

Aktuelle Urologie

Herausbergremium

D. Jocham, Lübeck
K. Miller, Berlin
S. Roth, Wuppertal

Rubrikherausgeber

D. Jocham, Lübeck
K. Miller, Berlin
Übersichten
P. Albers, Düsseldorf
A. Heidenreich, Aachen
H. Leyh, Garmisch-Partenkirchen
Operative Techniken
A. Schröder, Mainz
R. Stein, Mainz
Referiert und kommentiert
K. P. Jünemann, P. Braun,
S. Hautmann, Kiel
Fragen für den Facharzt
S. Roth, Wuppertal
B. Ubrig, Dortmund
Tipps und Tricks
M. Schostak, Berlin
Online aktuell
W. Thon, J. Stein, Hannover
Qualitätsmanagement
D. Schultheiss, Gießen
F. Moll, Köln
Klassiker der Urologie

Wissenschaftlicher Beirat

P. Alken, Mannheim
E. Becht, Frankfurt a. M.
K. Dreikorn, Bremen
J. Fichtner, Oberhausen
R. Hofmann, Marburg
M. Hohenfellner, Heidelberg
G. Jakse, Aachen
K.-P. Jünemann, Kiel
T. Kälble, Fulda
D. Kröpfl, Essen
A. Lampel, Villingen-Schwenningen
S. C. Müller, Bonn
B. Schmitz-Dräger, Fürth
J. Schubert, Jena
J. Steffens, Eschweiler
C. Stief, München
M. Stöckle, Homburg/Saar
J. W. Thüroff, Mainz
W. Weidner, Gießen
M. Wirth, Dresden

● Sonderdruck für private Zwecke des Autors

● Sonderdruck für private Zwecke des Autors

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
D-70469 Stuttgart
Postfach 30 11 20
D-70451 Stuttgart

Sonderdruck

© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York

Nachdruck nur mit
Genehmigung des Verlages

40. Jahrgang 2009

Harninkontinenztherapie in der hausärztlichen Praxis

Therapy for Urinary Incontinence in General Practice

Autoren

A. Wiedemann¹, I. Füsgen²

Institute

¹ Urologische Abteilung, Evangelisches Krankenhaus Witten, Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten / Herdecke

² Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten / Herdecke, Geriatrische Kliniken Wuppertal

Schlüsselwörter

- ▷ Inkontinenz
- ▷ Inkontinenztherapie
- ▷ Ersttherapie
- ▷ Hausarzt
- ▷ Fortbildung

Key words

- ▷ incontinence
- ▷ incontinence therapy
- ▷ primary care
- ▷ general practitioner
- ▷ education

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1098911
Aktuel Urol 2009; 40: 242–246
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 001-7868

Korrespondenzadresse

Dr. Andreas Wiedemann
Urologische Abteilung
Evangelisches Krankenhaus
im Diakoniewerk Ruhr
Pferdebachstr. 27–43
58455 Witten
Tel.: 023 02 / 1 75 25 21
Fax: 023 02 / 1 75 20 75
awiedemann@dwr.de

Zusammenfassung

Nach Leitlinien spielt der Hausarzt eine wichtige Rolle in der Diagnose und Ersttherapie der Harninkontinenz. Über die Situation des hausärztlichen Inkontinenzmanagements existieren im deutschen Sprachraum keine Daten. Deshalb wurden 2 bundesweite Fortbildungsreihen für Allgemeinmediziner und Gynäkologen dazu benutzt, eine schriftliche Umfrage zur Situation des Inkontinenzmanagements in den jeweiligen Praxen durchzuführen. Mit 2530 ausgefüllten Erhebungsbögen stellt die Untersuchung die europaweit größte Erhebung zum Thema dar. Hausärzte geben in 57,3% an, sich häufig mit Inkontinenz zu beschäftigen. Dabei werden aktiv ältere Patienten (73,7%) und solche mit bestimmten Indikator-Erkrankungen (64,9%) nach einer Harninkontinenz befragt. Diagnostisch wird nach eigenen Angaben überwiegend mit der Inkontinenzanamnese und einem Urinstatus gearbeitet, Miktionsprotokolle und Sonografie werden seltener angewendet. In der Therapie wird am häufigsten zum Facharzt überwiesen (76,6%) oder ein Medikamenten- (59,4%) oder Hilfsmittelrezept (45,4%) ausgestellt. Bei der Medikamentenverordnung werden am häufigsten Anticholinergika verschrieben (70,6%), seltener Duloxetin (27,5%). Die Kenntnisse über das Thema „Harninkontinenz“ stammen bei Hausärzten nur zum geringeren Teil aus dem Studium (35%), den höchsten Stellenwert besitzen hier Fortbildungsveranstaltungen (72,2%). Damit zeichnet die vorliegende Erhebung ein realistisches Bild der Inkontinenzversorgung in der Hausarztpraxis in Deutschland. Die meisten Hausärzte kümmern sich um das Thema mit einigen wenigen diagnostischen Basismaßnahmen und verschreiben durchaus Inkontinenzmedikamente oder überweisen zum Facharzt. Verbesserungspotenzial scheint vor allem bei der systematischen (universitären) Ausbildung vorzuliegen.

Abstract

In national and international guidelines the general practitioner plays an important role in the diagnosis and first-line therapy for urinary incontinence. Nevertheless, there is a lack of data concerning details of the management of incontinence in primary care in Germany. Therefore a series of nationwide educational events for general practitioners and gynaecologists was used to perform a survey dealing with the situation of urinary incontinence in general practice. With 2530 questionnaires filled out and returned, this is the largest European survey on this subject. General practitioners declare in 57.3% to be often involved with urinary incontinence. They usually question elderly patients about urinary incontinence (73.7%) or those patients with diseases carrying the risk of developing urinary incontinence (64.9%). Based on the diagnostic options in primary care, an incontinence anamnesis and urine evaluation are performed. A sonography or micturition diary was more infrequent in primary care in this survey. General practitioners most frequent refer the patient to a specialist (76.6%) or prescribe the incontinence-type anticholinergic drugs (59.4%) or absorbent products (45.4%); duloxetine (27.3%) is less frequently prescribed. The knowledge about urinary incontinence is gained in educational events (72.2%); the course of studies was the source of incontinence skills for general practitioners only in 35%. In conclusion, this survey gives a realistic view on the incontinence management in primary care in Germany. The majority of general practitioners are engaged in incontinence, perform basic diagnostic features and prescribe drugs or absorbent products. The course of (university medical school) studies as a source of skills to diagnose or to treat incontinence should be improved.

Einleitung

Inkontinenz ist ein häufiges Problem in der hausärztlichen Praxis. Werden Patienten im Wartezimmer ihres Hausarztes aktiv befragt, geben 45,5% der männlichen bzw. 37% der weiblichen Patienten eine Harninkontinenz an [1, 2]. Rund die Hälfte dieser Betroffenen hatte sich bisher noch keinem Mediziner offenbart. Hausärzte verschreiben überwiegend Vorlagen [3], oftmals ohne direkten Arzt-Patienten-Kontakt. Sie sind jedoch europaweit häufig die ersten Ansprechpartner, wenn es um Inkontinenzbeschwerden geht [4].

Dabei ist eine sichere Klassifizierung einer Harninkontinenz auch mit den Mitteln eines Hausarztes mit einer hohen Sensitivität und Spezifität möglich [5, 6]. Zusätzlich ist eindeutig belegt, dass auch mit den therapeutischen Möglichkeiten des Hausarztes eine effektive Therapie der Harninkontinenz, ja sogar Heilung möglich ist. So konnten bei einer Beobachtungsdauer von 56 Monaten 27% der Betroffenen geheilt und 26% deutlich gebessert werden durch den Einsatz von Beckenbodengymnastik, Elektrostimulation, Östrogen-Substitution und Hilfsmittelverschreibung [7]. Dies konnte auch durch PAD-Tests bestätigt werden: eine hausärztliche Therapie führte nach 12 Monaten zu einer Reduktion des Urinverlusts von im Mittel 28 auf 12 g in 24 h.

Häufig führt jedoch das Erstgespräch über eine Harninkontinenz beim Hausarzt nicht zu einer spezifischen Therapie: 71% der Frauen mit Inkontinenz erhielten im ersten Jahr nach Beschwerdeäußerung keinerlei Therapie, bei 13% wurde ein Blasentraining oder Beckenbodengymnastik veranlasst, in 11% ein Spasmolytikum rezeptiert [8]. Übereinstimmend beklagen Hausärzte eine unvollständige Ausbildung auf dem Gebiet der Harninkontinenz [9]. Valide Daten zur Situation der Inkontinenzdiagnostik und -therapie in der Hausarztpraxis in Deutschland existieren bisher nicht. Die vorliegende Umfrage sollte diese Lücke schließen.

Methodik

Es wurden mit einem Fragebogen die Teilnehmer von 2 bundesweiten Fortbildungsreihen der „Gesellschaft für medizinische Information mbH“ mit Sitz in München zur Situation der Harninkontinenztherapie in ihrer Praxis befragt. Es handelte sich um jeweils eine Fortbildungsreihe für Hausärzte, an der auch Kollegen anderer Fachrichtungen teilnahmen, und eine für Gynäkologen. Die Fragebögen lagen zu Beginn bei allen Fortbildungsveranstaltungen des Jahres 2007 aus und wurden am Anfang der Veranstaltung als Projekt des Lehrstuhls für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke angekündigt. Sie enthielten Fragen zur Fachrichtung der befragten Ärzte zu ihren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei Harninkontinenz und zur Herkunft der Kenntnisse über das Thema.

Ergebnisse

Insgesamt 2530 Fragebogen wurden komplett ausgefüllt abgegeben. Bei einer Gesamtteilnehmerzahl von 4600 entspricht dies einer Rücklaufquote von 55,4%. Insgesamt nahmen an den beiden Fortbildungsreihen Hausärzte (Allgemeinmediziner und praktische Ärzte), hausärztlich tätige Internisten, spezialisierte Internisten und Gynäkologen teil (Abb. 1). 44 Teilnehmer gaben weitere Fachgruppen an (Urologen, Arbeitsmediziner, Hautärzte,

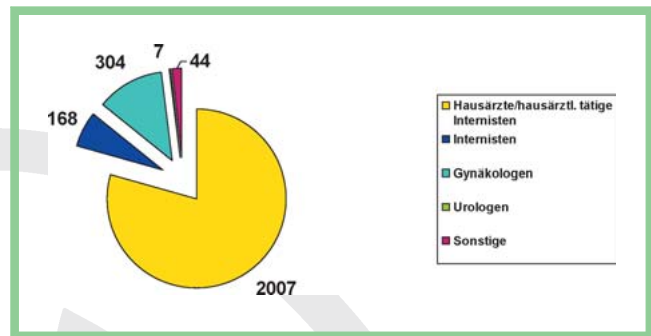


Abb. 1 Fachgruppenverteilung.

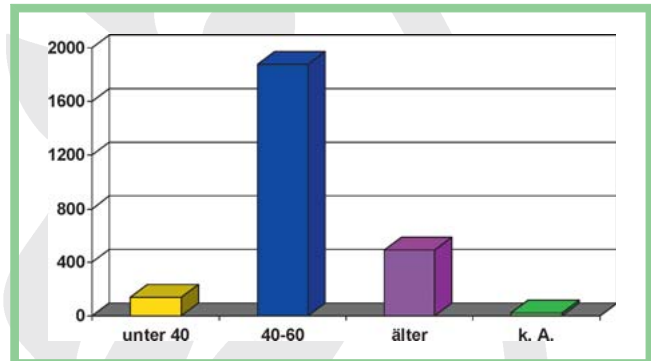


Abb. 2 Altersverteilung.

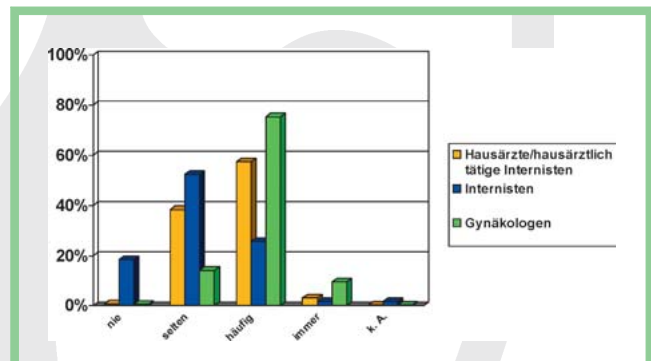


Abb. 3 Beschäftigung mit Harninkontinenz.

Neurologen u.a.), diese wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

Die Altersverteilung der befragten Hausärzte zeigt die Mehrheit in der Altersgruppe der zwischen 40 und 60 Jahre alten Kollegen (Abb. 2).

57,3% der Hausärzte und 75,3% der Gynäkologen beschäftigen sich häufig mit Harninkontinenz (Abb. 3).

Die antwortenden Hausärzte gaben an, überwiegend ältere Patienten oder solche mit bestimmten Erkrankungen wie neurologische Leiden gezielt nach Harninkontinenz zu befragen (Abb. 4), rund 10% berichteten, alle Patienten nach einer Harninkontinenz zu befragen. 5,7% der Hausärzte und 2% der Gynäkologen fragen überhaupt nicht nach Harninkontinenz, dieser Anteil liegt bei spezialisierten Internisten bei 17,9%.

Erfragt wurde die Art der Basisdiagnostik in der Praxis in den Kategorien „gezielte Inkontinenzanamnese“, „Miktionsprotokoll“, „Urinstatus“ und „Sonografie des Harntraktes inklusive einer

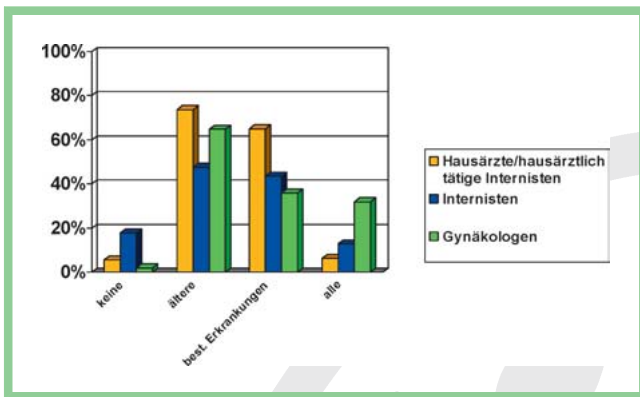


Abb. 4 Charakteristika der Patienten, die gezielt nach Harninkontinenz befragt werden (Mehrfachnennungen waren möglich).

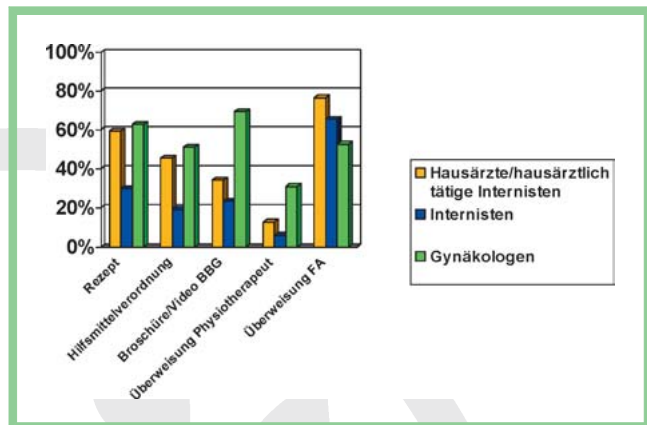


Abb. 6 Therapeutische Maßnahmen.

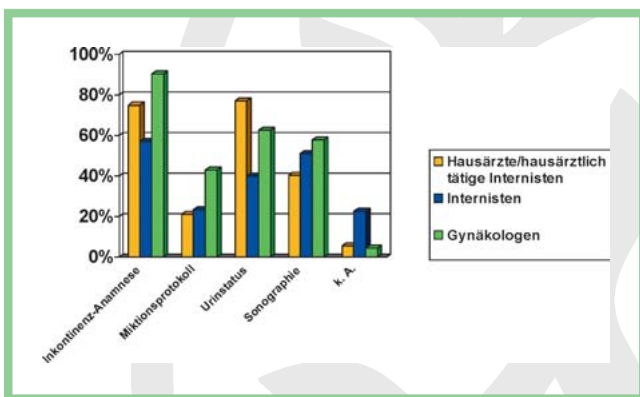


Abb. 5 Basisdiagnostik.

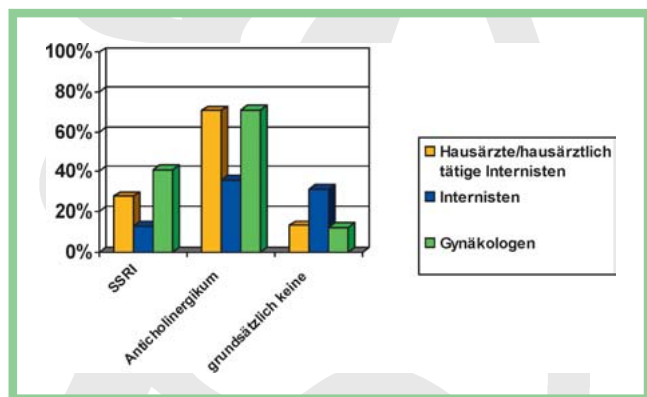


Abb. 7 Was wird verordnet?

Restharnbestimmung“. Während die Inkontinenzanamnese und der Urinstatus bei Hausärzten in der überwiegenden Mehrheit zur Basisdiagnostik einer Harninkontinenz durchgeführt werden, wird das Führen eines Miktionsprotokolls nur in 21% und eine Sonografie nur in 40,2% der Verdachtsfälle initiiert. Dieser Prozentsatz liegt bei Gynäkologen mit 43 bzw. 57,9% höher (Abb. 5).

Therapeutische Maßnahmen (Abb. 6) umfassen in der hausärztlichen Praxis eine Medikamentenverordnung in 59,4%, eine Hilfsmittelverordnung in 45,4%, das Einleiten von Beckenbodengymnastik ohne physiotherapeutische Begleitung mittels Überreichen einer Broschüre oder eines Videos in 34% und die Überweisung zum Facharzt in 76,6% der Fälle. Analog ergaben sich bei den spezialisierten Internisten und den Gynäkologen 29,8/62,8%, 19/51%, 23,3/69,4% und 65/52,6%. Mehr als die Hälfte der antwortenden Gynäkologen tätigt damit Überweisungen zu einem Facharzt eines anderen Fachgebiets. Beckenbodengymnastik unter physiotherapeutischer Anleitung initiieren nur rund 12,6% der befragten Hausärzte und 6% der spezialisierten Internisten, während 30,9% der befragten Gynäkologen zum Krankengymnasten überweisen.

Wenn eine Medikamentenverordnung getätigt wird, ist dies bei Hausärzten überwiegend ein Anticholinergikum (70,6%), der Serotonin-reuptake-Hemmer Duloxetine wird nur in 27,5% verordnet. Demgegenüber rezeptieren Gynäkologen in 40,8% Duloxetine und in 71,1% Anticholinergika. 13,1% der Hausärzte, 31%

der spezialisierten Internisten und 12,2% der Gynäkologen geben an, grundsätzlich keine Medikamente mit der Indikation „Harninkontinenz“ zu verordnen (Abb. 7).

Die Frage, welche Anticholinergika in Wirkungsweise und Nebenwirkungsprofil bekannt sind, zeigte hinsichtlich der für die Indikation „OAB“ zugelassenen Anticholinergika und des Serotonin-Reuptake-Hemmers einen durchaus unterschiedlichen Bekanntheitsgrad der zur Verfügung stehenden Substanzen: 50,2% der Hausärzte, 24,4% der spezialisierten Internisten und 77,3% der Gynäkologen gaben entsprechende Kenntnisse bez. Duloxetine an. Das bekannteste Anticholinergikum bei Hausärzten und Gynäkologen ist Oxybutynin (78,2 resp. 78,9%) gefolgt von Tropiciumchlorid (69,1 resp. 63,8%), Tolterodin (28,5 resp. 61,5%), Darifenacin (14,8 resp. 16,8%), Propiverin (14,4 resp. 17,8%) und Solifenacin (9,1 resp. 19,7%). Spezialisierte Internisten geben durchweg in einem halbierten Prozentsatz an, die entsprechenden Substanzen hinsichtlich Wirkweise und Nebenwirkungsprofil zu kennen (Abb. 8).

Ihre Kenntnisse auf dem Gebiet der Harninkontinenz haben Hausärzte und Gynäkologen übereinstimmend auf Fortbildungsveranstaltungen erhalten – während die Weiterbildung bei Hausärzten nur in 30,7% Inkontinenz-Know-how vermittelte, war das bei Gynäkologen in 77,6% der Fall. Die universitäre Ausbildung trägt nach eigenem Bekunden nur bei 35% der Hausärzte und 24,7% der Gynäkologen dazu bei, zum Thema Inkontinenz auszubilden (Abb. 9).

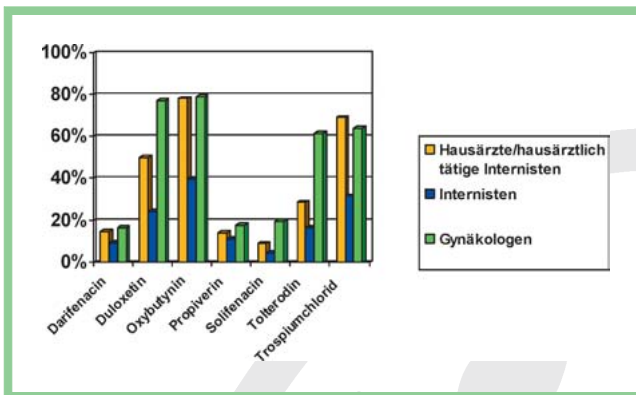


Abb. 8 Bekanntheitsgrad der zur Inkontinenzbehandlung zugelassenen Medikamente.

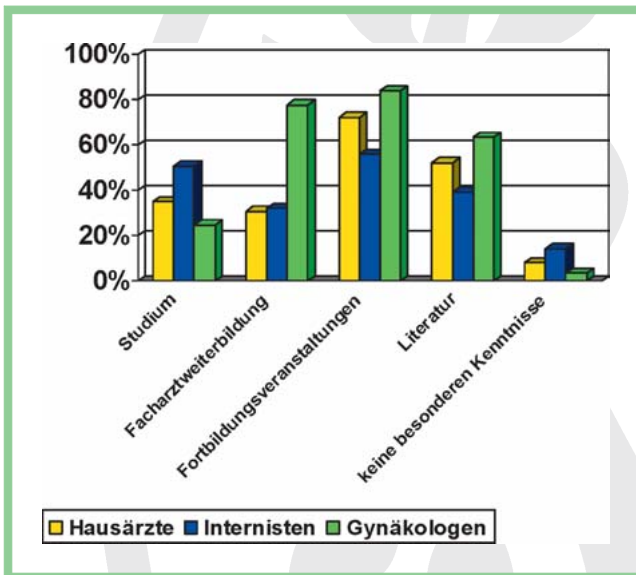


Abb. 9 Quellen der Ausbildung zum Thema Inkontinenz.

Diskussion

Dem Hausarzt kommt in puncto Harninkontinenz eine Schlüsselposition zu: Als langjährig bekannte Vertrauensperson für den Betroffenen, Ansprechpartner für Angehörige, Pflegedienste oder Pflegepersonal in stationären Einrichtungen ist er oft der erste Mediziner, der mit einer Harninkontinenz bei einem Patienten konfrontiert wird. Er entscheidet über Behandlungsfähigkeit, Versorgung oder aktive Therapie. Die Basisdiagnostik mit dem Zweck des Infekt- und Restharnausschlusses sowie der Inkontinenzklassifizierung ist dabei durchaus vom Hausarzt zu leisten und sollte – so die Fachgesellschaften – bei eindeutigen, unkomplizierten Befunden zur Einleitung einer zumeist konservativen Therapie führen.

Unsere Arbeitsgruppe wollte in Erfahrung bringen, ob zwischen diesem Anspruch und der Realität im Zeitalter von Kostendruck, Budgetzwang und immer noch real existierender Tabuisierung des Problems eine Lücke klafft.

Eine bundesweite Fortbildungsveranstaltung bei Hausärzten erbrachte die Möglichkeit, diese Kollegen nach dem Management dieses Problems zu befragen. Zum Vergleich wurden aus den Teilnehmern dieser Veranstaltungsreihe die Kollegen separat betrachtet, die nicht als Allgemeinmediziner oder praktische

Ärzte hausärztlich tätig sind. Hier wurde die Gruppe der spezialisierten Internisten und der Gynäkologen als Vergleichsgruppe separat ausgewertet.

Während die Frage nach Risikogruppen (explizit wurden in der Frage Ältere, Diabetiker und neurologisch Kranke angesprochen) mit dem positiven Ansprechen in über drei Viertel der Fälle eine Sensibilität für das erhöhte Risiko der Harninkontinenzentwicklung andeutet, demonstriert der Einsatz der Basisdiagnostik die Beschränkung auf die Inkontinenzanamnese und die Urinuntersuchung. Von einem Miktionsprotokoll oder einer Ultraschalluntersuchung aus dieser Indikation heraus machen nur wenig mehr als die Hälfte der Befragten Gebrauch. Aber selbst bei 23% der Hausärzte und 38% der Gynäkologen findet der Urinstatus in einer Inkontinenzabklärung keine Berücksichtigung.

Therapeutisch ist die häufigste Maßnahme des Hausarztes die Überweisung zum Facharzt gefolgt von einer Medikamenten- und Hilfsmittelverordnung. Die Einleitung von Physiotherapie gehört mit 12% zur Ausnahme, analog stellen nur 30% der Gynäkologen KG-Rezepte aus. Werden Medikamente verordnet, sind dies bei Hausärzten überwiegend Anticholinergika und seltener Duloxetin, was naturgemäß und indikationsbedingt häufiger durch Gynäkologen verschrieben wird. Jeder 8. Hausarzt und jeder 8. Gynäkologe sowie jeder 3. spezialisierte Internist geben an, grundsätzlich keine Medikamente zur Therapie einer Harninkontinenz zu verschreiben. Von den zur Verfügung stehenden Anticholinergika erfreuen sich Oxybutynin und Trospiumchlorid der größten Bekanntheit – möglicherweise als Ausdruck der langen Marktpräsenz. Neuere Substanzen wie Solifenacin oder Darifenacin sind deutlich weniger bekannt. Während Duloxetin in Wirkung und Nebenwirkungen nach eigenem Bekunden rund 50% der befragten Hausärzte bekannt ist, liegt dieser Prozentsatz bei Gynäkologen bei 77%. Obwohl von der Indikation der leichten und mittelgradigen Belastungsinkontinenz der Frau her geradezu prädestiniert für die ambulante Therapie, scheinen 23% der befragten Gynäkologen Duloxetin nicht ausreichend zu kennen.

Die Ausbildung auf dem Gebiet der Harninkontinenz ist bei Hausärzten im Gegensatz zu Gynäkologen nicht universitär und steht in der Facharztweiterbildung nicht im Vordergrund, während Gynäkologen zu drei Viertel mit dem Thema im Rahmen ihrer Facharztausbildung konfrontiert wurden. Dies korrespondiert mit einer entsprechenden Rate an Überweisungen zu Fachärzten, die bei Gynäkologen mit 52% deutlich niedriger ausfällt als bei Hausärzten, die mit 76,6% die höchste Überweisungsquote aufweisen.

Die vorliegende Umfrage zeichnet ein realistisches und nüchternes Bild des Inkontinenzmanagements in der Hausarztpraxis, das noch weit entfernt ist von der Idealvorstellung der Fachgesellschaften. Sie sieht vor, dass der Hausarzt die Inkontinenz wenigstens bei Risikogruppen wie Hochbetagten, neurologisch Kranken oder Diabetikern anspricht, eine Basisdiagnostik aus Inkontinenzanamnese, Miktionsprotokoll, Urinstatus und Ultraschall anstrengt und beginnt zu therapieren – unter Ausnutzung der physiotherapeutischen Möglichkeiten und Verordnung der zur Verfügung stehenden Pharmaka. Aber schon die Basisdiagnostik beschränkt sich bei vielen Hausärzten (und auch Gynäkologen) auf die Inkontinenzanamnese und den Urinstatus. Physiotherapie unter krankengymnastischer Anleitung wird nur selten verordnet, Medikamente in wechselndem Ausmaß. 12% der befragten Hausärzte und Gynäkologen verordnen grundsätzlich keine Inkontinenzmedikamente. Es bleibt hier zu hoffen, dass die Kollegen ihre Patienten in fachärztliche Hände überweisen, um die Therapiechance nicht ungenutzt verstreichen zu lassen.

Schlussfolgerung

Obwohl häufig der erste Ansprechpartner für das Tabuthema Harninkontinenz, nutzen nicht alle Hausärzte die Möglichkeiten der Basisdiagnostik und nicht invasiven Therapie der Harninkontinenz aus. Dies scheint vor allem in der mangelnden universitären Ausbildung zum Thema begründet zu sein, ein Manko, das Fortbildungsveranstaltungen oder Literaturstudium offenbar nur ungenügend kompensieren können. Hier sehen die Autoren Verbesserungspotenzial.

Literatur

- 1 *Minaire P, Jacquetin B.* The prevalence of female urinary incontinence in general practice. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992; 21: 731–738
- 2 *Shaw C, Gupta RD, Bushnell DM et al.* The extent and severity of urinary incontinence amongst women in UK GP waiting rooms. *Fam Pract* 2006; 23: 497–506
- 3 *Abers-Heitner P, Berghmans B, Nieman F et al.* How do patients with urinary incontinence perceive care given by their general practitioner? A cross-sectional study. *Int J Clin Pract* 2008; 62: 508–515
- 4 *O'Donnell M, Viktrup L, Hunskaar S.* The role of general practitioners in the initial management of women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the UK. *Eur J Gen Pract* 2007; 13: 20–26
- 5 *Lagro-Janssen AL, Debruyne FM, Van WC.* Value of the patient's case history in diagnosing urinary incontinence in general practice. *Br J Urol* 1991; 67: 569–572
- 6 *Lagro-Janssen T, Van WC.* Long-term effect of treatment of female incontinence in general practice. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1735–1738
- 7 *Seim A, Sivertsen B, Eriksen BC et al.* Treatment of urinary incontinence in women in general practice: observational study. *BMJ* 1996; 312: 1459–1462
- 8 *Penning-van Beest FJ, Sturkenboom MC, Bemelmans BL et al.* Undertreatment of urinary incontinence in general practice. *Ann Pharmacother* 2005; 39: 7–21
- 9 *Lose G, Jacobsen AT, Madsen H et al.* General practitioners' knowledge of and attitude to assessment and treatment of women with urinary incontinence. A questionnaire among general practitioners in Denmark. *Ugeskr Laeger* 2001; 163: 5183–5188