

## Vorurteile stehen Inkontinenz-Therapie häufig im Weg

„Viele Betroffene ahnen nicht, dass die Symptome der Belastungsinkontinenz erfolgreich konservativ therapierbar sind und scheuen daher oft über Jahre den Gang zum Arzt“, sagt Dr. Ulrike Hohenfellner, niedergelassene Urologin aus Heidelberg. Neben der Unkenntnis vieler Betroffener sorgen zudem zahlreiche Vorurteile für ein verzerrtes Bild von Erkrankung und Behandlung. Im Interview spricht Dr. Hohenfellner über Vorbehalte und Wünsche von Patientinnen, Risikofaktoren und Therapiemöglichkeiten der Belastungsinkontinenz.

**Frage:** Welche Vorurteile hinsichtlich ihrer Erkrankung haben Inkontinenz-Patientinnen?

**Dr. Hohenfellner:** Sehr verbreitet ist leider die Angst, für eine Therapie müsse man eine Operation in Kauf nehmen. Oft liegt daher eine jahrelange Leidenszeit hinter den Frauen, ehe sie sich überwinden und einen Arzt aufsuchen. Wenn sie dann erfahren, dass es umfangreiche und Erfolg versprechende konservative Therapiemöglichkeiten gibt, sind sie natürlich sehr erleichtert. Auch der Irrtum, Inkontinenz sei eine Begleiterscheinung des Alters und müsse tatenlos akzeptiert werden, steht den Therapie- und Heilungsmöglichkeiten oft im Wege.

**F:** Wie sehen die Wünsche aus, mit denen die Frauen in Ihre Praxis kommen?

**Dr. H.:** Die Patientinnen erwarten, daß sie sich Ihrem Arzt vorbehaltlos anvertrauen können, daß sie gegenüber ihren Bedürfnissen Respekt erfahren. Die Wünsche hinsichtlich der Therapie selbst sind aber sehr unterschiedlich: Einige Patientinnen haben den Anspruch, vollständige Kontinenz zu erlangen. Andere möchten einfach ihr alltägliches Leben wieder aufnehmen können, wozu es keiner kompletten Heilung, aber einer Besserung der Kontinenz bedarf. Beim Sport und Intimkontakt keinen Harn mehr zu verlieren, ist ein häufig von jungen Frauen geäußertes Anliegen. Wichtig für alle Patientinnen ist aber, dass zunächst alle konservativen Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Die Internationalen Leitlinien<sup>1,ii</sup> empfehlen diesen Weg, ich kann das nur unterstützen.

**F:** Was bedeutet Inkontinenz für Alltag und Lebensqualität der Patientin?

**Dr. H.:** Kaum eine Patientin offenbart direkt, dass sie in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt ist, oftmals wird ein ganz anderer Grund für den Arztbesuch vorgeschoben. Allerdings ist zwischen den Zeilen häufig ein sehr hoher Leidensdruck zu spüren und nicht selten stellt sich dann heraus, dass die Patientinnen sogar in ihrem Alltag eingeschränkt sind und viele Aktivitäten meiden.

**F:** Wie alt sind die Patientinnen in der Regel?

**Dr. H.:** Das Spektrum ist sehr breit und reicht von der älteren Dame bis zur jungen Frau. Inkontinenz ist nicht nur ein Problem des Alters, sondern trifft mitunter sogar Teenager. Es gibt Risikofaktoren wie Adipositas, Parität, schweres Heben, COPD und Obstipation oder aber auch spezielle Belastung des Beckenbodens wie bei Leistungssport oder Reiten. Dennoch kann man aber nicht

vorhersagen, wen Inkontinenz treffen wird. So habe ich z.B. zwei Patientinnen, die 9 Kinder geboren haben und völlig kontinent sind, während manch junge Nullipara Vorlagen benötigt.

**F:** Sprechen Sie „gefährdete“ Frauen präventiv an? Bei welcher Anamnese sollte man „aufhorchen“?

**Dr. H.:** Ich befrage grundsätzlich jede Patientin zu ihrer Miktion, dies gehört ohnehin zu einer fachuurologischen Anamnese. Ist aber auch sinnvoll, weil nicht wenige Patientinnen unter einem Vorwand in die Praxis kommen und zu genant sind, ihr tatsächliches Anliegen anzusprechen. Diese Patientinnen sind erleichtert, wenn ich sie dann gezielt frage, ob sie das Wasser gut halten können. Dadurch, dass ich die Gesprächsrichtung vorgebe und Fragen stelle, die sie nur knapp beantworten müssen, brauchen sie sich nicht in ihrer Scham zu entblößen.

**F:** Welche Therapie bieten Sie bei welcher Patientin an?

**Dr. H.:** Bei einer mittelschweren bis schweren Belastungsinkontinenz verschreibe ich eine kombinierte Therapie aus Duloxetin und Beckenbodentraining unter professioneller physiotherapeutischer Anleitung. Zeigt sich nach etwa vier Wochen keine Besserung, kann Elektrostimulation oder Biofeedback die Beckenbodenkräftigung zusätzlich unterstützen. Bei einer sehr milden Form reicht bisweilen schon ein angeleitetes Beckenbodentraining aus.

**F:** Wie erfolgreich sind Sie mit dieser Therapie?

**Dr. H.:** Die Erfolgsrate dieser kombinierten konservativen Therapie ist in der Regel wirklich gut. Patientinnen haben durch die gute Synergie beider Maßnahmen die Chance, einen schnellen Fortschritt festzustellen, was sie erneut zum regelmäßigen Training motivieren kann. Insbesondere Patientinnen mit einem starken Leidensdruck und Wunsch nach rascher Besserung sind wirklich dankbar für das Medikament und das Beckenbodentraining und meist auch sehr compliant und enagiert.

**F:** Welchen Einfluss hat die Aktivität der Frauen auf die Wahl der Therapie?

**Dr. H.:** Meine Erfahrung zeigt, dass aktive, sportliche Frauen meist eine schnelle Besserung erwarten, hier macht ein alleiniges konventionelles Beckenbodentraining keinen Sinn. Weniger aktive Patientinnen sind oft geduldiger, so dass ich das Therapieregime langsam beginne, der alleinigen Eigenleistung der Patientin zunächst eine Chance gebe und dann gegebenenfalls steigere.

**F:** Welche Patientinnen profitieren gut von der medikamentösen Therapie?

**Dr. H.:** Die Symptomatik bessert sich nach meinen Beobachtungen bei Frauen jeden Alters, objektivierbar und unabhängig vom persönlichen Anspruch der Patientin.

---

<sup>i</sup> Abrams et al. (Eds.). 3<sup>rd</sup> International Consultation on Incontinence (ICI). Incontinence, Vol. 2: Management; 2005 :1605-1608. Thüroff J et al. Guidelines on urinary incontinence. European Association of Urology (EAU); 2005

<sup>ii</sup> Thüroff J et al. Guidelines on urinary incontinence. European association of Urology (EAU); 2005.