverlust in der Nacht nehmen 53 % keine Medikamente ein.

Ein wichtiges Ergebnis ist, dass mit zunehmender Betroffenheit an ungewolltem Harnverlust am Tag und in der Nacht auch die Medikamentennutzung zurückgeht.

4.2.5 Begleit-Erkrankungen

Folgende Begleit-Erkrankungen mit medikamentöser Therapie bestanden bei den befragten Patienten:

Erkrankungen mit Medikamententherapie	Patientenanzahl
Diabetes mellitus	17 %
Herzschwäche/Rhythmusstörungen	57 %
Bluthochdruck	61 %
Schmerzen	31 %
Parkinson	2 %

Tab. 4.10 Bestehende Erkrankungen mit Medikamententherapie der HI-Patienten

Tabelle 4.10 zeigt, an welchen Erkrankungen mit Medikamententherapie die befragten Patienten zusätzlich leiden.

Bluthochdruck ist mit 61 % die am häufigsten vorkommende Erkrankung. Unter Herzschwäche und Herzrhythmusstörungen leiden 57 %, Schmerz-Medikamente nehmen 31 %, Diabetes mellitus mit Medikamententherapie haben 17 % und Parkinsonmedikamente nehmen 2 % der Patienten ein.

Stark im Vordergrund steht also die Medikamententherapie von Bluthochdruck und Herzschwäche /Rhythmusstörungen.

4.2.6 Problemansprache

4.2.6.1 Arzt und Patient

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Krankheitsansprache.

vom Patient	82 %
vom Arzt	18 %

Tab. 4.11 Problemansprache von Arzt und Patient insgesamt

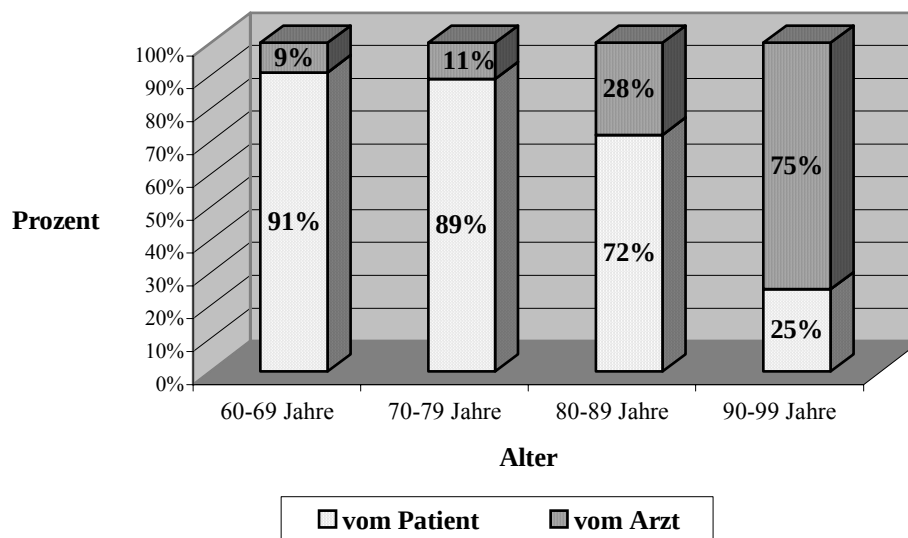


Abb. 4.10 Problemansprache von Arzt und Patient in den Altersgruppen

Insgesamt 82 % der Patienten haben ihren Arzt auf ihr Problem mit HI selbst angesprochen. In der Gruppe der 60-69 Jährigen sind es 91 %, bei den 70-79 Jährigen 89 % und von den 80-89 Jährigen 72 %. Bei den Ältesten waren es noch 25 %.

Es zeigt sich deutlich, dass die Problemansprache durch den Patienten mitzunehmendem Alter abnimmt.

Die Unterschiede in der Problemansprache in den Altersgruppen sind signifikant (exakter Fisher test, $p = 0,0002$, Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$).

4.2.6.2 Bekannte und Freunde

Die folgenden Ergebnisse zeigen die Häufigkeit der Problemansprache im Freundes- und Bekanntenkreis.

Ja	43 %
Nein	57 %

Tab. 4.12 Problemansprache im Bekannten- und Freundeskreis

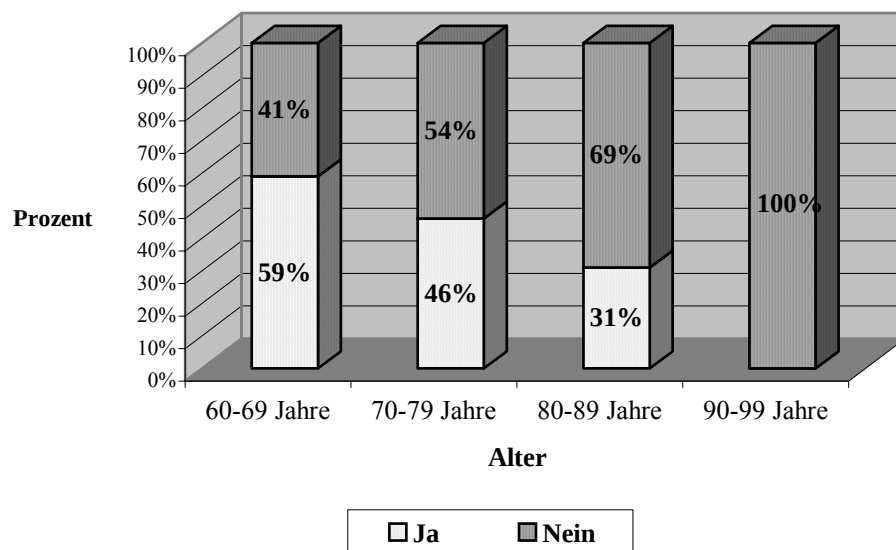


Abb. 4.11 Problemansprache im Bekannten- und Freundeskreis in den Altersgruppen

Insgesamt besprechen 43 % der Patienten ihr Problem im Bekannten- und Freundeskreis. In der Gruppe der 60-69 Jährigen sprechen 59 % darüber.

Bei den 70-79 Jährigen sind 46 %, bei den 80-89 Jährigen 31 % und bei den Ältesten spricht niemand mehr über sein HI-Problem im Bekannten- und Freundeskreis.

Das Ansprechen dieses Problems wird mit zunehmendem Alter deutlich seltener. Dies hängt eventuell auch damit zusammen, dass die Zahl der Bekannten und Freunde mit zunehmendem Alter vielfach abnimmt.

Der Umfang der Problemansprache im Bekannten- und Freundeskreis in den Altersgruppen ist signifikant unterschiedlich (exakter Fisher test, $p = 0,008$, Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$).

4.2.7 Zufriedenheit mit dem Arzt

Abbildung 4.12 zeigt, wie zufrieden die Patienten mit ihrem Arzt in Bezug auf die HI-Problematisierung sind.

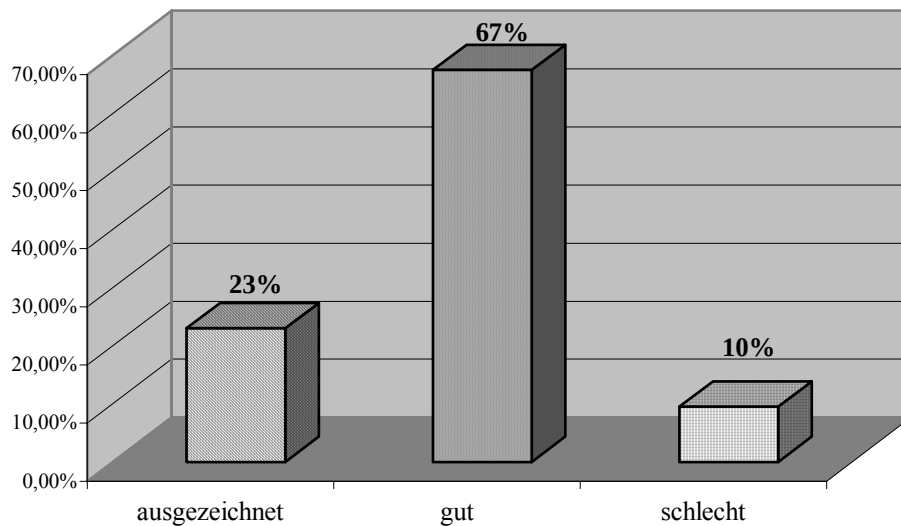


Abb. 4.12 Zufriedenheit der Patienten mit dem Arzt

Über die Hälfte der Patienten (67 %) zeigt sich gut zufrieden, von den restlichen Patienten sind 23 % ausgezeichnet und 10 % nicht zufrieden mit seiner Arbeit in Bezug auf das HI-Problem.

4.2.8 Partnerschaft

Die folgende Tabelle 4.13 zeigt, wie viele Patienten der Umfrage in noch bestehenden Partnerschaften leben.

	60-69 Jahre	70-79 Jahre	80-89 Jahre
noch bestehende Partnerschaft	22 Patienten 51 %	20 Patienten 47 %	1 Patient 2 %

Tab. 4.13 Verteilung der Patienten mit noch bestehenden Partnerschaften

In der Gruppe der 60-69 Jährigen haben noch 51 % einen Lebenspartner. Bei den 70-79 Jährigen sind es 47 %. Die einzige Patientin in der Gruppe der 80-89 Jährigen hat einen bettlägerigen pflegebedürftigen Partner und wird in den folgenden Ergebnissen dieser Erhebung deshalb nicht weiter berücksichtigt.

4.2.8.1 Körperlicher Kontakt

Die folgende Tabelle und Grafik zeigt, in welchem Umfang eine negative Veränderung des körperlichen Kontaktes zwischen den Patienten und ihren Partnern durch die HI-Problematik eingetreten ist.

Ja	40 %
Nein	60 %

Tab. 4.14 Negative Veränderung des körperlichen Kontaktes

Von allen Patienten mit noch bestehenden Partnerschaften geben 40 % an, dass sich der körperliche Kontakt zwischen ihnen und ihrem Partner aufgrund der HI-Problematik negativ verändert hat. 60 % der Patienten stellen keine Veränderung des körperlichen Kontaktes fest.

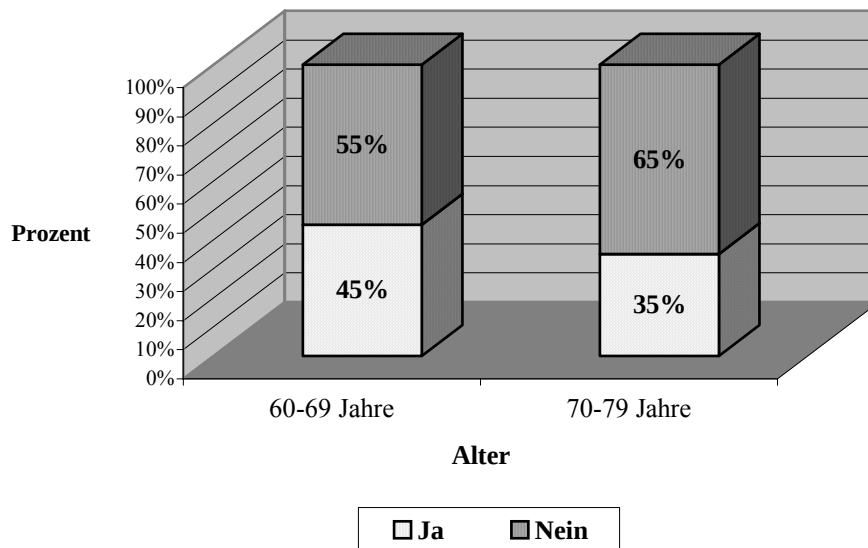


Abb. 4.13 Negative Veränderung des körperlichen Kontaktes in den Altersgruppen

In der Gruppe der 60-69 Jährigen sind es 45 %, bei den 70-79 Jährigen 35 %. Es gibt somit keinen signifikanten Unterschied in den Altersgruppen (exakter Fisher test, $p = 0,5$, Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$).

4.2.8.2 Aktivitäten des Partners

Die folgende Tabelle und Grafik zeigt die Häufigkeit der negativen Veränderung in Bezug auf die Aktivitäten der Partner von befragten Patienten.

Ja	14 %
Nein	86 %

Tab. 4.15 Negative Veränderung der Aktivitäten des Partners durch HI

Prozent	60-69 Jahre	70-79 Jahre
Ja	23 %	25 %
Nein	77 %	75 %

Tab. 4.16 Negative Veränderung der Aktivitäten des Partners in den Altersgruppen

Von den Patienten mit noch bestehenden Partnerschaften in der Gruppe der 60-69 Jährigen geben 23 % an, dass sich die Aktivitäten des Partners negativ durch die HI verändert hätten. Bei den 70-79 Jährigen sind es 25 %. In beiden Altersgruppen geben drei Viertel und mehr der Patienten an, dass durch die HI keine negative Veränderung eingetreten ist.

4.2.8.3 Einflüsse der HI auf die Partnerschaft

Die Häufigkeit von negativen Einflüssen auf die Partnerschaft insgesamt durch die HI-Problematik, werden aus der folgenden Abbildung deutlich.

Ja	30 %
Nein	70 %

Tab. 4.17 Negative Einflüsse der HI auf die Partnerschaft

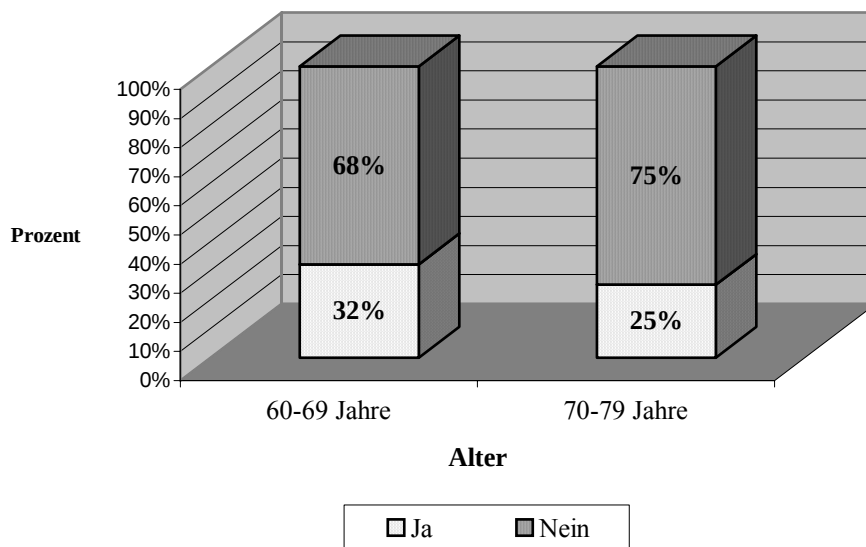


Abb. 4.14 Negative Einflüsse auf Partnerschaft in den Altersgruppen

30 % der Patienten mit Partnerschaften insgesamt geben an, dass HI einen negativen Einfluss auf ihre Partnerschaft ausübt. Von den 60-69 Jährigen gab ein Drittel und von den 70-79 Jährigen ein Viertel einen negativen Einfluss an. Die Unterschiede in den Altersgruppen sind nicht signifikant (exakter Fisher test, $p = 0,7$, Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$).

4.2.9 Zukunftsgefühl

Die Frage nach dem Zukunftsgefühl der befragten Patienten, in Bezug auf die HI-Problematic, ist wie folgt beantwortet worden:

Gut	34 %
Schlecht	66 %

Tab. 4.18 Zukunftsgefühle der Patienten mit HI

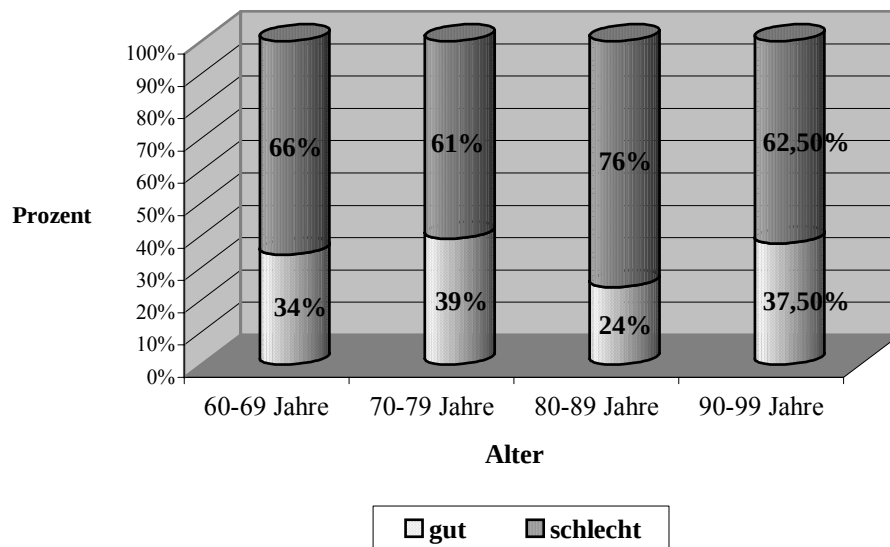


Abb. 4.15 Zukunftsgefühle der Patienten mit HI in den Altersgruppen

Bei der Frage nach dem Zukunftsgefühl, in Bezug auf die HI-Problematic, geben 66 % der Patienten ein schlechtes Gefühl an.

Dieses Ergebnis ist in allen Altersgruppen ähnlich. Bei den 70-79 Jährigen haben sogar 76 % ein schlechtes Zukunftsgefühl. Insgesamt hat nur gut ein Drittel der befragten Patienten ein positives Gefühl für die Zukunft in Bezug auf HI.

5 Diskussion

5.1 Stichprobenzusammensetzung

Bei Betrachtung der Geschlechtsverteilung der befragten Patienten ergibt sich ein deutliches Übergewicht von Frauen (94 % Frauen und 6 % Männer). Dieses Übergewicht ist auf die Problematik der Stichprobenauswahl zurückzuführen und ließ sich nach Angaben der Hausärzte, wie unter 3.3.1 beschrieben, nicht vermeiden. Die Ergebnisse dieser Studie sind daher weitestgehend eher auf Frauen zu beziehen.

Das Alter der interviewten Patienten lag im Durchschnitt bei 75 Jahren. Insgesamt war die Gruppe der 70-79-Jährigen mit 46 % am deutlichsten vertreten.

5.2 Vergleich physischer und psychischer Gesundheitszustand bei HI

Mit dem standardisierten Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität SF-12, der schon in anderen Studien mit HI als Messinstrument genutzt wurde (Melville J, 2003), konnte der physische und psychische Gesundheitszustand der befragten harninkontinenten Patienten (mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen) erfasst und mit der deutschen Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen verglichen werden.

Das Ergebnis zeigte sowohl in der Altersgruppe der 60-70-Jährigen, als auch bei den 71-99-Jährigen, dass der Wert für den physischen Gesundheitszustand der befragten Patienten mit HI, im Vergleich zum Wert des physischen Gesundheitszustandes der Population der Normstichprobe, 5-6 % niedriger war, aber nicht signifikant niedriger war.

Es konnte gezeigt werden, dass HI die gesundheitsbezogene Lebensqualität der befragten Patienten bezüglich des physischen Gesundheitszustandes nicht deutlich beeinträchtigt.

Andererseits hat sich ergeben, dass der Wert für den psychischen Gesundheitszustand der befragten Patienten mit HI, sowohl in der Altersgruppe der 60-70-Jährigen, als auch bei den 71-99-Jährigen, 8-12 % niedriger war, und damit signifikant niedriger war, als der Wert für den psychischen Gesundheitszustand bei der Population der Normstichprobe.

Es konnte somit gezeigt werden, dass HI die gesundheitsbezogene Lebensqualität der befragten Patienten bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes eindeutig beeinträchtigt.

Ein ähnliches Ergebnis zeigte eine belgische Studie, die die Korrelation zwischen HI und psychologischen Krankheitssymptomen erfasste. Auch sie ergab, dass die Prävalenz von subjektivem Krankheitsgefühl, mentalem Krankheitsgefühl, Verminderung sozialer Kontakte und vermindertem funktionalen Inhalt von sozialen Kontakten bei HI-Patienten im Vergleich deutlich grösser war. Das galt vor allem für ältere Befragte.

Die psychosozialen Konsequenzen der HI drängen also zur Nutzung von mehr Hilfsmitteln und medizinischer Aktivität (Van Oyen H, 2002).

Ähnliche Studien aus den USA, die kontinente und inkontinente Personen verglichen, zeigten, dass ein signifikant höherer Anteil der inkontinenten Befragten angab, sich alleine, traurig und depressiv fühlen (Fultz N, 2001). Ebenfalls bestand bei harninkontinenten Frauen eine signifikant höhere Prävalenz zu gleichzeitigen psychiatrischen Erkrankungen, wie Depression und Angstattacken (Melville J, 2002).

Weitere Studien aus den USA und Schweden zeigten mithilfe des Messinstruments zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität SF-36, dass HI und ihre Symptome eine signifikante Beeinträchtigung der Lebensqualität darstellt. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass sich durch Reduktion der HI-Symptome die Lebensqualität signifikant verbessert (O’Conor R, 1998).

In Schweden konnte darüber hinaus nachgewiesen werden, dass Frauen mit HI, die medizinische Hilfe in Anspruch genommen hatten, eine bessere Lebensqualität aufwiesen als diejenigen, die keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen hatten (Hagglund D, 2001). Insgesamt konnte auch in dieser Studie signifikant dargelegt werden, dass HI die Lebensqualität älterer Patienten vor allem im psychischen und sozialen Bereich einschränkt und medizinische Hilfe zur Verbesserung der Lebensqualität führt.

5.3 HI-Erfassung

5.3.1 Vorkommen

Bei der Frage nach der Beschwerdedauer zeigte sich, dass 45 % von allen Befragten seit mehr als 7 Jahren unter HI leiden.

	weniger als 3 Jahre	3 – 5 Jahre	5 – 7 Jahre	mehr als 7 Jahre
Befragte Patienten unter 80 Jahre	21 %	16 %	16 %	47 %

Tab. 5.1: Beschwerdedauer der befragten Patienten unter 80 Jahren

Von den 71 % der Befragten unter 80 Jahren litten 47 % seit mehr als 7 Jahren unter HI. Die zeigte, dass HI also nicht nur ein Problem des hohen Lebensalters ist.

Bei der Verteilung der HI-Formen ergab sich ein signifikanter Unterschied bezogen auf die Altersgruppen. In den Altersgruppen der 60-69 Jährigen und 70-79 Jährigen kam die Dranginkontinenz mit um 64 % am häufigsten vor; bei den 80-89 Jährigen sogar mit 86 %. Insgesamt ist die Dranginkontinenz im Alter die häufigste HI-Form. Der Anteil verstärkt sich tendenziell noch mit zunehmendem Alter.

Allerdings konnte diese Tendenz in der höchsten Altersgruppe der 90-99 Jährigen, die mit 8 weiblichen Patienten (6 % aller Befragten) den kleinsten Anteil der befragten Patienten darstellte, nicht mehr bestätigt werden.

Ausschlaggebend hierfür sind am ehesten die zu kleine Fallzahl in dieser Altersgruppe und die Schwierigkeiten bei der HI-Form-Differenzierung, die bei der Befragung dieser sehr alten Patienten auftauchten.

Bei der Frage nach der Häufigkeit des ungewollten Harnverlustes, unabhängig von der Therapie, zeigte sich ein ungewollter Urinabgang von mehr als 3 maligem bei 73 % der befragten Patienten am Tag und bei 46 % der befragten Patienten in der Nacht.

5.3.2 Beeinflussende Faktoren Multimorbidität und Multitherapie

Unabhängig von der HI bestanden sowohl bei den befragten Patienten, wie auch in der Population der Normstichprobe, aktuelle oder chronische Erkrankungen, die medikamentös therapiert wurden. Es wurde deshalb gezielt nach Erkrankungen gefragt, deren medikamentöse Therapie sich negativ auf die HI-Problematik auswirkt.

Die Befragung zeigte, dass die befragten Patienten zu

- 61 % gegen Bluthochdruck
- 57 % gegen Herzschwäche/ Herzrhythmusstörungen
- 31 % gegen Diabetes mellitus und
- 17 % gegen Schmerzen

eine medikamentöse Therapie erhielten.

Die Patienten leiden also häufig zusätzlich an mehr als einer Erkrankung, deren medikamentöse Therapie sich unvorteilhaft auf die HI-Problematik auswirkt (siehe 2.2.2.7). Damit tragen die Multimorbidität und deren Multitherapie in den betreffenden Lebensabschnitten entscheidend zu der HI-Problematik und der dadurch bedingten Einschränkung der Lebensqualität bei.

Eine Studie aus Kanada kam zu dem Ergebnis, dass Hausärzten bewusst werden sollte, dass es viele Medikamente gibt, die sich negativ auf die HI auswirken oder sie sogar auslösen. Viele dieser Medikamente könnten gewechselt oder überdacht werden (Finkelstein M, 2002).

5.3.3 Hilfsmittelnutzung und Therapie

5.3.3.1 Vorlagen

Von den befragten Patienten nutzten 88 % Vorlagen, die damit das am häufigsten verwendete Hilfsmittel sind.

Leider muss erwähnt werden, dass viele der befragten Patienten angaben, diese notwendigen Vorlagen seit Langem selbst zu bezahlen. Sie waren von Ihrem Hausarzt nicht darüber informiert worden, dass dieses wichtige Hilfsmittel von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt wird.

Hier hat die Befragung widererwartend noch Aufklärungsbedarf aufgezeigt.

5.3.3.2 Beckenbodengymnastik

Die konservative Methode Beckenbodengymnastik wurde von 33 % der befragten Patienten eingesetzt und bewirkte überwiegend eine subjektive Verbesserung der HI-Symptomatik. Die Nutzung der Beckenbodengymnastik bei den verschiedenen HI-Formen war signifikant unterschiedlich. Von den befragten belastungsinkontinenten Patienten nutzten 44 % diese Therapie, von den dranginkontinenten Patienten wurde sie nur zu 26 % genutzt.

Die Beckenbodengymnastik-Nutzung wurde auch von den Altersgruppen signifikant unterschiedlich angewandt. Von den befragten Patienten unter 70 Jahre machten 53 %, von den 80-89 Jährigen nur noch 17 % diese Übungen.

Hier muss berücksichtigt werden, dass, wie in 5.3.1 beschrieben, mitzunehmendem Alter die Drang-Inkontinenz anteilig zunimmt und die Patienten mitzunehmenden Alter die Gymnastik verstärkt nicht durchführen.

77 % der Patienten nutzten keine Beckenbodengymnastik. Folgende Gründe wurden vor allem von den älteren befragten Patienten dafür angegeben:

Nutzlose Versuche, Bequemlichkeit und körperliche Einschränkungen aus Altersgründen. Bemerkenswert häufig war es auch Unwissenheit über die Art der Therapie. Auch hier hat die Befragung noch Aufklärungsbedarf aufgezeigt.

Insgesamt wird deutlich, dass von den befragten Patienten vor allem die jüngeren Altersgruppen bis 79 Jahre durch Beckenbodengymnastik zwar keine Heilung, aber eine Verbesserung ihrer HI-Problematik erlebt haben.

Ein ähnliches Ergebnis zeigte eine Studie in den USA, in der 222 Frauen von 55-92 Jahren nach dem Nutzen der Beckenbodengymnastik bei Dranginkontinenz befragt wurden.

Bei 72 % der Frauen zeigte sich nach 8 Wochen regelmäßigen Trainings eine signifikante Verbesserung der HI-Problematik und der Lebensqualität (Burgio K, 2002).

Auch eine Studie aus Norwegen konnte eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität, des Sexual- und Soziallebens innerhalb von 6 Monaten durch Beckenbodengymnastik aufzeigen (Bo K, 2000).

Bei den Patienten ab 80 Jahre kann altersbedingt von einem schlechteren Ansprechen dieser Therapie ausgegangen werden. Ursachen sind wahrscheinlich die altersbedingten körperlichen Einschränkungen, der physiologische Alterungsprozess der Muskulatur, aber auch die Inkonsequenz im Training.

Offensichtlich bleibt die Frage, ob nicht die Informationsweitergabe vom Arzt zum älterem Patienten zur Anwendung und Durchführung dieser Therapie verbessert und verstärkt werden sollte.

5.3.3.3 Medikamentöse Therapie

Eine medikamentöse Therapie erhielten 41 % der befragten Patienten.

Von diesen gaben 85 % eine subjektive Verbesserung der HI-Problematik an.

Von den befragten Patienten, die mehr als 3 Mal pro Tag von ungewolltem Harnverlust betroffen waren, nahmen nur 38 % Medikamente ein. Von den Betroffenen mit 3-5 Mal pro Nacht ungewolltem Harnverlust nahmen sogar nur 31 % Medikamente ein.

Insgesamt wird nur gut ein Drittel der Patienten, die häufig von ungewolltem Harnverlust betroffen sind, medikamentös therapiert.

Die 59 % der befragten Patienten ohne medikamentöse HI-Therapie gaben an, dass Versuche keinen Nutzen gebracht hätten, sowie keine Verschreibung der Medikamente durch den Hausarzt stattgefunden habe.

Hier bleibt offen, ob bei diesen Patienten diagnostisch belegt die medikamentöse Therapie nicht gewirkt hätte. Es zeigte sich aber auch, dass viele Hausärzte die Möglichkeit der weiterführenden Diagnostik durch einen Facharzt nicht mit den Patienten besprochen oder veranlasst haben.

Insgesamt ergab sich eine Verbesserung der HI-Problematik durch medikamentöse Therapie. Das zeigten auch Ergebnisse verschiedener Studien über einzelne Wirkstoffe gegen die Pathophysiologie der HI und die Verbesserung der Lebensqualität (siehe 2.2.4.1).

Eine Studie aus Spanien über den Wirkstoff Trosipiumchlorid bei hyperaktiver Blase, der zum Teil auch von den befragten Patienten benutzt wurde, zeigte eine signifikante Verbesserung der Symptome und der Lebensqualität bei guter Verträglichkeit (Fuertes M, 2000).

Eine Studie aus Japan mit Propiverin, auch dieser Wirkstoff wurde von einem Teil der befragten Patienten benutzt, wies bei 89 Frauen in der Menopause mit Drang- oder Belastungsinkontinenz die beachtliche Heilungsrate von 52,6 % nach.

Auch eine signifikante Verbesserung der subjektiven Lebensqualität war zu verzeichnen (Ushiroyama T, 2000). Hier muss allerdings berücksichtigt werden, dass an dieser Studie auch Patientinnen unter 60 Jahre teilgenommen haben.

5.3.3.4 Weitere Therapiemöglichkeiten

Es wurden auch andere Therapiemöglichkeiten von den befragten Patienten vereinzelt genutzt, die nicht genauer erfasst werden konnten und statistisch nicht relevant waren. Dazu gehörten konservative Methoden wie z.B. intravaginale/ anale Elektrostimulation. Von den wenigen Patienten, bei denen sie angewandt wurde, gaben die meisten subjektiv jedoch nur einen geringen Nutzen an.

Zu den chirurgischen Therapie-Methoden, die die befragten Patienten haben durchführen lassen, gehörten vor allem die Hysterektomie mit Anhebung des Blasenhalses.

Wegen der wenig differenzierten Aussagen der befragten Patienten und der geringen Fallzahl sind konkrete Hinweise auf den Nutzen dieser Maßnahmen und deren Auswirkung auf die Lebensqualität leider nicht möglich.

Neuere, operative Therapiemethoden, wie z.B. das TVT-Verfahren (tension-free vaginal tape) und das RF-Verfahren (transvaginal radio frequency), wie unter 2.2.4.2 beschrieben, sind mit größter Wahrscheinlichkeit bei keinem der befragten Patienten vorgenommen worden, da bei den Patienten die meisten Operationen schon mehrere Jahre zurück lagen.

5.3.4 Einfluss der HI auf Partnerschaft und soziales Leben

30 % der befragten Patienten mit noch bestehender Partnerschaft empfanden, dass die HI die Partnerschaft beeinträchtigt. Dabei traten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen auf.

In Bezug auf die Aktivitäten des Partners empfanden nur 25 % der befragten Patienten in der jeweiligen Altersgruppe eine negative Veränderung.

Durchschnittlich 40 % der befragten Patienten gaben aber an, dass sich der körperliche Kontakt zwischen ihnen und ihrem Partner durch die HI negativ verändert hat.

Eine Studie aus den USA kam zu einem ähnlichen Ergebnis, allerdings mit einer signifikanten Altersabhängigkeit bezogen auf Einschränkungen des Sexuallebens und des Selbstbewusstseins durch HI. Von 390 dranginkontinenten Frauen unter und über 70 Jahren fühlten sich 12 % der Jüngeren und 2 % der Älteren „unattraktiver“ und hatten ein vermindertes Selbstbewusstsein. Negative Einflüsse auf das Sexualleben durch HI gaben bei den Jüngeren 45 %, bei den älteren 0 % an (Brown J, 1998).

Eine Studie aus Wien mit harninkontinenten Personen im Alter von durchschnittlich 60 Jahren kam dagegen zu einem anderen Ergebnis. 62 % der befragten Personen gaben an, eine Lebensqualitätseinschränkung durch HI zu empfinden und nur 28 % der Befragten gaben an durch HI in ihrem Sexualleben beeinträchtigt zu sein (Temml C, 2000).

Insgesamt lässt sich daraus ableiten, dass der negative Einfluss der HI auf das Sexualleben individuell sehr unterschiedlich ist. Eine Vielzahl von Patienten empfindet jedoch einen negativen Einfluss auf die Partnerschaft und damit auch auf die Lebensqualität.

Bei der Frage nach der Problemansprache im Bekannten- und Freundeskreis zeigte sich, dass 43 % der befragten Patienten nicht nur in der Familie und mit dem Hausarzt über ihre HI

gesprächen hatten. Hier muss berücksichtigt werden, dass schon die Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung eine gewisse Offenheit voraussetzte. Diese 43 % sind deshalb wahrscheinlich überhöht bezogen auf alle Betroffenen.

Signifikant unterschiedlich war der Umfang der Problemansprache in den Altersgruppen. Bei den befragten Patienten bis 79 Jahren lag sie durchschnittlich noch bei 52,5 %, bei den Älteren sank sie auf unter 31 %.

Für die geringere Offenheit bei den Befragten ab 80 Jahren könnte es verschiedene Gründe geben. Die sozialen Kontakte nehmen in der Regel im Alter infolge körperlicher Einschränkungen und des Verlustes von Bekannten durch Tod ab. Außerdem zeigte die Befragung, dass die Tabuisierung dieses Themas bei den älteren Patienten zunimmt. Viele Patienten gingen davon aus, dass dieses Problem zum Altern gehöre und nicht erwähnenswert sei.

Dies zeigte auch eine Studie aus den USA zur Erfassung von Wissen über HI bei Frauen. 50 % der Frauen glaubten dort, HI sei ab einem gewissen Alter normal. Die Mehrzahl der Patientinnen glaubte außerdem, es sei ein Frauenproblem, über das sie nicht frei sprechen könnten (Bush T, 2001).

Insgesamt bleibt festzustellen, dass HI immer noch zu den Tabuthemen unserer Gesellschaft zählt. Je älter die Patienten sind, umso stärker ist bei Ihnen die Vorstellung, dass HI eine Normalität des Alters ist.

5.4 Arzt-Patienten-Verhältnis bei HI

82 % der befragten Patienten haben das Problem HI beim Hausarzt selbst angesprochen. Dabei zeigte sich ein signifikanter Unterschied in den Altersgruppen. 90 % der Patienten bis 79 Jahre haben das Problem selbst angesprochen. Mit weiter zunehmendem Alter der Patienten verstärkte sich die Tendenz zur Nichtansprache, so waren es bei den Ältesten (90-99 Jährigen) nur noch 25 %.

Auch hier ist jedoch die verstärkte Bereitschaft zur Offenheit bei den befragten Patienten zu berücksichtigen.

Vergleichsstudien zeigen, dass die Problemansprache HI bei vielen Hausärzten und gerade älteren Patienten unzureichend getätigt wird (Cohen S, 1999).

„Nicht fragen, nichts erzählen“ sei die generelle Haltung von Patienten und Hausärzten bei HI (Cochran A, 2000).

In einer Studie in den USA wurden die häufigsten Gründe für das Nichtansprechen der HI-Problematik älterer Patienten beim Hausarzt ermittelt. Danach sahen die älteren Patienten zu 45 % die HI als ein nicht so großes Problem an. Für 19 % war sie ein normaler Teil des Alterns. Scham und Unwissenheit um Behandlungsmöglichkeiten waren dagegen nicht signifikant im Hinblick auf das Nichtansprechen erhöht (Dugan E, 2001).

Bei den Hausärzten war wahrscheinlich die Reduktion der Beratung und Therapie auf wichtigere Aspekte der Gesundheit die Hauptursache.

Daraus ergibt sich, dass Hausärzte konsequenter routinemäßig bei älteren Patienten nach HI-Symptomen fragen müssten (Knapp P, 1998).

Eine weitere Studie aus den USA ergab, dass lediglich 18 % der Ärzte bei Erst-Konsultationen älterer Patienten spontan nach Inkontinenz oder deren Symptomen fragten. Bei den Hausärzten waren es sogar nur 11 %.

Bei Problemansprache beim Erstbesuch kam es zu 48 % zu einer Verdachtsdiagnose und bei 52 % zu einem Therapie-Angebot, ohne weitere Untersuchungen, Tests oder Facharztkonsultationen (Jones T, 1998).

Eine deutsche Studie aus dem Jahr 2002 in Hausarztpraxen ergab zusätzlich, dass im Schnitt 50 % der Fälle von HI-Symptomen, Belastungs- oder gemischter Inkontinenz nicht diagnostiziert wurden und nur die Hälfte der diagnostizierten Fälle behandelt worden sind (Goepel M, 2002).

Eine weitere Studie aus den USA zeigte darüber hinaus, dass die Patienten häufig den Eindruck haben, dass ihre Hausärzte HI als ein zweitrangiges Problem ansehen, sich nur ungern damit beschäftigen und nicht viel über HI wissen (St John W, 2002).

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse ist es bemerkenswert, dass immerhin 67 % der befragten Patienten mit dem Hausarzt in der HI-Problematik gut zufrieden, 23 % sogar ausgezeichnet zufrieden und nur 10 % nicht zufrieden waren.

Auch hier ist eine Überbetonung der Zufriedenheit wahrscheinlich, denn ein Hausarzt, der sich um HI-Probleme ungern kümmert, hätte an dieser Studie eher nicht teilgenommen. Immerhin waren, sicherlich auch aus anderen Gründen, wie z. B. Zeitmangel, auf Anfrage nur ca. 35 % der Aachener Hausärzte bereit, an dieser Studie teilzunehmen.

Trotz der hohen Rate der zufriedenen Patienten haben 66 % der befragten Patienten, unabhängig von den Altersgruppen, angegeben, sie hätten ein schlechtes Gefühl bezüglich ihrer HI-Problematik. Hierbei handelte es sich meist um ein Gefühl, dass von den Befragten nicht genauer spezifiziert werden konnte. Eine tendenzielle Hoffnungslosigkeit der älteren Patienten ist wahrscheinlich.

Vieles spricht dafür, dass Hausärzte ihre älteren Patienten zu selten auf HI-Probleme oder ihre Symptome ansprechen. Einem Teil der Patienten wird dadurch nicht geholfen, da ihre HI nicht diagnostiziert und sie nicht ausreichend über Therapiemöglichkeiten aufgeklärt werden. Der Hausarzt hat insoweit einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität seiner älteren Patienten.

6 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

126 harninkontinente Patienten wurden im Winter 2001/2002 im Rahmen der Dissertation mit Hilfe des SF-12 Fragebogens zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Aachen befragt. Der Fragebogen wurde um eigene Zusatzfragen, vornehmlich zum Bereich der HI, ergänzt. Die Befragten setzten sich aus 94 % Frauen und 6 % Männer zusammen, die zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 60 und 96 Jahre alt waren (im Schnitt 75 Jahre). Es erfolgte eine differenzierte Darstellung der HI, ihrer Auswirkung auf das physische, psychische und soziale Wohlbefinden der Patienten und des Verhältnisses zwischen Hausarzt und Patient in dieser Problematik.

6.1 Harninkontinenz

Die HI-Problematik bestand bei fast der Hälfte der Patienten seit über 7 Jahren. Deutlich wurde, dass HI die Patienten nicht erst im hohen Lebensalter, sondern schon zu Zeiten, in denen sie körperlich und sozial noch sehr aktiv sind, beeinträchtigt. Knapp 75 % der Patienten litten am Tag mehr als 3 Mal unter ungewollten Urinabgang. Es besteht in allen Altersgruppen ein Übergewicht der Dranginkontinenz (63 % – 86 %) gegenüber den anderen HI-Formen. Die Patienten litten vielfach neben der HI noch an mehreren anderen akuten oder chronischen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Herzschwäche / Herzrhythmusstörungen, Diabetes mellitus oder Schmerzen, deren medikamentöse Therapie sich negativ auf die HI auswirkt. Das häufigste verwendete Hilfsmittel waren Vorlagen, die viele Patienten aus Unwissenheit selbst bezahlten. Therapeutisch wurde Beckenbodengymnastik von 33 % der befragten Patienten, vornehmlich den jüngeren durchgeführt und dabei eine deutliche subjektiver Besserung erzielt. Medikamentöse Therapie gegen HI wurde bei 41 % der Patienten mit überwiegend subjektiver Besserung eingesetzt. Insgesamt zeigten die Therapien, ähnlich wie in Vergleichsstudien, eine subjektive Verbesserung der HI-Problematik und der Lebensqualität. Bei vielen der älteren Befragten, vornehmlich bei denen, die keine therapeutische Behandlung nutzten oder bekamen, musste allerdings eine erhebliche Unwissenheit über HI und ihre Therapie-Möglichkeiten und Anwendungen festgestellt werden.

6.2 Lebensqualität mit HI

Auch diese Studie bestätigt, dass die Lebensqualität der befragten Patienten in allen Altersgruppen durch die HI eingeschränkt wird. Dies gilt vor allem für psychische und soziale Aspekte z.B. der Partnerschaft. Es zeigte sich, dass das Thema HI gesellschaftlich immer noch tabuisiert wird, und auch mit dem Arzt zu selten besprochen wird. Nur 43 % der befragten Patienten sprachen über HI mit Bekannten und Freunden; mit zunehmendem Alter verringerte sich diese Bereitschaft weiterhin. Die Einschätzung, dass HI eine normale Alterserscheinung ist, herrscht weiterhin bei den befragten Patienten vor und zeigt den noch hohen Aufklärungsbedarf in diesem Bereich.

6.3 Arzt – Patienten – Verhältnis bei Harninkontinenz

Die Ergebnisse dieser Befragung und der Vergleichsliteratur machen deutlich, dass Hausärzte das Problem der HI tendenziell zu selten ansprechen. Dadurch wird HI weniger diagnostiziert und die Patienten nicht ausreichend über Therapiemöglichkeiten aufgeklärt und behandelt.

Je älter der Patient, desto geringer ist die beidseitige Problemansprache.

Ursächlich hierfür sind auf Seiten der Hausärzte am ehesten die Reduktion auf wichtigere Therapie-Aspekte der Gesundheit und auf Seiten der Patienten wahrscheinlich die Normalität der Problematik, Scham und Unwissenheit.

Die befragten Patienten sind zwar überwiegend sehr zufrieden mit dem Hausarzt in der HI-Problematik, dennoch haben viele ein schlechtes Zukunftsgefühl bezüglich der HI.

Dies deutet auf eine tendenzielle Hoffnungslosigkeit der Patienten hin.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Qualität des Hausarzt-Patienten-Verhältnisses einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität der harninkontinenten Patienten hat.

Ein vertrauensvolles und offenes Hausarzt-Patienten-Verhältnis mit individueller Aufklärung, Beratung und Therapie, verbessert die Lebensqualität älterer, harninkontinenter Patienten.

Die entsprechenden Möglichkeiten in diesem Bereich scheinen bei weitem noch nicht ausgeschöpft zu sein.

7 Anhang

7.1 Fragebogen zur Befragung der Patienten

Haben Sie ein Problem mit der Blase?

1.) Ihr Alter: _____

2.) Geschlecht: Frau ☐ Mann ☐

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

3.) ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht
 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch *Ihren derzeitigen Gesundheitszustand* bei diesen Tätigkeiten *eingeschränkt*?

Wenn ja, wie stark?

	Ja, stark	Ja, etwas	Überhaupt nicht
4.) mittelschwere Tätigkeiten , z.B. Tisch verschieben, Staubsaugen, kegeln, Golf spielen	☐	☐	☐
5.) mehrere Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐

Hatten Sie *in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf?

	Ja	Nein
6.) Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐
7.) Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	☐	☐

Hatten Sie *in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich gefühlt haben)?

	Ja	Nein
8.) Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐
9.) Ich konnte nicht so sorgfältig wie sonst arbeiten	☐	☐

Inwieweit haben die Schmerzen Sie *in den vergangenen 4 Wochen* bei der Ausübung Ihrer Alltäglichkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

- | | | | | | |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.) | Überhaupt
nicht | Ein
bisschen | Mig | Ziemlich | Sehr |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist.

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Antwort an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

Wie oft waren Sie in den vergangen 4 Wochen...

- | | | | | | | | |
|------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Immer | Meistens | Ziemlich
oft | Manch-
mal | Selten | Nie |
| 11.) | ... ruhig und gelassen? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12.) | ... voller Energie? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13.) | ... entmutigt und traurig? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Wie *häufig* haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den *vergangenen 4 Wochen* Ihre *Kontakte* zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) *beeinträchtigt*?

- | | | | | | |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.) | Immer | Meistens | Manchmal | Selten | Nie |
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Seit *wann* haben Sie das Problem mit Ihrem ungewollten Urinverlust?

- | | | |
|------|---------------------------|--------------------------|
| 15.) | Seit weniger als 3 Jahren | ☐ |
| | Seit 3-5 Jahren | ☐ |
| | Seit 5-7 Jahren | ☐ |
| | Seit mehr als 7 Jahren | ☐ |

Wie *häufig* haben Sie *in den vergangenen 4 Wochen* ungewollten Urinabgang?

- | | | | | |
|------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1-2 Male | 3-5 Male | Mehr als 5 Male |
| 16.) | Am Tag | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17.) | In der Nacht | ☐ | ☐ | ☐ |

Was hat der Arzt gesagt, *welche Art* von Harninkontinenz Sie haben?

- 18.) ☐ Urinverlust bei häufigem und plötzlich, starkem Harndrang
(Drang-Inkontinenz)
☐ Urinverlust bei körperlicher Belastung, Husten, Niesen oder Lachen
(Stress-Inkontinenz)
☐ Häufig oder ständig „träufelnder“ Urinverlust (Überlauf-Inkontinenz)

☐ Er hat nichts gesagt/ Weiß ich nicht

Haben Sie für sich schon *Mittel und Hilfen* (z.B. Vorlagen, Katheter, Beckenbodengymnastik, Medikamente) gefunden und verwendet?

- | | Ja | Nein |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19.) Vorlagen | ☐ | ☐ |
| 20.) Katheder | ☐ | ☐ |
| 21.) Beckenbodengymnastik | ☐ | ☐ |
| 22.) andere | ☐ | ☐ |
| 23.) Medikamente, welche? | _____ | |

Haben Sie von den folgenden Erkrankungen eine, gegen die Sie *Medikamente* einnehmen?

- | | Ja | Nein |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24.) Diabetes mellitus („Zucker“) | ☐ | ☐ |
| 25.) Herzschwäche/ Rhythmusstörungen | ☐ | ☐ |
| 26.) Bluthochdruck | ☐ | ☐ |
| 27.) Schmerzen jeglicher Art | ☐ | ☐ |
| 28.) Parkinson | ☐ | ☐ |

Ist das Problem (mit der Blase) schon *angesprochen* worden?

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 29.) Haben Sie einen Arzt darauf angesprochen? | ☐ | ☐ |
| 30.) Hat Sie ein Arzt darauf angesprochen?
(„Haben Sie ein Problem mit der Blase?“ z.B.) | ☐ | ☐ |
| 31.) Haben Sie im Bekannten- oder Freundeskreis
schon darüber gesprochen? | ☐ | ☐ |

Wie hat sich der *Arzt* Ihrem Gefühl nach um dieses Problem *gekümmert*?

- | | | | |
|------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 32.) | Ausgezeichnet | zufriedenstellend-
gut | unzureichend-
schlecht |
| | ☐ | ☐ | ☐ |

Wie hat sich dieses Problem auf Ihre *Partnerschaft* *ausgewirkt*?

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 33.) Haben Sie (noch) einen Partner? | ☐ | ☐ |
| 33.1) Hat sich der <i>körperliche Kontakt</i> zwischen Ihnen und Ihrem Partner aufgrund dieses Problems <i>negativ verändert</i> ? | ☐ | ☐ |
| 33.2) Haben sich die <i>Aktivitäten Ihres Partners</i> aufgrund Ihres Problems <i>negativ verändert</i> ? | ☐ | ☐ |
| 33.3) Hat Ihr Problem <i>negative Einflüsse</i> auf Ihre Partnerschaft allgemein? | ☐ | ☐ |

Mit welchem *Gefühl* denken Sie an die *Zukunft*?

- 34.) ☐ Es wird sich wahrscheinlich nichts ändern
☐ Ich hoffe, es wird nicht schlimmer
☐ Ich möchte alle Möglichkeiten, die es für mich gibt, nutzen
☐ Ich lass mich von diesem Problem nicht unterkriegen

Eigene Bemerkungen zu diesem Fragebogen, wenn Sie möchten!

Sie haben Interesse an Studienergebnissen: ja ☐ nein ☐
Wenn ja, bitte Name und Adresse auf Deckblatt.
Ihre Angaben bleiben selbstverständlich anonym!!

8 Literaturverzeichnis

Alloussi S (1998):

Rationale Diagnostik bei Miktionsstörungen. In: Fortschritt und Fortbildung in der Medizin. Dt. Ärzteverlag, Köln, 22, 219-221

Bo K (2000): Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. Acta Obstet Gynecol Scand 79(7), 598-603

Brown J (1998):

Urge incontinence: the patient's perspective. J Womens Health 7(10), 1263-9

Bullinger M (1998a):

SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe, Göttingen, 7-8

Bullinger M, (1998b):

SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe, Göttingen, 65- 68

Bullinger M, (1998c):

SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe, Göttingen, 70. Tab. 4.3: SF-12 Summenskalen für die deutsche Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen stratifiziert nach Alter

Burdine J (2000):

The SF-12 as a population health measure – an exploratory examination of potential for application. Health Serv Res 35(4), 885-904

Burgio K, (2002):

Behavioral training in the treatment of urge incontinence in older women. JAMA 13, 288(18), 2293-2299

Bush T (2001):

Exploring women's beliefs regarding urinary incontinence. Urol Nurs 21(3), 211-218

Cochran A (2000):

Don't ask, don't tell: the incontinence conspiracy. Manag Care Q 8(1), 44-52

Cohen S (1999):

Communication between older adults and their physician about urinary incontinence.
J Gerontol A Biol Sci Med Sci 54(1), M34-37

Dmochowski R (2002):

Efficacy and safety of transdermal oxybutynin in patients with urge and mixed urinary incontinence.
J Urol 168(2), 580-586

Dmochowski R (2003):

Transvaginal radio frequency treatment of the endopelvic fascia: a prospective evaluation for the treatment of genuine stress urinary incontinence.
J Urol 169(3), 1028-1032

Dugan E (2001):

Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians.
J Am Geriatr Soc 49(4), 462-465

Eberhard J (2003):

Operative Therapie der weiblichen HI.
Ther Umsch 60(5), 282-288

Finkelstein M (2002):

Medical conditions, medications, and urinary incontinence.
Can Fam Physicians 48, 96-101

Fuertes M (2000):

Clinical trial to evaluate tiroprium chloride effectiveness and tolerance in patients with detrusor instability incontinence and its impact on quality of life.
Arch Esp Urol 53(2), 125-136

Füsgen I (1996):

Die Situation der Harninkontinenz in Deutschland.
Notabene medici 8, 379-380

Füsgen I (1998):

Therapie der Harninkontinenz beim Älteren in der Allgemeinpraxis. In: Fortschritt und Fortbildung in der Medizin.
Dt. Ärzteverlag, Köln, 22, 205 - 206

Füsgen I (1999a):

Der ältere Patient in der Hausarztpraxis.
Urban & Vogel, München, 51

Füsgen I (1999b):

Der ältere Patient in der Hausarztpraxis.
Urban & Vogel, München, 84-92

Füsgen I & Melchior H (1997):

Inkontinenzmanual.
Springer, Berlin, 55-56

Fultz N (2001):

Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence.
J Am Geriatr. Soc 49(7), 892-899

Geissbuhler V (2003):

Konservative Therapie von Harninkontinenz und Blasenbeschwerden der Frau.
Ther Umsch 60(5), 268-274

Goepel M (2001):

Patientenratgeber Blasenstörungen bei Erwachsenen und Kindern.
Springer-Verlag, Berlin, 1-2

Goepel M (2002):

Prevalence and physician awareness of symptoms of urinary bladder dysfunction.
Eur Urol 41(3), 234-239

Häfner H (1986):

Psychische Gesundheit im Alter.
Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York, 25-27

Hagglund D (2001):

Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence.
Acta Obstet Gynecol Scand 80(11), 1051-1055

Harzmann R & Wawroschek F & Bannert C (2000):

Arzneimitteltherapie in der Urologie.
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 135-142

Hasford J (1991):

Kriterium Lebensqualität. In: Tüchler H u. Lutz D (Hrsg.): Lebensqualität und Krankheit.
Deutscher Ärzteverlag, Köln, 28

Heidler H (2000):

Konservative Therapie der HI. In: Höfner K, Jonas U (Hrsg.): Praxisratgeber
Harninkontinenz.
UNI-MED, Bremen, 115-122

Hofmann S (1991):

Was macht die Lebensqualität einer Person aus?. In: Tüchler H u. Lutz D (Hrsg.):
Lebensqualität und Krankheit.
Deutscher Ärzteverlag, Köln, 51

Hohenfellner M & Dahms E & Hampel C (2002):

Diagnostik der Harninkontinenz.
GIH aktuell. CMC, Heidenheim, 23

Internationalen Kontinenz-Gesellschaft (1976):

Inkontinenz. Urologe A 15: 93 – 96

Jonas U & Heidler H & Höfner K & Thüroff JW (1998):

Urodynamik.
Enke , Stuttgart, 25-61

Jones T (1998):

Approaches to urinary incontinence in a rural population.
J Am Board Fam Pract 11(3), 207-215

Knapp P (1998):

Identifying and treating urinary incontinence – The role of the primary care physician.
Postgrad Med 103(4), 279-280, 283, 287-290

Kölbl H (2000):

Sonographiediagnostik. In: Höfner K, Jonas U (Hrsg.): Praxisratgeber Harninkontinenz.
UNI-MED, Bremen, 81-82

Kruse W (1987):

Der ältere Mensch in der ärztlichen Praxis. In: Kruse A., Lehr U., Oswald F., Rott Chr.
(Hrsg.): Gerontologie. Gerontologie, Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis.
Bayerischer Monatsspiegel Verlagsgesellschaft mbH, München, 320-330

Lange R (2000):

Streßinkontinenz – meist schon ein Problem in der Schwangerschaft.
Forschung und Praxis, 298, 10-11

Laurikainen E (2003):

The tension-free vaginal tape procedure for female urinary incontinence without preoperative urodynamic evaluation.
J Am Coll Surg 196(4), 579-583

Lehr U & Thomae H (1987):

Formen seelischen Alterns.
Enke Verlag, Stuttgart, 80-91

Madersbacher H (1996):

Rationelle Diagnostik der Harninkontinenz im Alter.
Urologe B 36: 441 – 443

Madersbacher H (2000):

Aktive Therapiemaßnahmen statt Windeln und Vorlagen.
Urologik, 1

Madersbacher H (2002a):

Management der Harninkontinenz.

Ärztemagazin Fortbildungsarbeit 8/2002. Sonderdruck aus Z. f. Geriatrie Praxis Österreich.
Manstein Medizin Medien.

Madersbacher H (2002b):

Wirkung von Medikamenten bei Dranginkontinenz.

GIH aktuell, 24, 6-9

McGuire EJ & Ohl DA & Noll F(1997):

Die Pathophysiologie der neurogenen Blasenstörungen. In: Stöhrer M, Madersbacher H, Palmtag H (Hrsg.): Neurogene Blasenfunktionsstörung, Neurogene Sexualstörung.

Springer-Verlag, Berlin; Heidelberg; New York, 5-11

Melchior H (1996):

Harninkontinenz im Alter.

Dt Ärztebl, 93, 316–320

Melchior H (2001):

Schlingensuspension: Was ist neu?

GIH aktuell, 19, 6-8

Melchior H & de Geeter P (2000):

GIH Qualitätsmanual Miktionsstörungen & Harninkontinenz.

pmi Verlag, Frankfurt a.M., 37-41

Melville J (2002):

Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life and functional status in woman with urinary incontinence.

Am J Obstet Gynecol 187(1), 80-87

Melville J (2003):

Relationship between patient report and physician assessment of urinary incontinence severity.

Am J Obstet Gynecol 189(1), 76-80

Mink D (1998):

Miktionsstörungen bei Frauen im Alter.

Dt. Ärztebl, 95, 962-963

Müller S (2000):

Chirurgische Therapie der Stressinkontinenz. In: Höfner K, Jonas U (Hrsg.): Praxisratgeber Harninkontinenz.

UNI-MED, Bremen, 146-160

O´Conor R (1998):

Urge incontinence – Quality of life and patients´ valuation of symptom reduction.

Pharmacoeconomics 14(5), 531-539

O'Neil (2003):

Approach to urinary incontinence in women – diagnosis and management by family physicians.
Can Fam Physicians 49, 611-618

Petri E (1993):

Stressinkontinenz der Frau. In: Hertle L, Pohl J (Hrsg.): Urologische Therapie.
Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 169-174

Pientka L & Salm B (2000):

Harninkontinenz im Alter. In: Höfner K, Jonas U (Hrsg.): Praxisratgeber Harninkontinenz.
UNI-MED, Bremen, 209 – 211

Resnick NM (1995):

Urinary incontinence.
Lancet 346, 94 – 96

Robinson D (1998):

Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures.
Obstet Gynecol 91(2), 224-228

Schultz-Lampel D & Thüroff JW (1993):

Dranginkontinenz. In: Hertle L, Pohl J (Hrsg.): Urologische Therapie.
Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 179-180

Schultz-Lampel D & Thüroff JW (1997):

Neurogene Systemerkrankungen- Ursachen und Auswirkungen auf die Blasenfunktion. In: Stöhrer M, Madersbacher H, Palmtag H (Hrsg.): Neurogene Blasenfunktionsstörung, Neurogene Sexualstörung.
Springer-Verlag, Berlin; Heidelberg; New York, 18-22

Steffens J (1998):

Miktionsstörungen bei Männern im Alter.
Dt. Ärztebl, 95, 961-962

St John W (2002):

“Oh, that a bit of a nuisance”: community-dwelling clients perspectives of urinary incontinence health service provision.
J Wound Ostomy Continence Nurs 29(6), 312-319

Stöhrer M (1996):

Konservative Therapie bei neurogenen Blasenfunktionsstörungen. In: Stöhrer M, Madersbacher H, Palmtag H (Hrsg.): Neurogene Blasenfunktionsstörung, Neurogene Sexualstörung.
Springer-Verlag, Berlin; Heidelberg; New York, 127-128

Temml C (2000):

Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life.

Neurourol Urodyn 19(3), 259-71

Thomae H (1987):

Lebenszufriedenheit im Alter. In: Kruse A., Lehr U., Oswald F., Rott Chr. (Hrsg.): Gerontologie, Wissenschaftliche Erkenntnisse und Folgerungen für die Praxis.

Bayerischer Monatsspiegel Verlagsgesellschaft mbH, München, 219-220

Thüroff J (1998):

Was bündigt die Fluten?

Urologe (B), 38, 23-36

Ushiroyama T (2000):

Clinical efficacy of clenbuteraol and propiverine in menopausal women with urinary incontinence: improvement of quality of life.

J Med 31(5-6), 311-319

Van Oyen H (2002):

Urinary incontinence in Belgium – prevalence, correlates and psychosocial consequences.

Acta Clin Belg 57(4), 201-218

Vassallo B (2002):

Tension-free vaginal tape: a quality-of-life assessment.

Obstet Gynecol 100(3), 518-524

Welz-Barth A (1998):

Harninkontinenz könnte erheblich besser betreut sein.

Forschung und Praxis, 266, 17-20

Welz-Barth A & Füsgen I (1995):

Inkontinenz. In: Füsgen I (Hrsg): Der ältere Patient.

Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, 267-274

Welz-Barth A & Füsgen I (1998):

Tabu-Erkrankung: Harninkontinenz-Ergebnisse einer Praxiserhebung.

Geriatrische Forschung, 8, 143-148

Wiedemann A (2000):

Dranginkontinenz – sozialer Rückzug muss verhindert werden.

Forschung und Praxis, 298, 12-13

Wyman J (1998):

Comparative efficacy of behavioral interventions in the management of female urinary incontinence.

Am J Obstet Gynecol 179(4), 999-1007

9 Danksagung

Frau Prof. Dr. med. W. Kruse, Professorin für Allgemeinmedizin der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, danke ich für die Überlassung des Themas.

Des Weiteren danke ich Frau Dr. med. N. Kuth für die stete Hilfe und Unterstützung meiner Arbeit.

Ebenso danke ich Herrn Prof. Dr. rer. nat. R-D. Hilgers, Professor für Biometrie und medizinische Statistik der RWTH-Aachen, und Frau Dipl. Stat. N. Heussen für die grosse Unterstützung bei statistischen Fragen dieser Arbeit.

Außerdem möchte ich meinen Eltern, meinem Mann und Dania Dhingra für die Unterstützung bei der Fertigstellung meiner Arbeit danken.

10 Curriculum Vitae

Name: Naumann-Husemeyer, Marike
Geburtstag: 21. Oktober 1976
Geburtsort: Bonn
Nationalität: Deutsch
Stand: verheiratet

Eltern: Vater: Dipl. agrar. Dr. Cord-Hinrich Husemeyer
Mutter: Pädagogin M. Husemeyer, geb. Steinmann

Schule: Aug. 1983 Kath. Grundschule Holzlar, Bonn
Aug. 1987 Beethoven-Gymnasium, Bonn
Juli 1996 Abitur

Studium der Humanmedizin: Oktober 1996 bis März 1999
Universität des Saarlandes, Homburg
April 1999 bis Mai 2003
Rheinisch-Westfälisch-Technische-Hochschule Aachen

Ärztliche Vorprüfung: September 1998
1. Teil Ärztliche Prüfung: März 1999
2. Teil Ärztliche Prüfung: September 2001
3. Teil Ärztliche Prüfung: Mai 2003

Tätigkeit als Assistenzärztin : September 2003 bis März 2005
Abteilung Medizin, Kreisspital Muri, Schweiz
Seit April 2005
Abteilung Medizin, Spital-Bern-Ziegler, Schweiz