

Aus dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie  
der Universität zu Lübeck  
Direktor: Professor Dr. med. Alexander Katalinic

---

**Harninkontinenz der Frau**  
**Evaluation der Versorgungssituation in**  
**dänischen und deutschen Hausarztpraxen**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Universität zu Lübeck

– Aus der Sektion Medizin –

**vorgelegt von**

**Susanne Antonie Elsner**

**aus Weißenburg i. Bay.**

**Lübeck 2018**

1. Berichterstatterin: Prof. Dr. rer. nat. Annika Waldmann
2. Berichterstatterin: Prof. Dr. med. Dorothea Fischer

**Tag der mündlichen Prüfung: 12.10.2018**

**Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 12.10.2018**

**-Promotionskommission der Sektion Medizin-**

## Inhaltsverzeichnis:

<b>1. EINFÜHRUNG UND PROBLEMSTELLUNG</b> .....	<b>8</b>
1.1 EINFÜHRUNG .....	8
1.2 FRAGESTELLUNGEN .....	11
<b>2. HINTERGRUND</b> .....	<b>13</b>
2.1 HARNPRODUKTION UND BLASENKONTROLLE .....	13
2.2 HARNINKONTINENZ – DEFINITIONEN .....	15
2.3 KLASSIFIKATION DER HARNINKONTINENZ .....	15
2.4 RISIKOFAKTOREN .....	17
2.5 DIAGNOSTIK UND THERAPIE .....	19
2.6 PRÄVALENZ DER HARNINKONTINENZ BEI FRAUEN .....	20
2.7 ORGANISATORISCHE EBENE.....	22
2.7.1. HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DÄNEMARK UND DEUTSCHLAND .....	22
2.7.2. MEDIZINISCHE LEITLINIEN ZUR VERSORGUNG VON FRAUEN MIT HARNINKONTINENZ IN DÄNEMARK UND DEUTSCHLAND..	24
2.8 PERSÖNLICHE EBENE .....	27
2.8.1 KOMPETENZEN, FÄHIGKEITEN UND VERANTWORTUNGSGEFÜHL .....	27
2.9 RELATIONALE EBENE.....	31
2.9.1 RELEVANZ DER HARNINKONTINENZ FÜR DIE HAUSÄRZTLICHE SPRECHSTUNDE .....	31
2.9.2 HARNINKONTINENZ UND SPRACHTABU.....	33
2.9.3 HARNINKONTINENZ UND STIGMA .....	34
2.9.4 WAHRNEHMUNG UND KOGNITIVE EINORDNUNG VON KÖRPERTEILEN UND KÖRPERPRODUKTEN .....	35
2.9.5 GENDER-DYADEN .....	36
<b>3. METHODEN</b> .....	<b>37</b>
3.1 DIE LUTS-STUDIE .....	37
3.2 STUDIENDESIGN.....	38
3.3 ENTWICKLUNG EINES BILINGUALEN FRAGEBOGENS FÜR HAUSÄRZTINNEN UND HAUSÄRZTE .....	38
3.4 DATENERHEBUNG .....	44
3.5 STATISTISCHE AUSWERTUNG .....	44
<b>4. ERGEBNISSE</b> .....	<b>46</b>
4.1 RÜCKLAUF, NON-RESPONDER UND REPRÄSENTATIVITÄT.....	46
4.2 BASISBESCHREIBUNGEN DER STUDIENPOPULATION .....	47
4.3 ORGANISATORISCHE EBENE.....	48
4.3.1 VERSORGUNG VON PATIENTINNEN MIT HARNINKONTINENZ IN DER HAUSARZTPRAXIS.....	48
4.3.2 NUTZUNG UND BEURTEILUNG VON LEITLINIEN ZUR BEHANDLUNG DER HARNINKONTINENZ .....	50
4.4 PERSÖNLICHE EBENE .....	55
4.4.1 RELEVANZ DES THEMAS.....	55
4.4.2 BEHANDLUNGSBARRIEREN .....	55
4.4.3 DIAGNOSTIK UND THERAPIE .....	60
4.4.4 ZUFRIEDENHEIT MIT DEM DIAGNOSE- UND THERAPIEANGEBOT .....	61
4.5 RELATIONALE EBENE.....	63
4.5.1 HARNINKONTINENZ ALS GESPRÄCHSGEGENSTAND IN DER SPRECHSTUNDE .....	63
4.5.2 AKTIVE ANSPRACHE IN DER SPRECHSTUNDE .....	63
4.5.3 WIE LEICHT ODER SCHWER FALLEN GESPRÄCHE ÜBER HARNINKONTINENZ .....	65
4.5.4 GESPRÄCHSBARRIEREN.....	66

<b>5. DISKUSSION.....</b>	<b>71</b>
5.1 DISKUSSION DES STUDIENDESIGNS.....	71
5.2 DISKUSSION DES ERHEBUNGSINSTRUMENTS .....	72
5.3 DISKUSSION DER ZUSAMMENSETZUNG DER STUDIENPOPULATION.....	73
5.4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE .....	75
5.4.1 ORGANISATORISCHE EBENE.....	75
5.4.2 PERSÖNLICHE EBENE .....	78
5.4.3 RELATIONALE EBENE.....	82
5.5. STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER STUDIE .....	87
6. ZUSAMMENFASSUNG.....	88
<b>6. LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>90</b>
<b>7. ANHÄNGE.....</b>	<b>96</b>
<b>8. DANKSAGUNG.....</b>	<b>129</b>
<b>9. LEBENS LAUF .....</b>	<b>130</b>

## **Abbildungsverzeichnis:**

<i>Abb. 1: Fehmarnbelt-Region (Quelle: Fehmarnbelt-Portal, mit freundlicher Genehmigung) .....</i>	<i>10</i>
<i>Abb. 2: Behandlung der Harninkontinenz nach Wood und Anger (2014), eigene Darstellung .....</i>	<i>20</i>
<i>Abb. 3: Stufen der Fragebogenentwicklung (eigene Darstellung).....</i>	<i>40</i>
<i>Abb. 4: Fragebogenübersetzung und Validierung (TRAPD-Methode), eigene Darstellung.....</i>	<i>41</i>

## **Tabellenverzeichnis:**

<i>Tabelle 1: Studienpopulation</i> .....	46
<i>Tabelle 2: Repräsentativität von Stadt- und Landarztpraxen</i> .....	47
<i>Tabelle 3: Basisbeschreibung der Studienpopulation (Vergleich nach Herkunftsland und Geschlecht)</i> .....	48
<i>Tabelle 4: Wer soll für die Behandlung von Frauen mit Harninkontinenz verantwortlich sein? Einschätzungen der Studienpopulation (Vergleich zwischen Geschlecht, Herkunftsland und Alter)</i> .....	49
<i>Tabelle 5: Sollen Fachärzte / Fachärztinnen bzw. andere Berufsgruppen oder der Hausarzt / die Hausärztin für die Behandlung von Frauen mit Harninkontinenz verantwortlich sein? (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)</i> .....	50
<i>Tabelle 6: Wird das Handeln der Studienpopulation durch Leitlinien beeinflusst? (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)</i> .....	51
<i>Tabelle 7: Wie nützlich sind die Leitlinien für ihre Nutzer? Beurteilung auf einer Skala von 0 (gar nicht nützlich) bis 10 (sehr nützlich)? (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)</i> .....	51
<i>Tabelle 8: Zustimmung zu Aussagen über den Zugang, die Nutzbarkeit und Praktikabilität von Leitlinien. (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)</i> .....	52
<i>Tabelle 9: Wie viel Prozent der Patientinnen haben Symptome der Harninkontinenz? Einschätzung der der Studienpopulation (Vergleich nach Herkunftsland, Geschlecht und Alter)</i> .....	55
<i>Tabelle 10: Zustimmungen zu Faktoren, die einer Behandlung von Patientinnen mit Harninkontinenz entgegenstehen können. (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)</i> .....	57
<i>Tabelle 11: Beurteilung von Miktionstagebüchern, Beckenbodentraining und Pharmakotherapie (Anticholinergika und Antispasmodika) zur Behandlung der Harninkontinenz. (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)</i> .....	60
<i>Tabelle 12: Zufriedenheit mit dem angebotenen Harninkontinenzmanagement auf einer Skala von 0 (gar nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden). (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)</i> .....	62
<i>Tabelle 13: Angenommene Zufriedenheit der Patientinnen mit dem angebotenen Harninkontinenzmanagement auf einer Skala von 0 (gar nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden). (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)</i> .....	62
<i>Tabelle 14: Häufigkeit der Ansprache des Themas Harninkontinenz in der Sprechstunde auf einer Skala von 0 (nie) bis 10 (immer). (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)</i> .....	63
<i>Tabelle 15: Benötigen Hausärzte und Hausärztinnen einen konkreten Anlass um Harninkontinenz anzusprechen? (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)</i> .....	64
<i>Tabelle 16: Wer sollte Harninkontinenz ansprechen? Die Patientin oder der Arzt / die Ärztin? (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)</i> .....	64
<i>Tabelle 17: Wie leicht bzw. schwer fällt es der Studienpopulation bzw. den Patientinnen Harninkontinenz anzusprechen? Bewertung auf einer Skala von 0 bis 10. (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)</i> .....	65
<i>Tabelle 18: Häufigkeit der Nennung von Faktoren, die dazu führen können, Frauen in der Sprechstunde nicht auf das Thema Harninkontinenz anzusprechen. (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)</i> .....	67

### **Abkürzungsverzeichnis:**

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BMI	Body-Mass-Index
D	Deutschland
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGG	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie
DK	Dänemark
DSOG	Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
EAU	European Association of Urology
et al.	et alii (Maskulinum), et aliae (Femininum), deutsch: und andere
EU	Europäische Union
FDR	False Discovery Rate
GESIS	Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen
ICS	International Continence Society
ICUD	International Consultation on Urological Diseases
INTERREG	Gemeinschaftsinitiative des Europäischen Fonds für Regionalentwicklung für die Zusammenarbeit zwischen den Regionen der Europäischen Union
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KI	Konfidenzintervall
LUTS	Lower Urinary Tract Symptoms
NHS	National Health Service
OAB	Overactive Bladder
OR	Odds Ratio
POP	Pelvic Organ Prolapse
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TRAPD	Translation, Review, Adjudication, Pretest, Documentation
UI	Urinary Incontinence
USA	United States of America
WHC	Women's Health Organisation
WHO	World Health Organisation
z. B.	zum Beispiel

## **1. Einführung und Problemstellung**

### **1.1 Einführung**

Weltweit sind 4,8 bis 58,4 % aller Frauen dauerhaft oder zeitweise von Harninkontinenz betroffen [1]. Aufgrund von anatomischen und physiologischen Faktoren erkranken Frauen häufiger als Männer [2-4]. Es ist wissenschaftlich belegt, dass sich Harninkontinenz negativ auf das psychische und physische Wohlbefinden der Betroffenen sowie auf die Wahrnehmung sozialer Interessen und Kontakte auswirken kann [5-9]. Nur circa ein Drittel aller betroffenen Frauen spricht mit einer Ärztin oder einem Arzt über die Problematik [10]. Eine mögliche Erklärung dafür lautet, dass Harninkontinenz ein Tabuthema darstellt, was dazu führen kann, dass betroffene Frauen aufgrund von Scham- oder Schuldgefühlen nicht darüber reden [11; 12]. Weitere Gründe können Kenntnislosigkeit zum einen über das Angebot von Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten und zum anderen über die Entstehungsursachen sein. Dieses Nichtwissen führt möglicherweise dazu, dass Harninkontinenz nicht als medizinisches – und damit gegebenenfalls behandelbares – Problem angesehen wird, sondern als eine normale Begleiterscheinung des Alterns oder als die natürliche Folge von Schwangerschaften und Geburten [13-17].

Für das Gesundheitssystem stellt die Verordnung von Hilfsmitteln zur Behandlung der Harninkontinenz, wie zum Beispiel Einlagen, einen relevanten Kostenfaktor dar. Im Jahr 2002 betragen die Kosten für Inkontinenzverordnungen in Deutschland rund 396 Millionen Euro. Die Kosten für Frauen betragen etwa 277 und für Männer 119 Millionen Euro [18].

Vor diesem Hintergrund nehmen Hausärztinnen und Hausärzte für die Betroffenen eine wichtige Rolle ein, denn als potentiell primäre Ansprechpartner leiten sie Diagnostik- und Therapiemaßnahmen ein.

Derzeit gibt es nur sehr wenige Untersuchungen darüber, welchen Stellenwert und welche Relevanz das Thema Harninkontinenz bei Frauen in Hausarztpraxen einnimmt und ob zum Beispiel Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der Harninkontinenz den Hausärztinnen und Hausärzten dabei als Informationsquelle und Orientierungshilfe dienen.

Sowohl der Zugang zu ärztlicher Beratung und Behandlung als auch die Funktion und Aufgaben von Hausärztinnen und Hausärzten in medizinischen Versorgungsprozessen sind abhängig von der gesundheitspolitischen Kultur und Gesetzgebung eines Landes. Deutliche Unterschiede in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, auch zwischen Nachbarländern innerhalb der Europäischen Union, können daraus resultieren.

In einigen Ländern, wie zum Beispiel in Dänemark, nehmen Hausärzte und Hausärztinnen eine Gatekeeper- oder Lotsenfunktion ein. Sie initiieren in den allermeisten Fällen die Erstbehandlung und überweisen gegebenenfalls zu spezialisierten Ärztinnen und Ärzten. In anderen Ländern, wie zum Beispiel in Deutschland, können die Menschen selber darüber entscheiden, ob sie in einer Hausarztpraxis oder in einer Facharztpraxis behandelt werden möchten [19; 20].

Für die Arzt-Patienten-Kommunikation kann es richtungsweisend sein, ob ein Patient oder eine Patientin in der Sprechstunde auf eine Ärztin oder auf einen Arzt trifft. Identische Gender-Dyaden, zum Beispiel Patientin / Ärztin, können eine Gesprächssituation positiv beeinflussen, wenn eine Ärztin aufgrund der Identifikation mit ihrer eigenen leiblichen Erfahrung als Frau die Bedeutung einer Erkrankung für das Selbsterleben ihrer Patientin einfacher und schneller erfassen kann und es aufgrund dessen zu einer offenen und einfühlsamen Gesprächssituation über einen sensiblen Beratungsanlass kommen kann [21-26]. Neben genderspezifischen Einflussfaktoren können auch Wertvorstellungen, gesellschaftliche Konventionen oder der durch gesetzgebende Rahmenbedingungen oder kulturelle Hintergründe determinierte Status eines Arztes oder einer Ärztin relevant für die Arzt-Patienten-Beziehung sein [27; 28].

Das medizinsoziologische Modell „Cognitive Representation of Bodily Parts and Products“ basiert auf der Annahme, dass Organe, Körperteile und Körperfunktionen von Mensch zu Mensch unterschiedlich wahrgenommen, interpretiert und bewertet werden [29; 30]. Mittels fünf Dimensionen können Organe, Körperteile und Körperfunktionen grob kategorisiert werden. Die beiden Dimensionen (1) Importance (Wichtigkeit) und (2) Vulnerability (Verletzlichkeit) dienen zur Einordnung von Körperteilen, die für das (Über-)Leben als besonders wichtig angesehen werden oder die als sehr verletzlich gelten. Mit diesen beiden Dimensionen in Verbindung gebrachte Störungen der physiologischen Körperfunktion werden als sehr besorgniserregend wahrgenommen (z. B. Herzprobleme). Das Bedürfnis, einen Arzt oder eine Ärztin zu konsultieren, wird bei Betroffenen vermutlich stark ausgeprägt sein. Außerdem gibt es auch die Dimensionen (3) Sexuality (Sexualität), (4) Privacy (Privatsphäre) und (5) Stigma. Wenn es zu einer Dysfunktion eines Körperteils oder einer Körperfunktion kommt und wenn die Assoziation mit einer der drei letztgenannten Dimensionen verbunden ist, kommt es möglicherweise erst spät oder gar nicht zu einer Kontaktaufnahme zur medizinischen Versorgungsebene. Als stigmatisierte Körperteile werden beispielsweise Organe oder Körperprodukte, die als unrein oder schambesetzt gelten (wie z. B. Ausscheidungen), genannt. Vermutlich sind die kognitiven Prozesse zur Kategorisierung stark mit Faktoren wie geschlechts- und sprachlich-kultureller Zugehörigkeit assoziiert [29-31].

Bislang ist es unklar, ob und inwieweit auch Ärztinnen und Ärzte Kategorisierungen und Bewertungen von Körperteilen, Körperfunktionen und Organen zur Bewältigung des Berufsalltags, der Kommunikation sowie der Strukturierung von Behandlungsabläufen vornehmen.

Zwischen 2012 und 2015 wurden im Rahmen eines dänisch-deutschen EU-Projektes Daten zum Harninkontinenzmanagement von Hausärztinnen und Hausärzten in der Fehmarnbelt-Region erhoben. Dazu wurde ein Fragebogen mit dem Titel „Harninkontinenz bei Frauen in der Fehmarnbelt-Region – Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland und Dänemark“ entwickelt und psychometrisch getestet [32; 33].

Die Ergebnisse der Studie basieren auf selbsteingeschätzten Kenntnissen und Fähigkeiten von dänischen und deutschen Hausärztinnen und Hausärzten sowie Einschätzungen und Handhabungen derselben in Bezug auf Prävalenz, Diagnostik und Behandlung der Harninkontinenz. Die Analyse der Daten konnte im Rahmen eines Ländervergleichs erfolgen.



**Abb. 1: Fehmarnbelt-Region (Quelle: Fehmarnbelt-Portal, mit freundlicher Genehmigung)**

Die dänische und deutsche Fehmarnbelt-Region zeichnet sich durch eine ähnliche Raum- und Bevölkerungsstruktur aus. Die hausärztliche Versorgung in den beiden Nachbarländern ist jedoch in hohem Maße unterschiedlich organisiert. Auf zwei wesentliche Unterschiede soll hier insbesondere eingegangen werden: Während in Dänemark ein hausarztzentriertes Versorgungsmodell vorherrscht, konkurrieren in Deutschland in der ambulanten medizinischen Versorgung die fachärztliche und hausärztliche Versorgung miteinander. Nach dem Prinzip der freien Arztwahl können diese in Deutschland selbstbestimmt aufgesucht werden.

In Dänemark gibt es ein differenziertes Leitlinienangebot zur Diagnostik und Behandlung der Harninkontinenz für Hausärztinnen und Hausärzte. In Deutschland ist die Gültigkeit der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) im Jahr 2007 abgelaufen, bisher gibt es keine Überarbeitung oder Neuauflage.

## 1.2 Fragestellungen

In dieser Arbeit werden die Erfahrungen und Einschätzungen von dänischen und deutschen Hausärztinnen und Hausärzten zum Thema Harninkontinenz bei Frauen im Kontext der hausärztlichen Versorgungsebene ausführlich beschrieben und miteinander verglichen. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass in den beiden europäischen Nachbarländern andersartige primärärztliche Versorgungsstrukturen mit unterschiedlichen regulativen Mechanismen, wie beispielsweise einer differierenden Ausstattung mit Versorgungsleitlinien zur Harninkontinenzbehandlung, vorherrschen. Es soll beschrieben werden, ob Harninkontinenz ein relevantes Thema in der Sprechstunde ist und ob die Handhabung des Themas vom Herkunftsland der Ärztinnen und Ärzte beeinflusst ist. Es soll zudem beschrieben werden, welche Faktoren sich positiv beziehungsweise negativ auf die Behandlung von Frauen mit Harninkontinenz in der Hausarztpraxis auswirken können.

Ein weiterer Aspekt soll die Darstellung geschlechtsspezifischer Unterschiede sein. Es soll zum Beispiel untersucht werden, ob das Geschlecht des Arztes beziehungsweise der Ärztin darauf Einfluss nimmt, wie häufig das Thema in der Sprechstunde angesprochen wird.

Neben dem Einfluss von Herkunftsland und Geschlecht wird zudem der Einfluss des Lebensalters des Arztes / der Ärztin auf die Handhabung des Themas in der Sprechstunde untersucht. Um dies zu untersuchen, wurde die Studienpopulation in eine Gruppe  $\leq 54$  Jahre und in eine Gruppe  $\geq 55$  Jahre unterteilt.

Die zentralen Ergebnisse der Studie sollen vor den folgenden theoretischen Hintergründen diskutiert werden:

- Harninkontinenz als Tabuthema
- Stigmatisierung
- Gender-Dyaden und Kommunikation
- Cognitive Representation of Bodily Parts and Products

Zur Veranschaulichung soll das Thema auf drei unterschiedlichen Ebenen untersucht und für die Vergleichsgruppen Dänemark und Deutschland sowie männliche und weibliche Hausärzte und Hausärztinnen dargestellt werden:

- **organisatorische Ebene:** Herkunftsland, hausärztliche Versorgungsstruktur, Leitlinien;
- **persönliche Ebene:** hausärztliche Kompetenzen, Fähigkeiten, Behandlungsverantwortung;
- **relationale Ebene:** Kommunikation, Gender, Stigma.

## 2. Hintergrund

### 2.1 Harnproduktion und Blasenkontrolle

Als Filtrat des Blutplasmas entsteht in den Nieren Harn, dieser wird zunächst als Primärharn oder als Ultrafiltrat bezeichnet. Der menschliche Körper eines Erwachsenen bildet täglich zwischen 180 und 200 Liter Primärharn. Während der anschließenden Passage des Filtrats durch die Nierentubuli und die Sammelrohre verändert sich die Zusammensetzung des Primärharns. Der größte Teil der gelösten Bestandteile und 99 % des Wasservolumens werden den Tubuli durch Rückresorption wieder entzogen und dem Blutkreislauf erneut zugeführt. Der verbleibende Endharn wird über die Harnleiter (Ureteren) in die Harnblase geleitet, gesammelt und schließlich ausgeschieden [34].

Mit zunehmender Füllung der Blase wird die Blasenwandmuskulatur (Musculus detrusor vesicae) gedehnt. Ab einem Füllungsvolumen von etwa 150 bis 250 ml entsteht ein Gefühl des Harndrangs. Die Fassungskapazität der Harnblase liegt bei circa 350 bis 450 ml, wenn dieses Volumen erreicht ist, wird starker Harndrang empfunden. Innerhalb eines Tages sind fünf bis sieben Toilettengänge zur Blasenentleerung normal, die Menge des ausgeschiedenen Harns beträgt circa 1 bis 1,5 Liter [11].

Die Harnblasenmuskulatur setzt sich aus drei muskulären Schichten zusammen: einer inneren und äußeren Längsschicht sowie einer mittleren Zirkulärschicht. Alle Schichten zusammengenommen werden als Detrusor(muskel) bezeichnet. Im Bereich des Blasenhalses geht die Blasenmuskulatur in das Blasendreieck (Trigonum vesicae) über, welches in die Harnröhre (Urethra) mündet. Im weiteren Verlauf der Urethra, auf der Ebene des Beckenbodens, befinden sich der innere sowie der äußere Harnröhrensphinkter. Der innere Sphinkter unterliegt der Kontrolle des vegetativen Nervensystems und kann willentlich nicht gesteuert werden. Er besteht aus glatter Muskulatur. Der äußere Schließmuskel (Musculus urethralis) ist ein ringförmiger Muskel, der bewusst gesteuert werden kann. Die Muskelfasertypen des Harnröhrensphinkters erfüllen unterschiedliche Aufgaben: Slow-twitch-Fasern halten einen Dauertonus aufrecht, wodurch die Kontinenz in Ruhe aufrechterhalten werden kann. Zudem sichern schnelle Kontraktionen von Fast-twitch-Fasern die Kontinenz unter Belastung (z. B. beim Hüpfen oder Niesen). Für die Funktionalität der Kontinenz ist das optimale Zusammenspiel von Detrusor und Schließmuskeln erforderlich. Bei der Miktion zieht sich der Detrusor zusammen und die Schließmuskeln erschlaffen. Während der Phase der Harnspeicherung ist der Detrusor entspannt und die Schließmuskeln sind aktiviert [35].

Veränderungen der Beschaffenheit und der Innervation der muskulären Strukturen des Blasenwandbindegewebes können zu Störungen der Blasenfunktion führen, wenn die Blase sich aus diesem Grunde nicht mehr optimal kontrahieren oder entspannen kann. Die Beschaffenheit des Bindegewebes der Harnblase ist von genetischen sowie alters- und geschlechtsspezifischen Faktoren abhängig [36].

Die Harnblase liegt dem Beckenboden auf. Von der Seitenwand der Harnblase zieht beidseits ein seitliches Harnblasenband (Ligamentum vesicae laterale) und von der Bauchseite das mittlere Harnblasenband (Ligamentum vesicae medianum) zur Innenwand der Bauchhöhle.

Für die Gewährleistung der Kontinenz ist ein intakter Beckenboden mit einem optimalen Zusammenspiel von Nervenversorgung und Muskulatur die Grundvoraussetzung. Aufgrund seines komplexen Aufbaus und der engen Nachbarschaft zu anderen Organen ist der Beckenboden jedoch „störanfällig“ [36]. Frohme [37] beschreibt den Kontinenzmechanismus aus einem abgestimmten Zusammenspiel von:

- intaktem Bandapparat des Beckens
- wirksamer Beckenbodenmuskulatur
- elastischer vorderer Vaginalwand
- ausreichendem Urethraltonus

Die Steuerung von Harnspeicherung und Harnentleerung wird durch das zentrale Nervensystem bestimmt. Das in der Großhirnrinde liegende motorisch zerebrokortikale Zentrum ist maßgeblich an der willkürlichen Detrusorsteuerung beteiligt. Vom im Pons liegenden Miktionszentrum aus zieht das motorische Neuron entlang der Seitenstränge des Rückenmarks. Dort wird der zerebral kontrollierte Befehl einer koordinierten Blasenkontraktion und Sphinkterrelaxation umgesetzt und über Nervenfasern weitergeleitet. Über Leitungsbahnen des Rückenmarks gelangen Reize der Blasenwandrezeptoren zum Thalamus und informieren über Blasenfüllungsgefühl und Harndrang. Informationen über die quergestreifte Beckenbodenmuskulatur und den Harnröhrensphinkter steigen in den Hintersträngen des Rückenmarks zum Hirnstamm und Kleinhirn auf [35].

Bei der Blasenkontrolle handelt es sich um einen komplexen Vorgang, der verschiedene funktionelle Voraussetzungen und das Zusammenspiel unterschiedlicher Körperprozesse erfordert. Einer Störung der Blasenfunktion können anatomische oder neurologische Ursachen zugrunde liegen. Sie kann idiopathischer oder erworbener Natur sein.

Säuglinge und Kleinkinder haben noch keine Blasenkontrolle, ihre Harnausscheidung wird allein durch den Miktionsreflex gesteuert. Die willentliche Kontrolle der Blasenentleerung entwickelt sich ab dem zweiten Lebensjahr und ist etwa mit dem fünften Lebensjahr abgeschlossen [35].

## 2.2 Harninkontinenz – Definitionen

Niederstadt beschreibt Harninkontinenz folgendermaßen: „Von Harninkontinenz wird ganz allgemein gesprochen, wenn es für Betroffene nicht (immer) möglich ist, Zeit und Ort der Harnausscheidung zu kontrollieren“ [11].

Die International Continence Society (ICS) definiert zwei voneinander zu unterscheidende Charakteristika, welche für die Funktionsfähigkeit des unteren Harntraktes verantwortlich sind: die Harnspeicherungsfunktion und die Harnausscheidung. Harninkontinenz wird nach dieser Definition als ein Symptom definiert, welches auftritt, wenn die physiologische Harnspeicherfunktion gestört ist und es auf Grund dessen zu unwillkürlichem Harnverlust kommt. Die Definition der ICS lautet [38]:

*‘Urinary incontinence is a storage symptom and defined as the complaint of any involuntary loss of urine’.*

Diese Definition wird von der ICS als geeignete Grundlage für die Durchführung epidemiologischer Studien genannt. Wenn jedoch eine Definition gesucht wird, auf deren Basis eine Minderung der Lebensqualität für die Betroffene abgebildet werden soll, so empfiehlt die Organisation die folgende Definition zugrunde zu legen:

*“Urinary incontinence is a storage symptom and defined involuntary loss of urine that is a social or hygienic problem.”*

## 2.3 Klassifikation der Harninkontinenz

Die häufigsten Harninkontinenzformen sind die Belastungs- und die Dranginkontinenz sowie eine Mischform (Mischharninkontinenz) aus diesen beiden Formen.

### ***Belastungsinkontinenz (früher Stressinkontinenz)***

Als Belastungsinkontinenz wird unfreiwilliger Harnverlust während körperlicher Anstrengung, ohne Harndrang zu verspüren, bezeichnet. Die Ursache der Belastungsinkontinenz bei Frauen ist meist eine insuffiziente Verschlussfunktion des Harnröhrensphinkters bei Vorliegen einer Beckenbodenschwäche. Es wird zwischen drei Schweregraden unterschieden [37; 39]:

1. *Grad*: Harträufeln oder Urinabgang beim Husten, Niesen, Lachen, Pressen
2. *Grad*: Urinabgang bei körperlicher Belastung (Treppensteigen, Laufen, Aufstehen aus dem Liegen)
3. *Grad*: dauernder Urinabgang im Stehen (unabhängig von einer Tätigkeit)

### ***Dranginkontinenz (Urgeinkontinenz)***

Die Harndranginkontinenz ist gekennzeichnet durch plötzlichen und kaum zu unterdrückenden (imperativen) Harndrang sowie unfreiwilligen Harnverlust ohne Bezug zu einer außergewöhnlichen körperlichen Belastung. Häufige Gründe für eine Dranginkontinenz sind histologische Veränderungen und funktionelle Störungen des Detrusormuskels (Detrusorüberaktivität) oder auch Störungen der zentralnervösen Steuerung, die eine Hemmung der Detrusortätigkeit bewirken. Dabei kann es zu kleineren Mengen unfreiwilligen Urinverlusts bis hin zur kompletten unfreiwilligen Blasenentleerung kommen [37].

Das Syndrom der überaktiven Blase (Overactive Bladder, OAB) stellt einen Symptomkomplex aus Pollakisurie (häufige Toilettengänge), Nykturie und imperativen Harndrang dar [37; 40]. In Deutschland leiden etwa 6,5 Millionen Erwachsene an einem OAB-Syndrom. Das OAB-Syndrom ist mit Begleiterscheinungen wie beispielsweise Hautinfektionen im Intimbereich, Stürzen, Frakturen und Depression assoziiert. Die im Rahmen der Behandlung entstehenden Kosten sind vergleichbar hoch wie die Behandlungskosten für Demenz oder Diabetes mellitus [41].

### ***Mischharninkontinenz***

Als Mischharninkontinenz wird eine Kombination von Symptomen sowohl der Drang- als auch der Belastungsinkontinenz bezeichnet. Der unfreiwillige Harnverlust tritt bei körperlicher Belastung, Niesen oder Husten auf, es ist aber zudem eine Komponente des imperativen Harndrangs vorhanden [37].

### ***Neurogene Detrusorüberaktivität mit Harninkontinenz (früher Reflexinkontinenz)***

Bei dieser Form der Harninkontinenz liegt immer auch eine neurologische Erkrankung vor, die im Zusammenhang mit der Inkontinenz steht [37].

### ***Inkontinenz bei chronischer Harnretention (früher Überlaufinkontinenz)***

Damit wird ein Zustand beschrieben, bei welchem es zu einer unzureichenden Blasenentleerung mit signifikanter Restharnbildung kommt. Durch einen erhöhten Blasendruck kommt es zu unfreiwilligem Harnverlust, der als Inkontinenz bei chronischer Harnretention bezeichnet wird [37].

### ***Vorrübergehende Inkontinenz***

Eine weitere Form der Harninkontinenz ist die temporäre oder reversible Inkontinenz. Sie kann beispielsweise infolge von eingeschränkter Mobilität, Medikamentennebenwirkungen, Harnwegsinfekten oder Störungen des Wasserhaushaltes auftreten [11].

### **Nocturnal Enuresis**

Als Nocturnal Enuresis wird nächtliches Einnässen bezeichnet. Erst nach der Vollendung des fünften Lebensjahres wird Nocturnal Enuresis als auffälliges Symptom mit Krankheitswert angesehen.

### **Sonderformen**

Darunter fallen zum Beispiel die Giggie-Inkontinenz oder nicht näher klassifizierter Harnverlust beim Geschlechtsverkehr [37].

## **2.4 Risikofaktoren**

### **Beckenbodensenkung / Beckenbodenschwäche**

Mögliche Gründe für eine Senkung / Schwäche des Beckenbodens sind [42]:

- Beckenbodeninsuffizienz durch Überdehnung (insbesondere nach Geburten) oder durch Geburtsverletzungen (z. B. nach vaginal operativen Geburten)
- Denervierung der Beckenbodenmuskulatur (z. B. durch diabetische Neuropathie)
- Allgemeine Erschlaffung des Halteapparates aufgrund von Bindegewebschwäche
- Enteroptose (Eingeweidesenkung), chronischer Aszites, Adipositas, schwere körperliche Arbeit, chronisches Asthma, chronische Obstipation, erhöhter abdominaler Druck durch z. B. abdominale Tumore

### **Adipositas**

Übergewicht ist ein Risikofaktor und begünstigt die Entwicklung von Symptomen der Harninkontinenz. Durch die permanente Druckerhöhung im Bauchraum kann es zu Nervenschädigungen und übermäßiger Belastung des Beckenbodens kommen [43; 44]. Schreiber Pederson et al. (2017) konnten im Rahmen der LUTS-Studie zeigen, dass Frauen mit einem BMI > 35 die höchste Harninkontinenz Prävalenzrate innerhalb des Studienkollektives aufwiesen [45].

### **Höheres Lebensalter**

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko an Harninkontinenz zu erkranken. Im jüngeren Lebensalter scheint die Belastungsinkontinenz die häufigste Inkontinenzform bei Frauen zu sein. In einigen epidemiologischen Studien fanden sich Hinweise darauf, dass die Prävalenz der Drang- und der Mischinkontinenz nach der Menopause zunimmt und dass diese Form im höheren Lebensalter die häufigere Inkontinenzform darstellt [46-48].

Die Dranginkontinenz beeinflusst die Lebensqualität betroffener Menschen meist stärker als die Belastungsinkontinenz. Sie kann, insbesondere bei älteren Menschen, zu schwerwiegenden Komplikationen, wie z. B. Stürzen, Depressionen und sozialem Rückzug, führen. Die Prävalenz der Harninkontinenz unter Heimbewohnern liegt bei 43 bis 77 % [49].

### **Geburten**

Vaginale Geburten gehen mit einer erheblichen Dehnung von Muskeln, Faszien und Bändern des Geburtskanals einher. Diese außergewöhnlichen Belastungen können morphologische und funktionelle Verletzungen nach sich ziehen, die unter Umständen nicht reversibel sind [50].

Gyhagen et al. (2012) fanden im Rahmen einer retrospektiven Studie, in der sie Prävalenzraten für Harninkontinenz bei Primiparae (Erstgebärenden) zwanzig Jahre nach einer spontanen Geburt beziehungsweise nach einer Kaiserschnittentbindung verglichen, heraus, dass das Risiko für Harninkontinenz bei Frauen nach einer spontanen Geburt um 67 % (OR 1,67) höher war als für Frauen nach einer Kaiserschnittentbindung. Das Risiko, eine Harninkontinenz zu entwickeln, stieg zudem um 8 % mit jeder Zunahme des Body-Mass-Index (BMI) um eine Einheit [51-54]. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Symptomen der Harninkontinenz war zudem für Frauen, bei denen eine vaginal operative Entbindung (Forceps oder Saugglocke) notwendig war, um OR = 1,72 höher als bei Frauen nach vaginalen Entbindungen ohne operative Maßnahmen [55].

Thornton et al. (2006) beschrieben, dass bei mindestens einem Drittel aller Frauen, die mehr als ein Kind geboren hatten, Stressharninkontinenz vorliegt [56]. Die Autoren plädieren dafür, dass die Idealisierung natürlicher Geburten auf rationaler Ebene geführt werden sollte, denn das Risiko, dass bei natürlichen Geburten Verletzungen des urogenitalen Systems erfolgen und als mögliche Folge daraus Harninkontinenz entstehen kann, sollte zugunsten von Kaiserschnittgeburten auf der Basis zuverlässiger Studien geprüft werden. Auch Dietz et al. (2016) stehen auf diesem Standpunkt und weisen auf die zunehmende Bedeutung operativer Entbindungen hin, die besonders hoch mit Harninkontinenz assoziiert sind [57; 58].

Thom et al. (2011) und Pregazzi et al. (2002) beschreiben, dass die künstliche Einleitung von Geburten mit beispielsweise Oxytocinen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert ist, in der Folge Harninkontinenz zu entwickeln [50; 59].

## ***Diabetes mellitus Typ 2***

Frauen, die an Typ 2 Diabetes erkrankt sind, haben ein 50 bis 200 % höheres Risiko, Symptome von Harninkontinenz aufzuweisen als Frauen, deren Glukosewerte im Referenzbereich liegen. Das erhöhte Risiko gilt insbesondere für Symptome der Belastungsinkontinenz und das OAB-Syndrom [60-62].

Nguyen et al. [63] fanden im Rahmen einer Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in Kanada heraus, dass es dem überwiegenden Teil der Befragten nicht bewusst war, dass Diabetes mellitus Typ 2 mit Symptomen der Harninkontinenz assoziiert ist.

## **2.5 Diagnostik und Therapie**

Am Beispiel der Europäischen Leitlinie „Harninkontinenz“, die von der European Association of Urology (EAU) 2014 in einem multiprofessionellen Team erstellt wurde, lassen sich Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz bei Frauen exemplarisch zusammenfassen [38; 64-68].

### ***Diagnostik***

- Anamnese: (Art, Auftreten und Dauer der Harninkontinenz, Miktionsverhalten und Auffälligkeiten, Geburten, frühere operative Eingriffe, Co-Morbiditäten, soziales Umfeld, berufliche Tätigkeit, Sexualanamnese, Stuhlanamnese, Anamnese zur Verwendung von Hilfsmitteln, Miktionstagebuch, Pad-Test, Bewertung des Leidensdruckes)
- gynäkologische Untersuchung
- Urodynamik (Blasendruckmessung)
- Urethrozystoskopie (Blasenspiegelung)
- Pelvic-Floor-Sonographie (Perineal- / Introitussonographie)

### ***Therapie***

Die Therapie der Harninkontinenz lässt sich vereinfacht in drei Kategorien ordnen: konservative, medikamentöse und operative Methoden [68; 69]. Dabei unterscheiden sich die Behandlungsmaßnahmen abhängig davon, ob eine Belastungs- oder eine Dranginkontinenz diagnostiziert wurde. Die folgende Abbildung wurde angelehnt an die Behandlungsempfehlungen von Wood und Anger [70] erstellt, um den Ablauf der möglicher Therapiemaßnahmen schematisch darzustellen.

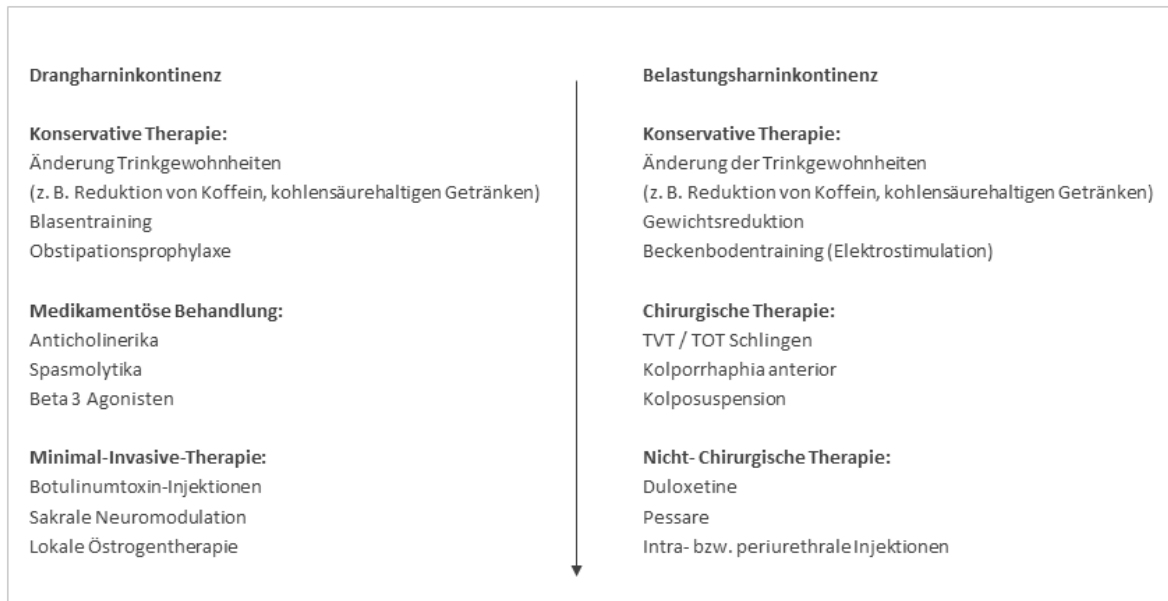


Abb. 2: Behandlung der Harninkontinenz nach Wood und Anger (2014), eigene Darstellung

## 2.6 Prävalenz der Harninkontinenz bei Frauen

Die Prävalenz der Harninkontinenz bei Frauen liegt bei 14,1 bis 68,8 % beziehungsweise bei 4,8 bis 58,4 % [1; 71]. Im Rahmen einer Veranstaltung mit dem Namen „Fourth International Consultation on Incontinence“, organisiert von der ICUD (International Consultation on Urological Diseases), eine Nichtregierungsorganisation, die mit der WHO (World Health Organisation) zusammenarbeitet, wurde in einem narrativen Review eine Prävalenzrate von 5 bis 69 % angegeben, wobei die Spannweite bei dem Großteil der einbezogenen Studien zwischen 25 und 45 % lag [3].

Es ist auffällig, dass die Prävalenzdaten zur Harninkontinenz sehr breite Spannweiten aufweisen. Eine Erklärung für dieses Phänomen ist, dass die ermittelten Werte unter anderem von der zugrundeliegenden Harninkontinenz-Definition, der Untersuchungsmethode und vom Alter der Studienteilnehmerinnen abhängig sind [18].

Es gibt Prävalenzdaten aus den unterschiedlichsten Teilen der Welt. Meist wird dabei zwischen Angaben zur Prävalenz in Hinblick auf die drei Hauptinkontinenzformen (Belastungs-, Drang- und Mischharninkontinenz) differenziert.

Neben dem Sammelbegriff „Urinary Incontinence“ für die drei häufigsten Harninkontinenzformen werden auch unter den Begriffen „Lower Urinary Tract Symptoms“ (LUTS) oder „Pelvic Floor Disorders“ Prävalenzdaten erhoben oder zusammengefasst [72-75].

In den meisten Studien wird zwischen der Häufigkeit (z. B. täglich, einmal im Monat, manchmal oder häufig) differenziert [3; 72]. Auch erfolgt meist eine Einordnung der Prävalenzdaten in stratifizierte Altersklassen.

### ***Prävalenz der Harninkontinenz in Dänemark***

Die Prävalenz der Harninkontinenz bei Frauen in Dänemark wird in einer Studie, in der Frauen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren postalisch befragt wurden, mit rund 16 % (Harninkontinenz) beziehungsweise mit rund 28 % (LUTS-Symptomatik) angegebenen – unter dem Begriff LUTS wurde beispielsweise auch Brennen beim Wasserlassen oder Nykturie erfasst [76]. Eine andere dänische Studie ermittelte eine Prävalenzrate von 26 % für Frauen im Alter zwischen 39 und 59 Jahren [77]. Rohr et al. beschrieben eine Prävalenzrate von 20 % für Frauen unter 60 Jahren und 44 % für Frauen mit einem Alter über 80 Jahren [78].

### ***Prävalenz der Harninkontinenz in Deutschland***

Für die deutsche Bevölkerung ermittelten Beutel et al. eine Prävalenzrate von durchschnittlich 15 %. Die Autoren beschreiben eine altersassoziierte Zunahme der Symptome von rund 8 % bei Frauen unter 40 auf 18 % bei Frauen über 60 Jahre [2]. Hunskaar et al. beschrieben für Deutschland eine Prävalenzrate von 41 % [10]. Im Rahmen einer Studie, die von der Women's Health Coalition (WHC) im Jahr 2006 durchgeführt wurde, wurde eine Prävalenzrate von 21 % für deutsche Frauen ermittelt. Es wurde ein Anstieg der Prävalenzrate von 11 % bei Frauen zwischen 25 und 39 Jahren auf 37 % bei Frauen zwischen 70 und 75 Jahren beschrieben.<sup>1</sup>

Im Rahmen der LUTS-Studie wurde eine Prävalenzrate von 48 % für deutsche und 46 % für dänische Frauen in der Fehmarnbelt-Region ermittelt [45].

---

<sup>1</sup> Quelle: [www.w-h-c.de/uploads/media/FactSheet.pdf](http://www.w-h-c.de/uploads/media/FactSheet.pdf); abgerufen am 31.08.2016.

## **2.7 Organisatorische Ebene**

### **2.7.1. Hausärztliche Versorgung in Dänemark und Deutschland**

Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen eines Landes determinieren die Art und Weise der hausärztlichen Versorgung. Das dänische und das deutsche Gesundheitssystem haben sich historisch unterschiedlich entwickelt, so dass die beiden Systeme heute durch verschiedenartige Rahmenbedingungen determiniert sind.

Das dänische Gesundheitssystem ist als staatlicher Gesundheitsdienst organisiert, der primär durch Steuern und nur zu einem geringen Teil beitragsfinanziert ist. Nahezu die gesamte dänische Bevölkerung (98 %) ist einheitlich sozialversichert. Die notwendige Infrastruktur wird als staatlicher Gesundheitsdienst bereitgestellt. Die medizinische Behandlung orientiert sich am Grundsatz der Bedarfsdeckung, was bedeutet, dass ein medizinisch für notwendig erachtetes Maß der Gesundheitsversorgung unabhängig vom Einkommen der Versicherten bereitgestellt wird. Der dänische Staat verfügt über direkte und unmittelbare Steuerungsmöglichkeiten sowohl auf der Finanzierungs- als auch auf der Leistungsseite.

Hausärzte und Hausärztinnen nehmen die Stellung von Gatekeepern ein und entscheiden über die Aufnahme einer Therapie oder die Weiterbehandlung durch Spezialisten. Rund 90 Prozent aller Patientinnen und Patienten werden ausschließlich hausärztlich behandelt, die verbleibenden zehn Prozent werden an Spezialisten oder in ein Krankenhaus überwiesen. Abgesehen von HNO-, Augen- und Zahnarztbesuchen benötigen die Versicherten eine Überweisung, wenn sie sich von einem Facharzt oder einer Fachärztin behandeln lassen möchten. Dänische Bürgerinnen und Bürger lassen sich in einer nahegelegenen Hausarztpraxis im Umkreis von circa zehn Kilometern zum Wohnort registrieren. Der Wechsel in eine andere Hausarztpraxis ist nur eingeschränkt möglich und mit bürokratischem Aufwand verbunden [79].

Das deutsche Gesundheitssystem wird im Gegensatz dazu überwiegend durch Sozialbeiträge, die abhängig von der Höhe des Einkommens paritätisch durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer geleistet werden, finanziert. Auch hier gilt der Grundsatz der Bedarfsdeckung. Versicherte, die über einem bestimmten Beitragssatz liegen, können sich privat versichern, dies trifft auf circa 12 % aller Menschen in Deutschland zu. Der deutsche Staat verfügt nur über eine indirekte Steuerungsfunktion, und zwar durch rahmengebende Gesetzgebungen in Bezug auf das Leistungsangebot und die Finanzierungsstruktur. Die Umsetzung und Ausgestaltung des Leistungsangebotes wird durch die Interessensverbände der Finanzierungsträger und der Leistungserbringer erbracht.

In Deutschland gibt es eine ambulante und eine stationäre Behandlungsebene. Der ambulante Sektor ist durch das Nebeneinander von hausärztlichen und fachärztlichen Praxisniederlassungen gekennzeichnet. Patientinnen und Patienten können unabhängig von ihrem Versicherungsstatus wählen, welche Praxis sie für ein konkretes medizinisches Problem aufsuchen möchten [79].

Die in der Literatur dargestellten hohen Prävalenzraten der Harninkontinenz spiegeln sich nicht in der Häufigkeit von Arztbesuchen aus diesem Anlass wider. O'Donnell et al. ermittelten eine Konsultationsrate von 48 % für Frauen mit Symptomen der Harninkontinenz, die mit einem Arzt oder einer Ärztin darüber gesprochen haben [20].

In einer Vergleichsstudie zwischen fünf europäischen Ländern gaben rund ein Drittel der betroffenen Frauen an, mit einem Arzt oder einer Ärztin über die Symptome gesprochen zu haben [19]. In einem Ländervergleich zwischen Spanien, Schweden, Frankreich, Deutschland und Großbritannien wurde auch Bezug auf die unterschiedlichen Zugangswege zu spezialisierten Arztpraxen, wie beispielsweise zu gynäkologischen oder urologischen Praxen, genommen. In nur wenigen Ländern sind, wie es in Deutschland der Fall ist, die Zugangswege zu Facharztpraxen ohne Zugangsbeschränkung organisiert, so dass betroffene Frauen sich zwischen dem Besuch einer Hausarzt- oder Facharztpraxis frei entscheiden können. 60 % aller befragten betroffenen Frauen in Deutschland, die mit einem Arzt oder einer Ärztin über Harninkontinenz gesprochen hatten, taten dies in einer gynäkologischen Praxis, 16 % in einer urologischen Praxis und 19 % in einer Hausarztpraxis. Demgegenüber steht der limitierte Zugangsweg zu Facharztpraxen in Dänemark [19; 80; 81].

Monz et al. verglichen die im Rahmen einer Harninkontinenz-Behandlung zu erzielenden Einkommen für Ärztinnen und Ärzte und kamen zu dem Ergebnis, dass Deutschland im Ländervergleich vergleichsweise eher unattraktive Verdienstmöglichkeiten aufwies [19]. Wiedemann et al. bezeichneten die „Begleitung eines (...) harninkontinenten Patienten (...) als betriebswirtschaftlichen Verlust (...) der nur auf dem Boden ethischer Verantwortung und dem ‚Service-Gedanken‘ geleistet werden könne“ [82].

Ein bedeutender Unterschied zwischen dänischen und deutschen Hausärzten und Hausärztinnen besteht darin, dass gynäkologische Untersuchungen in deutschen Hausarztpraxen im Normalfall nicht durchgeführt werden. In Dänemark hingegen gehören vaginale Untersuchungen durch Hausärzte und Hausärztinnen zum Versorgungsalltag. In dänischen Hausarztpraxen werden beispielsweise auch die gesamten Vor- und Nachsorgeuntersuchungen im Rahmen der Betreuung schwangerer Frauen durchgeführt.

## **2.7.2. Medizinische Leitlinien zur Versorgung von Frauen mit Harninkontinenz in Dänemark und Deutschland**

Medizinische Leitlinien werden durch öffentliche Gremien oder medizinische Fachgesellschaften erstellt und sollen als Entscheidungshilfe für Leistungserbringer und Leistungsempfänger zu geeigneten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsproblemen herangezogen werden. Dabei sollen evidenzbasierte Empfehlungen, also Maßnahmen, deren Wirksamkeit empirisch nachgewiesen werden konnten, im Mittelpunkt stehen [83]. Medizinische Leitlinien gewinnen weltweit zunehmend Bedeutung für die Gesundheitsversorgung [84].

In Deutschland werden medizinische Leitlinien von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), von der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) oder von Berufsverbänden entwickelt und verbreitet. Idealerweise unterliegen medizinische Leitlinien einem systematischen, wissenschaftlich fundierten, transparenten Entwicklungsprozess [85]. Ob und wie Empfehlungen aus medizinischen Leitlinien für die Versorgungspraxis relevant werden und schließlich auch im Versorgungsalltag Anwendung finden, ist auch von der Zuverlässigkeit und Qualität der Empfehlungen sowie der Akzeptanz durch die Anwender abhängig. Kritikpunkte an Leitlinien betreffen beispielsweise die Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit, unzureichende Möglichkeiten, die individuelle Situation eines Patienten oder einer Patientin berücksichtigen zu können sowie eine unangemessene Standardisierung medizinische Behandlungsmaßnahmen [86; 87].

Celik et al. und Keuken et al. [88-91] äußern zudem Kritik daran, dass Frauen in Komitees zur Entwicklung von Leitlinien häufig unterrepräsentiert sind. Sie bemängeln auch, dass bei vielen verantwortlichen Personen das Bewusstsein und Kenntnisse über geschlechtsspezifische und damit auch erkrankungsrelevante Besonderheiten und Zusammenhänge nicht immer ausreichend vorhanden sind. In vielen aktuellen Leitlinien gäbe es keine geschlechtsspezifischen Bezüge, obwohl diese relevant sind. Viele Leitlinien werden unter der angenommenen Voraussetzungen einer Geschlechter-Neutralität entwickelt und veröffentlicht, diese ist jedoch in vielen Fällen gar nicht gegeben [92].

### **Leitlinien in Dänemark**

Zur Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz hat das Nationale Dänische Gesundheitsamt (Sundhedsstyrelsen) eine Leitlinien zur guten klinischen Praxis mit dem Originaltitel „National klinisk retningslinje for urininkontinens hos kvinder“ (Nationale Klinische Leitlinie zur Urininkontinenz bei Frauen) veröffentlicht.<sup>2</sup> Diese Leitlinie ist 2016 aus der Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachgruppen (z. B. der dänischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Urologie, Gynäkologie und Physiotherapie) entstanden. Diese Leitlinie beinhaltet Diagnostik- und Behandlungsempfehlungen für betroffene Frauen, sie gilt berufsübergreifend und soll von ärztlich und / oder therapeutisch handelnden Personen gemeinsam genutzt werden.

Neben dieser im Jahr 2016 erschienenen Leitlinie gibt es weitere sieben Leitlinien, die von der Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG), der dänischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, erstellt worden sind:<sup>3</sup>

- Kirurgisk behandling af stress inkontinens (2012)  
(Chirurgische Behandlung der Stressharninkontinenz)
- Avanceret udredning af urin-inkontinens (2011)  
(Fortgeschrittene Therapie der Harninkontinenz)
- Konservativ behandling af urininkontinens (2010)  
(Konservative Behandlung der Harninkontinenz)
- Medicinsk behandling af inkontinens (2010)  
(Medizinische Behandlung der Harninkontinenz)
- Prolaps (2013)
- Sphincterruptur ved vaginal fødsel: behandling og opfølgning, patientinformation (2011)  
(Sphinkterruptur nach vaginalen Geburten: Behandlung und Nachsorge, Patientinnen-Information)
- Urethral divertikler (2014)  
(Divertikel der Harnröhre)

---

<sup>2</sup> <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/Feeds/~media/8064FA387FA447CBAE2B945FA280C9E2.ashx>. Abgerufen am 30.11.2016

<sup>3</sup> <http://www.dsog.dk/gynkologi/>. Abgerufen am 30.11.2016

### **Leitlinien in Deutschland**

Derzeit gibt es drei gültige Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der Harninkontinenz in Deutschland. Diese werden auf der Internetseite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) bereitgestellt. Bei der ersten Leitlinie handelt es sich um eine interdisziplinäre S2e-Leitlinie „*Belastungsinkontinenz der Frau*“.<sup>4</sup> Die Grundlage für die Erstellung von S2e-Leitlinien ist eine systematische Literaturrecherche und die kritische Bewertung der gefundenen Literatur durch ein Expertengremium. Die zweite Leitlinie ist eine S2k-Leitlinie mit dem Titel „*Die überaktive Blase*“.<sup>5</sup> Diese Leitlinie wurde 2010 erstellt und wird derzeit auf ihre Aktualität hin überprüft. S2k-Leitlinien setzen eine Konsensfindung des an der Erstellung beteiligten Expertengremiums voraus. Beide Leitlinien entstanden durch eine Zusammenarbeit von urologischen, gynäkologischen und physiotherapeutischen Expertinnen und Experten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Bei der dritten Leitlinie „*Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten. Diagnostik und Therapie*“ handelt es sich um eine S2e-Leitlinie, die von der deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) erstellt wurde. Eine letzte Aktualisierung erfolgte 2016.<sup>6</sup> Die Handlungsempfehlungen dieser Leitlinie gelten sowohl für Männer als auch für Frauen mit Harninkontinenz.

Von der Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) gibt es derzeit keine gültige Leitlinie zur Harninkontinenz. Die letzte DEGAM-Leitlinie Nr. 5 „*Harninkontinenz*“ aus dem Jahr 2004 hat im Jahr 2007 ihre Gültigkeit verloren. Sie beinhaltete Handlungsempfehlungen für Frauen und Männer. Bisher wurde diese Leitlinie nicht überarbeitet oder aktualisiert.

---

<sup>4</sup> <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-005.html> (Abgerufen am 20.10.2016)

<sup>5</sup> <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-007.html> (Abgerufen am 20.10.2016)

<sup>6</sup> <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/084-001.html> (Abgerufen am 20.10.2016)

## **2.8 Persönliche Ebene**

### **2.8.1 Kompetenzen, Fähigkeiten und Verantwortungsgefühl**

In einer kürzlich veröffentlichten Studie von Mazloomdoost et al. [93] beantworteten 108 Hausärzte und Hausärztinnen einen Online-Fragebogen (14 Items) zum Thema Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz (UI), des OAB-Syndroms und zum urogenitalen Prolaps (POP) in der Hausarztpraxis. Die Rücklaufquote betrug 30 %. Die Autoren berichteten, dass in der Sprechstunde von Hausärztinnen die drei Themen signifikant häufiger angesprochen wurden als in derjenigen von Hausärzten. Die untersuchte Studienpopulation fühlte sich darüber hinaus überwiegend sicher in der Diagnostik und Therapie der UI (Urinary Incontinence) und OAB, jedoch unsicher in Bezug auf Diagnostik und Therapie des urogenitalen Prolapses. Die Prävalenzen zu UI und OAB wurden überwiegend richtig eingeschätzt (Multiple-Choice-Frage), die Prävalenz von POP jedoch unterschätzt.

1500 Hausärztinnen und Hausärzte wurden in einer 2002 veröffentlichten, kanadischen Studie postalisch zum Thema Harninkontinenz befragt [94]. Die Rücklaufquote betrug 43 % (650/1500). 38 % der befragten Hausärztinnen und Hausärzte berichteten, Wissenslücken hinsichtlich der Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz zu haben. Zwei Drittel gaben an, dass ihnen anhand der von den Patientinnen geschilderten Symptome eine Zuordnung zu einer Inkontinenzform (Belastungs- oder Dranginkontinenz) schwer fallen würde. 60 % gaben an, dass das Gesundheitsproblem Harninkontinenz eine schwer zu bewältigende Aufgabe im Praxisalltag war und nur etwa 38 % behandelten ihre Patientinnen anhand eines strukturierten Behandlungsablaufs. Mehr als die Hälfte der Befragten sagten jedoch, dass Harninkontinenz ein häufiges Thema in ihrer Sprechstunde gewesen ist.

In einer im Jahr 2013 veröffentlichten kanadischen Studie berichteten die Autoren über deutliche Differenzen in Bezug auf medizinisches Fachwissen zur Versorgung von Menschen mit Harninkontinenz unter der von ihnen untersuchten Studienpopulation [63]. Die Autoren kontaktierten 1488 Hausärztinnen und Hausärzte im Rahmen eines postalischen Surveys. Die Rücklaufquote betrug knapp 11 %, obwohl eine Aufwandsentschädigung von 50,00 kanadischen Dollar gezahlt wurde (circa 34,00 Euro). 69 % der Teilnehmenden berichteten, relativ gut über die Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz informiert zu sein, 24 % gaben an, gar nicht informiert zu sein. 54 % der Befragten berichteten, dass sie das Thema aktiv ansprechen würden, wenn sie vermuten, dass eine Patientin unter unfreiwilligem Harnverlust leidet. 15 % sagten, dass sie Harninkontinenz mit niemandem aktiv besprechen würden, es sei denn, der Patient oder die Patientin spricht das Thema an.

Im Rahmen einer im Jahr 1999 durchgeführten dänischen Befragung, an der 1071 Hausärztinnen und Hausärzte teilnahmen, gaben nur knapp 24 % der Befragten an, dass sie ihr Wissen zu Therapie und Behandlung der Harninkontinenz als ausreichend gut einschätzen würden, um ihre Patientinnen und Patienten adäquat behandeln zu können. Über die Hälfte der Befragten erklärte, dass sie Menschen mit Symptomen der Harninkontinenz zur Weiterbehandlung in ein Krankenhaus überweisen würden [95].

In einer niederländischen Studie wurden 949 Hausärztinnen und Hausärzte postalisch nach Faktoren befragt, welche sie an der Befolgung der von der niederländischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin erstellten Leitlinie zur Harninkontinenz hindern könnten [96]. 33 % der Befragten schickten einen ausgefüllten Fragebogen zurück, 264 der beantworteten Fragebögen konnten in die Analyse einbezogen werden (28 %). Die Studienteilnehmer nannten Zeitmangel, Personalmangel, unzureichende Ausstattung, Wissenslücken und eine geringe Motivation (Compliance) als häufigste Behandlungsbarrieren.

Die Autoren der Studie nannten für die Niederlande Folgekosten von 112 Millionen Euro für Einlagenverordnungen für das Jahr 2006 [96]. Vor diesem Hintergrund befragten sie darüber hinaus 209 Patientinnen und Patienten postalisch, die sich aufgrund von Symptomen der Harninkontinenz in einer niederländischen Hausarztpraxis vorgestellt hatten. Etwa die Hälfte der Befragten gab an, eine Einlagenverordnung erhalten zu haben, ohne dass Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie, wie sie in niederländischen Leitlinien dargelegt sind, befolgt worden wären. 16 % gaben an, dass sie ein Faltblatt mit Informationen zu Beckenbodenübungen und / oder eine Anleitung zum Schreiben eines Miktionsprotokolls erhalten hatten. 25 % berichteten, an Spezialisten oder an eine physiotherapeutische Praxis überwiesen worden zu sein. Einer von vier Befragten erklärte, insgesamt unzufrieden mit dem Informationsangebot und der Behandlung in der Hausarztpraxis gewesen zu sein [97].

Wiedemann und Füsgen befragten im Rahmen von zwei Fortbildungsveranstaltungen deutsche Hausärztinnen und Hausärzte mittels eines Fragebogens zur Diagnostik und Behandlung harninkontinenter Patienten und Patientinnen in der Sprechstunde. Insgesamt 2007 Hausärzte und Hausärztinnen sowie 523 Ärztinnen und Ärzte aus anderen Fachdisziplinen (Gynäkologie, Urologie und Innere Medizin) nahmen an der Befragung teil. Die Ergebnisse wurden 2009 veröffentlicht. 57 % der Studienpopulation äußerten, dass Harninkontinenz ein häufiges Thema in der Sprechstunde war. Insbesondere ältere Patienten und Patientinnen wurden aktiv nach Symptomen der Harninkontinenz befragt. Diagnostisch kam es vorwiegend zur Erhebung einer Inkontinenzanamnese sowie einer Urinuntersuchung. Miktionstagebücher oder Sonographie kamen nur selten zum Einsatz.

Mehr als zwei Drittel der Befragten erklärte, an spezialisierte Ärztinnen und Ärzte zu überweisen, 59 % verordneten Medikamente (am häufigsten Anticholinergika), 45 % stellten eine Einlagenverordnung aus und 12 % überwiesen ihre Patienten und Patientinnen in eine physiotherapeutische Praxis. 35 % gaben an, Ihre Kenntnisse zur Diagnostik und Behandlung der Harninkontinenz im Studium erworben zu haben, 72 % erklärten, ihr Wissen selbständig angeeignet zu haben oder es durch den Besuch einer Fortbildungsveranstaltung erworben zu haben. Die Autoren beschrieben, dass ein in der Sprechstunde eingeleitetes Erstgespräch häufig nicht zur Einleitung einer Behandlung oder Therapie führen würde. Bei 71 % aller Frauen mit Inkontinenz wurde im ersten Jahr nach der Beschwerdeäußerung keinerlei Maßnahme eingeleitet [82].

Im Rahmen einer 2007 in Wales stattgefundenen qualitativen Studie wurden 32 Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten zum Thema Harninkontinenz geführt. Die Bedeutung und Relevanz des Themas wurde von den Studienteilnehmern sehr heterogen bewertet. Einige waren der Meinung, dass es sich um ein sehr wichtiges und häufiges Gesundheitsproblem handeln würde, andere hatten kaum Erfahrung damit und waren der Auffassung, dass es eher ein nebensächliches Krankheitsbild sei. Niemand der Befragten schilderte, dass Miktionsprotokolle angewendet wurden und ein Großteil äußerte, Schwierigkeiten und Wissenslücken in Bezug auf die Diagnostik- und Therapiemaßnahmen zu haben. Die meisten Befragten erklärten, dass sie ihre Patientinnen und Patienten an Facharztpraxen überweisen würden. Die Therapieoption, therapeutische Übungen zur Stärkung des Beckenbodens durchzuführen, erfolgte durch das Mitgeben einer Faltbroschüre. Die befragten Hausärztinnen und Hausärzte konnte keine Angaben dazu machen, wie häufig und wie lange die Übungen durchgeführt werden müssen, um eine Besserung der Symptome erwarten zu können [70].

Im Rahmen einer Prüfung von Patientenakten durch den National Health Service (NHS) in England, Wales und Nordirland stellte sich heraus, dass bei älteren und hilflosen Menschen sowie bei Menschen mit Lernschwierigkeiten nur bei etwa der Hälfte der Fälle in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass eine Harninkontinenz vorlag und um welche Inkontinenzform es sich handelte. Zudem wurden in diesen Fällen nur selten kurative Therapiemaßnahmen, wie beispielsweise die Einweisung in Beckenbodengymnastik, eingeleitet [98].

Zur Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz bei älteren Menschen wurden im Jahr 2005 zwei Fokusgruppeninterviews mit 13 niederländischen Hausärztinnen und Hausärzten durchgeführt. Der Fokus lag dabei auf der Beschreibung von Faktoren, die einer Befolgung von Leitlinienempfehlungen potentiell entgegenwirken können. Vier Hauptursachen wurden genannt: Zeitmangel, die Komplexität des Krankheitsbildes, Multimorbidität und „Therapeutischer Nihilismus“ seitens der Ärztinnen und Ärzte [99].

Die Autoren beschrieben, dass das Zusammenspiel von Multimorbidität und Komplexität des Krankheitsbildes häufig dazu führt, dass andere Erkrankungen vorrangig behandelt werden, und zogen den Schluss, dass Zeitmangel und Wissenslücken der Hausärztinnen und Hausärzte in Kombination mit einer geringen Motivation der Patientinnen dazu führen kann, dass die Diagnostik und Therapie von Menschen mit Harninkontinenz in den Niederlanden nicht den Standardanforderungen entsprechen würden [99].

Im Rahmen einer qualitativen Studie (2010), in der 85 israelische Hausärztinnen und Hausärzte in zwölf Fokusgruppeninterviews unter anderem zur Diagnostik und Behandlung älterer Patientinnen und Patienten mit Harninkontinenz befragt wurden, wurden ebenfalls Zeitmangel, Multimorbidität und komplexe Therapieempfehlungen als Behandlungsbarrieren angegeben. Ein Interviewteilnehmer brachte seine Ansicht über die Behandlung älterer Menschen mit Symptomen der Harninkontinenz folgendermaßen zum Ausdruck: „When you talk about incontinence you open up a Pandora’s box“ [100].

## **2.9 Relationale Ebene**

### **2.9.1 Relevanz der Harninkontinenz für die hausärztliche Sprechstunde**

Im Rahmen der LUTS-Studie ermittelten Schreiber Pedersen et al. (2017) eine Konsultationsrate von 25,3 % für dänische und 31,4 % für deutsche Frauen aus dem Anlass Harninkontinenz. Der subjektiv wahrgenommene Schweregrad der Harninkontinenz und die zeitliche Dauer der Symptome waren positiv mit der Konsultationsrate assoziiert [101].

O'Donnell et al. ermittelten in einer Ländervergleichsstudie einen Anteil von 35 % für die Frauen, die mit einem Arzt oder einer Ärztin über Harninkontinenz gesprochen hatten. Im Rahmen der Studie wurden die Länder Frankreich, Deutschland, Spanien und Großbritannien verglichen. Bei den deutschen Studienteilnehmerinnen lag die Konsultationsrate mit 42 % über dem Gesamtdurchschnitt. 72 % der Befragten gaben an, das Thema schon einmal mit einer anderen Person besprochen zu haben (Freundin, Partner oder Angehörige) [20].

Unter den Frauen, die seit mehr als fünf Jahren unfreiwilligen Harnverlust erlebt hatten, hatten 33 % mit einem Arzt oder einer Ärztin über die Symptome gesprochen, unter den Frauen mit täglichem Harnverlust 55 % [102; 103].

In einigen Studien wird die Diskrepanz thematisiert, die zwischen der hohen Prävalenzrate der Harninkontinenz und der im Vergleich dazu geringen ärztlichen Konsultationsrate der Patientinnen besteht. Oft wird der Tabucharacter der Erkrankung sowie dessen Offenlegung als möglicherweise sehr beschämende und unangenehme Situation für die Betroffenen zur Erklärung herangezogen. Anderen mitzuteilen, unter unfreiwilligem Harnverlust zu leiden, stellt demnach für viele Betroffene eine außerordentlich große, oftmals nicht zu bewältigende Hürde dar [8; 16; 94; 104; 105].

Mitteneß et al. bezweifeln jedoch, dass die negativen Effekte des unfreiwilligen Harnverlusts auf das Selbstwertgefühl so groß sind, dass diese über Jahre persistieren können. Die Autorin vermutet vielmehr, dass die Vorstellung, Harninkontinenz sei eine ganz normale Begleiterscheinung des Alterungsprozesses, dazu führen kann, das Symptom anzunehmen und sich damit zu arrangieren; überall erhältliche Inkontinenzartikel könnten diese Art der Krankheitsbewältigung noch verstärken [106]. Dass Harninkontinenz nicht als medizinisches Problem angesehen wird, welches therapiert werden kann, sondern als eine normale Begleiterscheinung des Alterungsprozesses oder als eine natürliche Folge von Schwangerschaften und Geburten, wurde auch in anderen Studien beschrieben [13; 107-113].

In einer Untersuchung von Elenskaia et al. (2010), in der 150 Personen aus Österreich zur Beurteilung des Tabucharacters von Harninkontinenz und weiteren Erkrankungen (z. B. Depression und Krebs) befragt wurden, waren 60 % der Studienpopulation der Meinung, dass Harninkontinenz ein Tabuthema darstellt [12].

Aufgrund der komplexen Physiologie der Harnproduktion und der Harnausscheidung ist es zudem wahrscheinlich, dass viele Menschen nur vage Vorstellungen über die Ursachen und Mechanismen des unfreiwilligen Harnverlusts haben. Hinzu kommt, dass häufig nur rudimentäre Kenntnisse in Bezug auf geeignete Behandlungsmöglichkeiten bekannt sind [114-116].

Senekjian et al. untersuchten 2011 das Verständnis von 375 Frauen in Bezug auf urogynäkologische Terminologie. Die Studienteilnehmerinnen sollten die drei Begriffe „urinary incontinence“, „pelvic floor disorder“ und „pelvic floor prolaps“ erklären. Nur 25 % der Befragten kannten alle drei Begriffe, 18 % kannten keinen der drei genannten Begriffe [114].

Viele betroffene Frauen finden mit der Zeit wirksame Strategien, um mit dem unfreiwilligen Harnverlust umzugehen, beispielsweise durch den Erwerb von Einlagen oder Inkontinenzhilfen aus dem Drogeriemarkt, eine Reduktion der Trinkmenge sowie die Vermeidung oder Einschränkung von Sport, sozialer Aktivität und körperlicher Anstrengung [5; 117].

Mitteneß kommt zu dem Schluss, dass Harninkontinenz häufig als „Housekeeping-Problem“ und weniger als Gesundheitsproblem angesehen wird. Aus Konsequenz daraus würden in erster Linie die Symptome und weniger die Ursachen der Harninkontinenz behandelt werden [106]. Die Autorin verweist zudem auf die notwendige Unterscheidung und das Zusammenspiel von Signifikanz (Effekte auf die Selbstwahrnehmung) und die Konsequenz (Alltagsbewältigung und soziale Kontakte) einer Erkrankung für Betroffene. Komplexe Faktoren, wie beispielsweise die Wirksamkeit der eigenen Bewältigungs- und Selbsthilfestrategien, bestehende Begleiterkrankungen, die Wahrnehmung der eigenen Identität, das Selbstwertgefühl und die Einschränkungen, die durch die Symptome für den Alltag und die Wahrnehmung sozialer Kontakte resultieren, können die Suche nach (professionellen) Hilfsangeboten determinieren [8].

O`Donnells et al. berichteten, dass 87 % aller befragten Frauen, die im Rahmen einer ärztlichen Konsultation über Harninkontinenz gesprochen hatten, das Thema selbst aktiv zur Sprache gebracht hatten, sie wurden nicht durch einen Arzt oder eine Ärztin ermuntert, darüber zu sprechen [28].

Schreiber Pedersen et al. (2017) fanden heraus, dass 25 % der dänische Frauen und 31 % der deutschen Frauen mit Harninkontinenz aus dem Studienkollektiv schon einmal mit einem Arzt oder einer Ärztin über Harninkontinenz gesprochen hatten. 86 % der dänischen und 73 % der deutschen Frauen schilderten in diesem Zusammenhang, dass sie das Thema im Rahmen der Sprechstunde selber angesprochen hatten [101].

Frauen, die von einem Hausarzt oder einer Hausärztin aktiv gefragt wurden, ob Symptome einer Harninkontinenz vorliegen, wurden mit einer höheren Wahrscheinlichkeit umfassend diagnostiziert und therapiert (OR = 15,7) als Frauen, die selber die Initiative ergriffen hatten und ihren Arzt oder ihre Ärztin aktiv auf die Problematik angesprochen hatten [118].

Ein höheres Lebensalter und eine als stark empfundene Beeinträchtigung des Alltagslebens aufgrund der Harninkontinenz werden mit einer höheren Ansprechrate seitens der Betroffenen assoziiert. Ein weiterer Aspekt, der dazu führen kann, mit einem Arzt oder einer Ärztin über Harninkontinenz zu sprechen, ist die Befürchtung, dass die Gründe für den Harnverlust mit einer besorgniserregenden Krankheit in Verbindung stehen könnten [13; 14; 81; 101; 102; 119-121].

### **2.9.2 Harninkontinenz und Sprachtabu**

Wenn Harninkontinenz ein Tabuthema ist, dann sollte dieses Tabu, im Sinne der Nichtansprache (Sprachtabu), auch für Hausärzte und Hausärztinnen gelten, mit dem Resultat, dass Ärztinnen und Ärzte, möglicherweise auch aus Gefühlen des Anstandes heraus, die aktive Ansprache des Themas häufig unterlassen.

Maletzke definiert Tabus folgendermaßen [122]:

*„Jede Kultur kennt Tabus, also strikte Verbote, die man nicht ungestraft verletzen darf: Gegenstände, die man nicht berührt; Orte, die man nicht betritt; Wörter, die man nicht ausspricht. Tabus variieren in hohem Maße von Kultur zu Kultur.“*

Im Handbuch interkulturelle Germanistik [123] zum Thema Sprachtabus wird beschrieben, dass die jeweilige Sozialisation dazu führt, dass Menschen sich der eigenen Tabus meistens nicht bewusst werden und dass sie es für ganz selbstverständlich halten, wenn über bestimmte Dinge nicht besonders nachgedacht oder darüber gesprochen wird. „Tabus sind häufig vor allem Redetabus.“ In dem Aufsatz werden drei unterschiedliche Motivationen für die Existenz von Tabus genannt: (1) Furcht, (2) Feinfühligkeit und (3) Anstand. Tabus aus Anstand seien durch Scham-, Peinlichkeits- und Anstandsgefühle motiviert und sie betreffen bestimmte Körperteile, Körperausscheidungen und Körperfunktionen sowie die Sexualität.

In einem Buchbeitrag mit dem Titel: „Empathie und Tabu(-bruch) in der Gynäkologie“ beschreibt der Autor, ein Gynäkologe, dass viele Frauen „Blasenschwäche“ als Abwertung und negative Beeinträchtigung ihrer Weiblichkeit wahrnehmen würden. Patientinnen würden oftmals die Symptome verschweigen (Sprachtabu) und ärztlicherseits werde es häufig „vergessen“, gezielt nach krankheitsbedingten Beschwerden zu fragen [124].

In diesem Beispiel wird deutlich, dass eine Verharmlosung des Problems vorgenommen wird, indem euphemistisch von „Blasenschwäche“ statt von unfreiwilligem Harnverlust oder Harninkontinenz gesprochen wird. Auch die Vermutung, dass es häufig vergessen wird, danach zu fragen, lässt vermuten, dass das Ausmaß des Problems zwar bekannt, aber entweder nicht als relevant angesehen wird oder die aktive Ansprache mit unangenehmen Empfindungen assoziiert wird.

### 2.9.3 Harninkontinenz und Stigma

Der Soziologe Erving Goffmann definierte den aus dem Griechischen stammenden Begriff Stigma als körperliches Zeichen,

*„(...) welches dazu bestimmt ist, etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand eines Zeichenträgers zu offenbaren. Solche Zeichen wurden in den Körper geschnitten oder gebrannt und taten öffentlich kund, dass der Träger ein Sklave, ein Verbrecher oder ein Verräter war – eine gebrandmarkte, rituell für unrein erklärte Person, die gemieden werden sollte“ [125].*

Ein Stigma ist ein physisches, psychisches oder soziales Merkmal, durch das eine Person sich von den übrigen Mitgliedern einer Gesellschaft negativ unterscheidet und das sie von vollständiger sozialer Anerkennung ausschließt. Stigmatisierung kann durch andere Menschen (öffentliche Stigmatisierung), aber auch durch die eigene Person (Selbststigmatisierung) erfolgen [126].

Eine Eigenschaft wird dann zum Stigma, wenn sie als Normabweichung verstanden wird, die einem Merkmalsträger zugleich negative Attribute zuschreibt. Das Merkmal selbst steht dabei nicht im Mittelpunkt, sondern die negativen Assoziationen, die dieses auslöst. In Bezug auf Harninkontinenz können unter anderen folgende negative Bewertungen assoziiert sein: Verlust von Selbstkontrolle und Attraktivität (auch in sexueller Hinsicht), der Verlust geistiger Fähigkeiten, Inkompetenz sowie Senilität, Demenz und Greisentum [127].

Goffmann kategorisierte Stigmata in zwei Ausprägungstypen, wobei der erste Typ dadurch gekennzeichnet ist, dass ein stigmatisierendes Merkmal sichtbar ist. Sichtbare Merkmale können verursachen, dass eine Person von der Gesellschaft gemieden oder diskreditiert wird (discredited). Auf der anderen Seite kann ein Merkmal auch unsichtbar sein, in diesem Fall ist ein Individuum zunächst potentiell „verwundbar“, es hat eine verborgene negative Charaktereigenschaft, Goffmann spricht von „discretable individuals“ [125]. Eine Person, die ein unsichtbares stigmatisierendes Merkmal hat, muss abwägen, wie sie damit umgehen möchte – anderen von dem Merkmal erzählen oder es verheimlichen und schweigen [126].

Ärztinnen und Ärzte, die eine Diagnose stellen, um einen Menschen über das Ausmaß einer Erkrankung und die zu erwartende Prognose aufzuklären, können in dieser Situation zu Überbringern schlechter Nachrichten werden. Als mögliche Konsequenz daraus kann resultieren, dass das tatsächliche Ausmaß einer Erkrankung verschwiegen oder verschleiert wird. Auch das Nichteröffnen oder die Nichtansprache eines Merkmals und seiner Konsequenzen kann möglicherweise daraus resultieren [125].

Schreiber Pederson et al. (2017) haben im Rahmen der LUTS-Studie (n = 4515) untersucht, ob Frauen, die berichtet hatten, unter Symptomen der Harninkontinenz zu leiden, sich für den unfreiwilligen Harnverlust schämen würden. 21 % der dänischen und 20 % der deutschen Befragten bejahten diese Frage. Zudem wurde danach gefragt, ob sich die Frauen vorwerfen, selber für die Harninkontinenz verantwortlich zu sein, weil sie beispielsweise kein Beckenbodentraining praktiziert hatten. 48 % der dänischen und 29 % der deutschen Befragten waren dieser Ansicht [101].

#### **2.9.4 Wahrnehmung und kognitive Einordnung von Körperteilen und Körperprodukten**

Das medizinsoziologische Modell „Cognitive Representation of Bodily Parts and Products“ von Klonoff und Landrine und in seiner Weiterentwicklung von Verdi Hughes und Pietroni stellt ein Konzept dar, welches zur Deutung von kognitiven Prozessen bei der Körperwahrnehmung herangezogen werden kann. Das Modell kann dazu beitragen, besser nachvollziehen zu können, wie Menschen Körperteile und Körperfunktionen wahrnehmen, einordnen und bewerten, was sich letztlich auch in der Sprache oder Sprachfähigkeit ausdrücken kann, mit der Organe und Körperfunktionen beschrieben werden [29-31].

Die dem Modell inhärenten fünf Dimensionen dienen als Grundlage für das Verständnis von Körperschemata (Klonoff und Landrine, 1993):

- Vulnerability (Verletzlichkeit)
- Importance (Wichtigkeit)
- Stigma
- Privacy (Privatshäre)
- Sexuality (Sexualität)

Wenn ein Körperteil oder ein Körperprodukt einer Dimension zugeordnet wird, kann die jeweilige Kategorie als Indikator angesehen werden, der anzeigt, ob ein Gesundheitsproblem als behandlungsbedürftig oder als (eher) nicht behandlungsbedürftig angesehen wird.

Die Wahrnehmung und kognitive Einordnung von körperlichen Phänomenen hängt stark von individuellen Merkmalen (z. B. Geschlecht und Alter) sowie von verinnerlichten gesellschaftlichen Konventionen, Werten und Normen ab [31].

Hughes und Pietroni (2014) schreiben den beiden Kategorien „Verletzlichkeit“ und „Wichtigkeit“ den größten Einfluss zu, wenn es um die Bereitschaft geht, medizinische Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen [30].

Das Modell kann als Interpretationshilfe dienen, um besser zu verstehen, welche Faktoren aus ärztlicher Sicht dazu führen können, eine Therapie einzuleiten, eine medizinische Behandlung hinauszuzögern oder zu unterlassen. Körperschemata existieren natürlicherweise auch für Ärztinnen und Ärzte und können möglicherweise einen Beitrag dazu leisten zu erklären, warum es Erkrankungen oder Symptome gibt, die nicht aktiv angesprochen werden, möglicherweise weil dieser Vorgang einen Distanzbruch oder eine Grenzüberschreitung darstellen könnte.

### **2.9.5 Gender-Dyaden**

Das Geschlecht und das Alter der Beteiligten im Arzt-Patienten-Kontakt nehmen vermutlich Einfluss auf die Interaktion und den Verlauf des Gesprächs [27; 127; 128]. Wahrscheinlich sind auch Behandlungsgewohnheiten, beispielsweise die häufigere Verordnung von Beckenbodengymnastik durch Hausärztinnen, geschlechtsspezifisch determiniert.

In Studien, in denen unterschiedliches Verhalten zwischen Hausärztinnen und Hausärzten in Bezug auf den Kommunikationsstil untersucht wurden, zeigte sich, dass der Kontakt zu den Patienten und Patientinnen in der Sprechstunde von Hausärztinnen etwas länger dauerte (im Schnitt zwei Minuten) und dass Ärztinnen häufiger psychosoziale Fragen stellten als Ärzte. Im Gespräch mit Ärztinnen schilderten Menschen ihre Symptome detaillierter und sprachen häufiger über Probleme psychosozialer Natur. Ärztinnen nahmen sich häufig mehr Zeit für Beratungsgespräche und veranlassten häufiger geschlechtsspezifische Früherkennungsuntersuchungen [22-25; 129].

In einer Untersuchung von Roter et al. bildeten Gynäkologen eine Ausnahme zu den oben geschilderten Erkenntnissen; die befragten Gynäkologen aus der Studienkohorte erzielten höhere Empathiewerte und unterbrachen ihre Patientinnen im Gespräch seltener als Gynäkologinnen [22; 24].

Sensitivität für geschlechtsspezifische Zusammenhänge in der medizinischen Versorgung setzt voraus, dass Ärztinnen und Ärzte das Bewusstsein und Kompetenzen erwerben, um relevante Maßnahmen in Versorgungsprozesse integrieren zu können [130].

### **3. Methoden**

#### **3.1 Die LUTS-Studie**

Das Akronym LUTS steht für Lower Urinary Tract Symptoms. Bei der Studie handelt es sich um eine binationale, von der EU geförderte, INTERREG IVa Studie. Die Planung, Vorbereitung und Datenerhebung erstreckte sich von Januar 2012 bis Februar 2015. Vor Studienbeginn wurde ein Antrag zur Bewilligung des Studienvorhabens bei der Ethikkommission der Universität zu Lübeck eingereicht, dieser erhielt ein positives Ethikvotum (Aktenzeichen 12-089 / Datum: 19.06.2012).

Es gab drei voneinander unabhängige Studienzentren: eines in Dänemark (Leadpartner) an der Universitätsklinik für Geburtshilfe und Gynäkologie in Roskilde und zwei Zentren in Deutschland: die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Preetz sowie das Institut für Klinische Epidemiologie an der Universität zu Lübeck (heute Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie).

Das Studienvorhaben war auf zwei Zielgruppen ausgerichtet. Die erste Zielgruppe stellten Frauen mit beziehungsweise ohne Harninkontinenzsymptome dar. Für dieses Kollektiv wurden Prävalenzdaten zur Harninkontinenz bei Frauen ( $\geq 18$  Jahre) mit einem Wohnsitz in der Fehmarnbelt-Region erhoben [45]. Ein weiterer Schwerpunkt der Untersuchung lag darauf, Faktoren zu identifizieren, welche betroffene Frauen möglicherweise davon abhalten können, einen Arzt oder eine Ärztin zu konsultieren [101] sowie der Untersuchung von Daten zur Lebensqualität (QoL) im Studienkollektiv (Schreiber Pederson et al., noch unveröffentlicht).

Die zweite Zielgruppe stellten Hausärztinnen und Hausärzte mit einer Praxisniederlassung in der Fehmarnbelt-Region dar. Das Ziel war es, zu untersuchen, welche Erfahrungen Hausärztinnen und Hausärzte mit dem Thema Harninkontinenz im Rahmen der hausärztlichen Versorgung machen und welchen Stellenwert und Relevanz das Thema im Praxisalltag hat. Es sollten zudem Faktoren ermittelt werden, die Hausärzte und Hausärztinnen potentiell davon abhalten können, Patientinnen mit Harninkontinenz zu identifizieren und zu behandeln. Dabei sollte primär untersucht werden, ob sich zwischen dänischen und deutschen sowie zwischen männlichen und weiblichen Befragten relevante Unterschiede beobachten lassen.

Die Analyse der Daten geschah vor dem Hintergrund, dass sich die hausärztlichen Versorgungsstrukturen in Dänemark und Deutschland voneinander unterscheiden. Während in Dänemark ein hausarztzentriertes Versorgungsmodell vorherrscht, gibt es in Deutschland ein Nebeneinander von hausärztlichen und fachärztlichen Praxen, die von den Patienten und Patientinnen prinzipiell nach dem eigenem Ermessen aufgesucht werden können.

In Dänemark gibt es acht Leitlinien zur Behandlung und Diagnostik der Harninkontinenz bei Frauen, wohingegen in Deutschland drei Leitlinien vorhanden sind – von diesen dreien wurde keine explizit für Hausärztinnen und Hausärzte erstellt (vgl. Kapitel 2.7.2).

Zur Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte wurde im Rahmen des Projektes ein Fragebogen entwickelt, getestet und validiert [32; 33].

### **3.2 Studiendesign**

Die Befragung von insgesamt 930 Hausärztinnen und Hausärzten mit einem Praxissitz in der Fehmarnbelt-Region erfolgte mittels eines im Team entwickelten Fragebogens zur Selbstbeurteilung im Rahmen einer postalischen Querschnittsbefragung. Es handelte sich dabei um eine Vollerhebung. Zu diesem Zweck wurden alle dänischen und deutschen Hausärztinnen und Hausärzte in der Fehmarnbelt-Region angeschrieben und gebeten, den Fragebogen auszufüllen. Die postalische Befragung fand zwischen dem 24. Februar 2014 (Erstaussendung der Fragebögen) bis zum 18. Juni 2014 (Einsendeschluss) statt.

Durch einen, dem Survey vorgeschalteten, qualitativen Arbeitsschritt sollte zunächst Basiswissen über die Erfahrungen und Einstellungen der Ärztinnen und Ärzte zum Thema Harninkontinenz in der hausärztlichen Sprechstunde gewonnen werden. Aus diesem Grund fanden zwischen September und Dezember 2012 ein Fokusgruppeninterview mit sieben – sowie Einzelinterviews mit insgesamt elf Hausärztinnen und Hausärzten im deutschen Teil der Fehmarnbelt-Region statt. In Dänemark wurden entsprechend dazu zwei Fokusgruppeninterviews mit sechs beziehungsweise zehn Personen sowie ein Einzelinterview durchgeführt.

### **3.3 Entwicklung eines bilingualen Fragebogens für Hausärztinnen und Hausärzte**

Für die Studie wurde ein bilingualer Fragebogen entwickelt und psychometrisch getestet [32; 33]. Die Fragebogenentwicklung zeichnete sich durch sowohl qualitative als auch quantitative Arbeitsschritte aus (vgl. Abb. 3.1).

Die einzelnen Schritte des Prozesses werden im Folgenden näher beschrieben:

### ***Erarbeitung eines Interview-Leitfadens***

In einer systematischen Literaturrecherche konnten relevante Informationen über das Thema Harninkontinenz im Kontext der hausärztlichen Versorgung gefunden werden. Es zeigte sich aber auch, dass es keinen geeigneten Fragebogen gab, der für das Studienvorhaben hätte adaptiert werden können. Es wurde daher ein eigener Interviewleitfaden entwickelt, um Experteninterviews mit Hausärztinnen und Hausärzten durchführen zu können, um dann auf der Basis der Interviewdaten einen eigenen Fragebogen zu entwickeln.

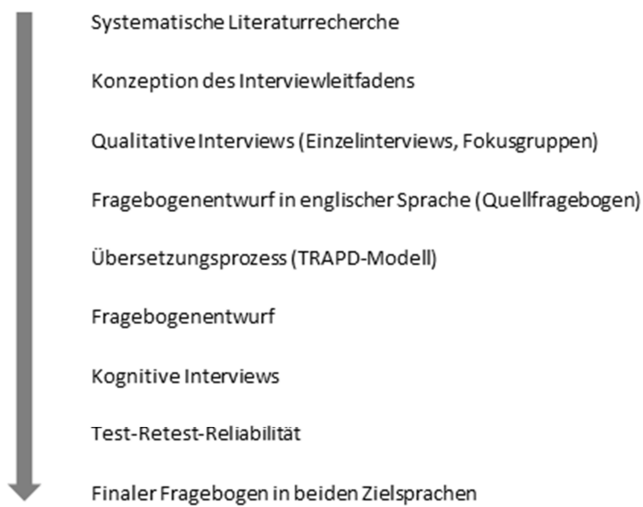
Durch den qualitativen Ansatz sollten Informationen über die Erfahrungen und Einstellungen von Hausärztinnen und Hausärzten zum Thema Harninkontinenz in der hausärztlichen Sprechstunde gewonnen werden, um einen Fragebogen mit möglichst hohem Praxisbezug erstellen zu können.

Der für die qualitativen Interviews entwickelte semistrukturierte Gesprächsleitfaden enthielt unter anderem Fragen zur Häufigkeit der Ansprache des Themas Harninkontinenz in der Sprechstunde, Fragen zu potentiellen Behandlungsbarrieren sowie zu Diagnostik- und Therapiegewohnheiten. Die Befragten sollten zudem die Relevanz des Themas beurteilen. Es wurde auch nach persönlichen Erfahrungen mit betroffenen Patientinnen gefragt, dabei ging es anhand von konkreten Fällen um die erfolgten Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen. Die Interviewteilnehmer wurden außerdem gefragt, ob es für sie oder ihre Patientinnen unangenehm war, über Harninkontinenz zu sprechen, und welche Rolle Schamgefühle bei der Erörterung des Themas in der Sprechstunde spielen (Interview-Leitfaden vgl. Anhang, S. 96-99).

Die Rekrutierung von Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern erfolgte über telefonische Anfragen in Hausarztpraxen, Vorstellung des Studienvorhabens in hausärztlichen Qualitätszirkeln und über bereits bestehende Kontakte zu Hausärztinnen und Hausärzten. Insgesamt konnten elf Einzelinterviews und ein Fokusgruppeninterview mit sieben Personen durchgeführt werden. Für das Gespräch erhielten die Teilnehmenden eine Aufwandsentschädigung von 50,00 Euro.

Um die Erfahrungen von dänischen Hausärztinnen und Hausärzten einzubeziehen, wurden in Dänemark analog dazu zwei Fokusgruppeninterviews und ein Einzelinterview durchgeführt.

Alle Interviews wurden aufgezeichnet und wortwörtlich transkribiert. Die Analyse der Interviews erfolgte getrennt innerhalb der jeweiligen Arbeitsgruppen in Roskilde beziehungsweise in Lübeck. Die Analyse der deutschen Interview-Aufzeichnungen erfolgte angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [131]. An diese Arbeitsschritte schloss sich die Konzeption eines (Quell-)Fragebogens in englischer Sprache an.



**Abb. 3: Stufen der Fragebogenentwicklung (eigene Darstellung)**

### ***Konzeption des englischsprachigen Quellfragebogens***

Die Formulierung aller Fragen sowie die Auswahl der Antwortkategorien und Skalen für den Quellfragebogen wurden iterativ erst innerhalb des deutschen und dann innerhalb des gesamten Teams im Rahmen von Projekttreffen diskutiert, überarbeitet und angepasst. Die Basis dafür stellten die Ergebnisse der kognitiven Experteninterviews dar. Die Kommunikation zwischen den Projektmitarbeitern erfolgte in englischer Sprache, auch der Quellfragebogen wurde in englischer Sprache erstellt. Die wichtigsten Aspekte bei der Konzeption des Fragebogens waren, dass der dänische und deutsche Fragebogen inhaltlich äquivalent sein sollten. Relevante gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und kulturelle Gegebenheiten beider Länder sollten in die Gestaltung des Fragebogens einfließen. Das Ziel war es, einen Fragebogen zu konzipieren, der sowohl für dänische als auch für deutsche Hausärztinnen und Hausärzte gleichermaßen anwendbar sein sollte. Ein weiteres Kriterium war, dass der Fragebogen möglichst kurz und damit schnell zu beantworten sein sollte, um die Antwortbereitschaft der Ärzte und Ärztinnen zu erhöhen.

### ***Übersetzung des Quellfragebogens in die Zielsprachen***

Nach Rücksprache mit Experten des GESIS Leibniz-Instituts für Sozialwissenschaften wurde der Übersetzungsprozess des englischsprachigen Quellfragebogens in Anlehnung an das in den Sozialwissenschaften zu den Best Practice Models zählende TRAPD-Modell umgesetzt [132; 133].

Das Ziel der TRAPD-Methode ist es, einen Quellfragebogen inhaltlich äquivalent in unterschiedliche Zielsprachen zu übersetzen.

Mit der TRAPD-Methode kann die Übersetzung eines Fragebogens innerhalb einer interdisziplinär zusammengesetzten Gruppe systematisch, in fünf Arbeitsschritte unterteilt, vorgenommen werden. TRAPD steht für Übersetzen (Translation), Berichten (Review), sich für eine Version entscheiden (Adjudication), Pretesten (Pretest) und Dokumentieren (Documentation).

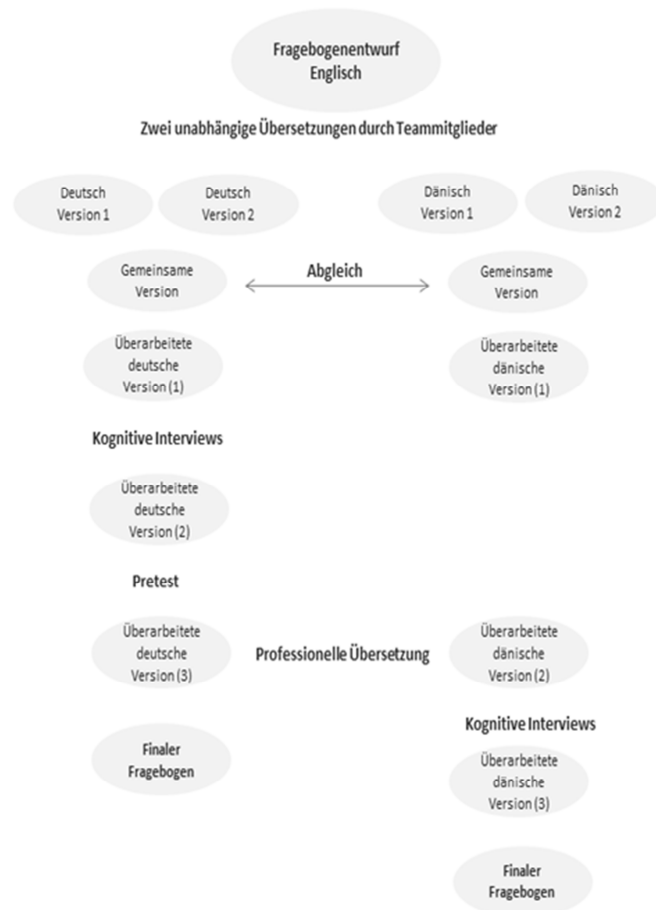


Abb. 4: Fragebogenübersetzung und Validierung (TRAPD-Methode), eigene Darstellung

Der englischsprachige Quellfragebogen wurde in die beiden Zielsprachen dänisch und deutsch übersetzt. Dazu wurden je zwei voneinander unabhängige Übersetzungen ins dänische sowie ins deutsche von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Teams vorgenommen. Anschließend wurden diese vier Übersetzungen im Rahmen eines Projekttreffens, an dem das gesamte Team teilnahm, diskutiert. Das Treffen wurde durch eine professionelle Übersetzerin geleitet, die sowohl dänische als auch deutsche Muttersprachlerin war. Im Team wurden Unstimmigkeiten und Abweichungen diskutiert, bis eine Einigung auf je eine Zielübersetzung erzielt werden konnte. Diese beiden Zielübersetzungen wurden auf ihre inhaltliche Äquivalenz hin überprüft und angepasst.

Der deutschsprachige Fragebogen wurde im Rahmen einer Telefonkonferenz mit Frau Dr. Dorothee Behr und Herrn Professor Dr. Michael Braun (Experten des GESIS Leibniz-Instituts für Sozialwissenschaften, Abteilung: Survey Design and Methodology – Cross Cultural Surveys) vorgestellt und diskutiert.

### ***Kognitive Interviews***

Im nächsten Entwicklungsschritt fanden – nur in Bezug auf den deutschen Fragebogen – kognitive Interviews mit vier Hausärztinnen und fünf Hausärzten zur Überprüfung der sprachlichen und inhaltlichen Verständlichkeit des Fragebogens statt [134]. In diesem Rahmen erörterten die Interviewpartner gemeinsam mit der Interviewerin jede einzelne Frage des Fragebogens. Die Interviewpartner wurden in diesem Zusammenhang beispielsweise gefragt, was sie mit bestimmten Begriffen, die im Fragebogen verwendet werden, assoziieren; ob sie die Fragestellungen, Skalen und Antwortkategorien verständlich, angemessen und vollständig finden und wie sie den Fragebogen insgesamt beurteilen. Alle Interviews wurden auf einen Tonträger aufgezeichnet. Die zentralen Aussagen der Interviews wurden transkribiert, alle weiteren Informationen wurden inhaltlich zusammengefasst. Die daraufhin erforderlichen Veränderungen und Anpassungen des Fragebogens wurden vor der Umsetzung im gesamten Team diskutiert.

### ***Retest-Reliabilität***

Der Fragebogen für Hausärztinnen und Hausärzte mit dem Titel: „Harninkontinenz bei Frauen in der Fehmarnbelt-Region – Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland und Dänemark“ enthält 28 Fragen und 59 Items (Originalfragebögen in dänischer und deutscher Sprache vgl. Anhang, S. 100-121).

Von den 28 Fragen beziehen sich 13 auf das Harninkontinenzmanagement und sechs auf die Arzt-Patienten-Kommunikation, zur Praxisstruktur werden vier Fragen gestellt und bei fünf Fragen handelt es sich um Fragen zur Person.

Die Items verteilen sich wie folgt auf 28 Fragen:

- Harninkontinenzmanagement (32 Items)
- Kommunikation über Harninkontinenz (15 Items)
- Praxisstruktur (sieben Items)
- Daten zur Person (fünf Items)

Zur Bestimmung der Replizierbarkeit der Messergebnisse beantworteten 16 Hausärztinnen und Hausärzte den Fragebogen im Abstand von vier Wochen je einmal. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte waren zwischen 37 und 60 Jahre alt, neun waren weiblich und sieben männlich.

Da die Beantwortung der einzelnen Fragen des Erhebungsinstruments die Bildung eines abschließenden Gesamtwertes nicht zulässt, wurden die Übereinstimmungen zwischen beiden Messzeitpunkten für jedes Item einzeln berechnet. Für Skalen mit metrischem Skalenniveau (21 Items) erfolgte die Bestimmung der Retest-Reliabilität mit Pearsons Korrelationskoeffizient und für dichotome Variablen (38 Items) mittels Cohens Kappa mit 95 % Konfidenzintervall [32; 33].

Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten des Fragebogens weisen unterschiedliche Formate auf, bei neun Fragen handelt es sich um Likert-Skalen von 0 (gar nicht) bis 10 (sehr), drei Fragen beinhalten multiple Antwortmöglichkeiten und bei den anderen ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit vorgesehen oder es sollen Einschätzungen in der Form von Prozentwerten vorgenommen werden.

Die Ergebnisse des Retest-Verfahren ergaben eine insgesamt hohe Reliabilität hinsichtlich der Mehrzahl der Items [32; 33]. 50 % der Items im Bereich Harninkontinenzmanagement, 53 % im Bereich Kommunikation, 57 % zur Praxisstruktur und 100 % der Items zur Person zeigten eine hohe Reliabilität, die übrigen Items wiesen eine moderate Reliabilität auf. Für zwei der 59 Items war die Reliabilität unbefriedigend. Bei den beiden Fragen handelte es sich um Frage 15: „Wie zufrieden sind Sie mit dem in Ihrer Praxis angebotenen Harninkontinenz-Management für Ihre Patientinnen?“ sowie um Frage 4: „Was hält Sie möglicherweise davon ab, Frauen nach Harninkontinenz zu fragen?“. Die Beantwortung von Frage 4 lässt mehrere Zustimmungen zu, wobei nur die Antwortmöglichkeit: „ein Mangel an geeigneten Situationen oder speziellen Anlässen“ unbefriedigende Werte erzielte.

Einschränkend muss gesagt werden, dass am Test-Retest-Verfahren nur 16 Ärztinnen und Ärzte teilgenommen haben und die Testpopulation damit klein ausfällt, daher sollten diese Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden.

### ***Fertigstellung des dänischen Fragebogens***

Nach dem Pretest, der so ausführlich nur für den deutschen Fragebogen durchgeführt werden konnte, erfolgte die Übersetzung des deutschsprachigen Fragebogens ins Dänische durch eine professionelle Übersetzerin. Abschließend wurden zwei dänische Hausärzte im Rahmen von Experteninterviews zur linguistischen Verständlichkeit und zur kulturellen Übertragbarkeit des deutschen Fragebogens auf die dänischen Verhältnisse befragt.

### **3.4 Datenerhebung**

Als Einschlusskriterien wurde festgelegt, dass die Befragten einer allgemeinärztlichen oder hausärztlichen Tätigkeit nachgehen und nicht älter als 74 Jahre sind.

Im Rahmen der Vollerhebung konnten insgesamt 930 Hausärztinnen und Hausärzte in der Fehmarnbelt-Region angeschrieben und zur Studienteilnahme eingeladen werden. In Dänemark wurde der Fragebogen an insgesamt 516 und in Deutschland an 414 Personen verschickt.

Die zur Befragung erforderliche Postsendung bestand aus dem Fragebogen, einem frankierten Rückumschlag und einer Studienaufklärung. Es gab zwei Erinnerungsschreiben, jeweils nach vier Wochen. Die deutschen Hausärztinnen und Hausärzte erhielten eine Aufwandsentschädigung von 50,00 Euro für die Beantwortung des Fragebogens. Die Rücksendung eines ausgefüllten Fragebogens wurde als Einwilligung zur Studienteilnahme gewertet.

Die Datenerhebung im Rahmen des Survey erfolgte primär in den beiden Studienzentren Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Lübeck sowie im Roskilde Universitätshospital. Die Rekrutierung und die Rücklaufdokumentation wurden im jeweiligen Studienzentrum durchgeführt.

Die Dateneingabe in eine passwortgeschützte Access-Datenbank und die statistische Auswertung der anonymisierten Daten des gesamten Surveys erfolgten im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Lübeck.

### **3.5 Statistische Auswertung**

Die Ergebnisse der deskriptiven Datenanalyse werden im Folgenden anhand von Häufigkeitstabellen (absolute und relative Häufigkeiten) und von Lage- und Streuungsparametern (Mittelwerte, Standardabweichungen) dargestellt. Subgruppenanalysen wurden für Ärztinnen und Ärzte aus Dänemark und Deutschland, für die männliche und weibliche Studienpopulation sowie für zwei Altersgruppen ( $\leq 54$  Jahre und  $\geq 55$  Jahre) durchgeführt.

Zur Interpretation von Unterschieden zwischen den Subgruppen wurde bei nominalem Skalenniveau der Chi-Quadrat-Test, bei ordinalem der Mann-Whitney-U-Test und bei metrischem Skalenniveau ein Student T-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Um den Einfluss des Herkunftslandes, des Geschlechts und des Alters der Befragten auf die Ergebnisse zu beschreiben, wurden bei normalverteilten, intervallskalierten Variablen lineare Regressionen und bei dichotomen, abhängigen Variablen logistische Regressionen berechnet.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt auf der Basis von Regressionskoeffizienten und Odds Ratios und deren 95 %-Konfidenzintervallen sowie der Angabe von Signifikanzniveaus.

Um die Güte der Regressionsmodelle einschätzen zu können und um den Anteil der damit erklärbaren Varianz zu beschreiben, werden die Parameter Nagelkerkes  $R^2$  bei der logistischen Regression und das korrigierte R-Quadrat bei der linearen Regression berichtet. Nagelkerkes  $R^2$  kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen, das korrigierte R-Quadrat nimmt Werte zwischen -1 und 1 an.

Ein p-Wert  $< 0,05$  wurde als statistisch signifikantes Ergebnis interpretiert. Die Datenanalyse wurde mit SPSS (Version 22) durchgeführt.

Um zu kontrollieren, wie viele Tests möglicherweise falsch positive Ergebnisse ergeben haben können, wurde nach dem Benjamini-Hochberg-Verfahren mit der False Discovery Rate (FDR) das mögliche Ausmaß der falsch positiven Testergebnisse (Fehler erster Art) kontrolliert [135; 136]. Die False Discovery Rate wurde mit  $\leq 0,05$  (5 %) festgelegt. Nach Anwendung des Verfahrens wurden 19 von 106 signifikanten p-Werten als „nicht wahr“ oder nicht signifikant klassifiziert (Tabelle zur FDR vgl. Anhang, S. 122-127).

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Rücklauf, Non-Responder und Repräsentativität

#### ***Rücklauf***

407 Hausärztinnen und Hausärzte aus Dänemark und Deutschland nahmen an der Befragung teil. In die Datenauswertung wurden Fragebögen von Personen bis zu einem Lebensalter von einschließlich 74 Jahren einbezogen (vgl. Tab. 1).

**Tabelle 1: Studienpopulation**

	Anzahl angeschriebene Personen	Rücklauf beantwortete Fragebögen	Anzahl einbezogene Fragebögen
<b>Gesamt</b>	930	407	403
<b>Dänemark</b>	516	212	209
<b>Deutschland</b>	414	195	194

In Dänemark betrug die Rücklaufquote 41 % (212 / 516) und in Deutschland 47 % (195 / 414), die Gesamtrücklaufquote lag bei 43 %.

Aufgrund der eigenverantwortlichen Organisation der Erstaussendungen sowie der Erinnerungsschreiben in den jeweiligen Studienzentren Roskilde (Dänemark) und Lübeck (Deutschland) kann an dieser Stelle nur für die deutsche Studienkohorte beschrieben werden, wie hoch die Rücklaufquoten für die Erstaussendung und die beiden Erinnerungsschreiben waren, da nur für diese Gruppe Daten vorliegen. Auf die Erstaussendung des Fragebogens antworteten 113 Personen (27 %), auf das erste Erinnerungsschreiben 59 Personen (14 %) und auf das letzte Erinnerungsschreiben antworteten 35 Personen (8 %). Zwölf (3 %) der angeschriebenen Personen lehnten ihre Teilnahme aktiv ab.

#### ***Repräsentativität Stadt- und Landarztpraxis (deutsche Teilnehmer)***

Um Aussagen zur Repräsentativität des Studienkollektives in Bezug auf das Kriterium Stadt- oder Landarztpraxis treffen zu können, wurde die gesamte angeschriebene Studienpopulation des deutschsprachigen Survey anhand der Karte „Landesentwicklungsplan Schleswig-Holstein 2010“ (Karte vgl. Anhang, S. 128) in vier vom Praxisstandort abhängige Gruppen unterteilt.

Die erste Gruppe („Verdichtungsraum“) umfasste die in Lübeck ansässigen Hausarztpraxen sowie Hausarztpraxen, die im unmittelbaren Umland der beiden Städte Kiel und Lübeck liegen, wobei Kiel nicht zur Fehmarnbelt-Region gehört. Der zweiten Gruppe („Ordnungsraum“) wurden Hausarztpraxen zugeordnet, deren Standorte in Gebieten liegen, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut an die Infrastrukturen der beiden Städte Lübeck und Kiel angebunden sind.

Der dritten Gruppe („städtisches Umland“) wurden Hausarztpraxen zugeordnet, die in kleineren Städten mit relativ guter medizinischer Versorgungslage liegen, zum Beispiel Plön oder Eutin. Die vierte Gruppe („ländlicher Raum“) umfasste Hausarztpraxen in ländlichen Regionen ohne Zugang zu niedergelassenen Fachärzten und Fachärztinnen in der unmittelbaren Nähe.

Der Anteil der Nicht-Teilnehmer war im „Verdichtungsraum“ (Lübeck und direktes Umland) und im „ländlichen Raum“ etwas höher als der Anteil der Teilnehmer. Im „Ordnungsraum“ (Ortschaften mit guter Infrastrukturanbindung an die beiden Städte Lübeck und Kiel) und im „städtischen Umland“ lag dafür der Anteil der Teilnehmer leicht über dem Anteil der Nicht-Teilnehmer. Insgesamt gesehen, kann von einer guten Repräsentativität von sowohl Stadt- als auch Landarztpraxen ausgegangen werden (vgl. Tab. 2).

**Tabelle 2: Repräsentativität von Stadt- und Landarztpraxen**

	Teilnehmer n = 195	Nicht-Teilnehmer n = 219	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert
Verdichtungsraum	78 (40 %)	97 (44 %)	0,537
Ordnungsraum	19 (10 %)	20 (9 %)	
städtisches Umland	71 (36 %)	66 (30 %)	
ländlicher Raum	27 (14 %)	36 (16 %)	

#### 4.2 Basisbeschreibungen der Studienpopulation

Zum Zeitpunkt der Erhebung wiesen die Befragten aus Dänemark und Deutschland eine homogene Verteilungsstruktur im Hinblick auf die Kriterien Alter, vergangene Jahre seit der Approbation und Berufserfahrung auf. Das Durchschnittsalter lag bei 54,5 Jahren (SD: ± 9,25 ; Minimum: 34 Jahre / Maximum: 74 Jahre). Die durchschnittliche Berufserfahrung lag bei 16,6 Jahren (SD: ± 10,14 ; Minimum: 1 Jahr / Maximum: 48 Jahre). Der Altersdurchschnitt der Hausärzte (56,3 ; SD: ± 9,49) lag im Mittel leicht über dem Altersdurchschnitt der Hausärztinnen (51,9 ; SD: ± 8,23) (vgl. Tab. 3).

Der prozentuale Anteil der an der Studie teilnehmenden Hausärztinnen war in Dänemark höher als in Deutschland: 46 % der dänischen Befragten waren weiblich und 54 % männlich. In Deutschland waren 36 % der Studienteilnehmer weiblich und 64 % männlich (vgl. Tab. 3).

Dänische Hausärztinnen und Hausärzte waren statistisch signifikant häufiger in Praxen beschäftigt, in denen mehr als zwei Ärztinnen und Ärzte beschäftigt sind (vgl. Tab. 3).

**Tabelle 3: Basisbeschreibung der Studienpopulation (Vergleich nach Herkunftsland und Geschlecht)**

	Gesamt (n = 403)	Land		p-Wert	Geschlecht		p-Wert
		Dänemark (n = 209)	Deutschland (n = 194)		Weiblich (n = 167)	Männlich (n = 236)	
<b>Geschlecht</b> weiblich männlich	167 (41 %) 236 (59 %)	97 (46 %) 112 (54 %)	70 (36 %) 124 (64 %)	0,035 <sup>1</sup>	–	–	–
<b>Alter</b> Mittelwert, Standardabweichung fehlende Werte	54,5 (± 9,25) 9	55,5 (± 9,09) 3	53,4 (± 9,33) 6	0,030 <sup>2</sup>	51,9 (± 8,23) 3	56,3 (± 9,49) 6	< 0,001 <sup>2</sup>
<b>Alter in Jahren (klassiert)</b> 34 – 45 46 – 55 56 – 65 66 – 74	75 (19 %) 132 (34 %) 140 (36 %) 47 (12 %)	40 (19 %) 55 (27 %) 84 (41 %) 27 (13 %)	35 (19 %) 77 (41 %) 56 (30 %) 20 (11 %)	–	40 (24 %) 69 (42 %) 47 (29 %) 8 (5 %)	35 (15 %) 63 (27 %) 93 (40 %) 39 (17 %)	–
<b>Jahre seit Approbation</b> Mittelwert Standardabweichung fehlende Werte	24,7 (± 9,72) 6	25,1 (± 9,83) 3	24,2 (± 9,60) 3	0,357 <sup>2</sup>	21,9 (± 8,53) 2	26,7 (± 10,02) 4	< 0,001 <sup>2</sup>
<b>Berufserfahrung in Jahren</b> Mittelwert Standardabweichung fehlende Werte	16,6 (± 10,14) 4	16,7 (± 10,02) 1	16,5 (± 10,29) 3	0,853 <sup>2</sup>	13,0 (± 8,53) 2	19,1 (± 10,43) 2	< 0,001 <sup>2</sup>
<b>Praxistyp</b> Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis 2 Gemeinschaftspraxis >2 fehlende Werte	110 (28 %) 118 (30 %) 161 (41 %) 14	39 (20 %) 44 (22 %) 115 (58 %) 11	71 (37 %) 74 (39 %) 46 (24 %) 3	< 0,001 <sup>1</sup>	35 (22 %) 53 (33 %) 73 (45 %) 6	75 (33 %) 65 (29 %) 88 (39 %) 8	0,055 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Chi-Quadrat Test

<sup>2</sup> T-Test für unabhängige Stichproben

### 4.3 Organisatorische Ebene

#### 4.3.1 Versorgung von Patientinnen mit Harninkontinenz in der Hausarztpraxis

Ein signifikanter Unterschied zwischen dänischen und deutschen Befragten wurde bei der Frage nach der primären Zuständigkeit für die Behandlung von Frauen mit Harninkontinenz deutlich. Die dazugehörige Frage im Fragebogen lautete: „Was meinen Sie: Wer sollte hauptsächlich für das Management der Harninkontinenz bei Frauen verantwortlich sein?“.

Die Mehrheit der dänischen Befragten (75 %) stimmte darin überein, dass Hausärzte und Hausärztinnen primär für die Behandlung betroffener Frauen verantwortlich sein sollten. Deutsche Befragte waren hingegen mehrheitlich der Ansicht, dass Frauen mit Harninkontinenz primär durch gynäkologische (41 %) oder urologische (21 %) Ärztinnen und Ärzte behandelt werden sollten (vgl. Tab. 4).

Für die dänische Studienpopulation stellte die primäre Behandlung von Frauen mit unfreiwilligem Harnverlust durch sonstiges medizinisches Personal (z. B. ausgebildetes Pflegepersonal oder Physiotherapeuten) im Gegensatz zu den deutschen Befragten eine Alternative zur Behandlung durch ärztliche Personen dar (vgl. Tab. 4).

**Tabelle 4: Wer soll für die Behandlung von Frauen mit Harninkontinenz verantwortlich sein? Einschätzungen der Studienpopulation (Vergleich zwischen Geschlecht, Herkunftsland und Alter)**

	Verantwortliche Berufsgruppe					fehlende Werte	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert
	Hausärzte	Gynäkologen	Urologen	GYN Stationär*	Sonstige		
<b>Gesamt (n = 403)</b>	222 (55 %)	95 (24 %)	41 (10 %)	14 (4 %)	19 (5 %)	12	–
<b>Land</b>							< 0,001
Dänemark (n = 209)	152 (75 %)	17 (8 %)	2 (1 %)	14 (7 %)	17 (8 %)	7	
Deutschland (n = 194)	70 (37 %)	78 (41 %)	39 (21 %)	–	2 (1 %)	5	
<b>Geschlecht</b>							0,219
Weiblich (n = 167)	101 (63 %)	32 (20 %)	13 (8 %)	6 (4 %)	9 (4 %)	6	
Männlich (n = 236)	121 (53 %)	63 (27 %)	28 (12 %)	8 (4 %)	10 (6 %)	6	
<b>Alter (n = 394)</b>							0,013
≤ 54 Jahre (n =199-)	109 (56 %)	52 (27 %)	24 (12 %)	1 (1 %)	8 (4 %)	5	
≥ 55 Jahre (n =195-)	108 (57 %)	41(22 %)	16 (9 %)	12 (6 %)	11 (6 %)	7	

\*GYN Stationär = gynäkologische Abteilung im Krankenhaus

In der logistischen Regression zeigte sich, dass das Herkunftsland einen entscheidenden Einfluss darauf nimmt, wer als primäre Ansprechpartner für Frauen mit Harnkontinenz genannt wird. Die deutsche Studienpopulation hatte eine statistisch signifikant höhere Chance (OR = 13,09), gynäkologisch oder urologisch tätige Ärztinnen und Ärzte als primäre Ansprechpartner zu benennen als dänische (vgl. Tab. 5).

**Tabelle 5: Sollen Fachärzte / Fachärztinnen bzw. andere Berufsgruppen oder der Hausarzt / die Hausärztin für die Behandlung von Frauen mit Harninkontinenz verantwortlich sein? (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)**

	Hausarzt versus Fachärzte (GYN / URO)*			Hausarzt versus -andere Berufsgruppen		
	OR	95 % KI	p-Wert	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	Referenz 13,09	[7,41; 23,13]	< 0,001	Referenz 0,16	[0,04; 0,68]	0,013
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	Referenz 1,78	[1,04; 3,07]	0,037	Referenz 0,84	[0,38; 1,88]	0,677
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	Referenz 1,25	[0,74; 2,13]	0,407	Referenz 2,56	[1,08; 6,06]	0,032
<b>Nagelkerkes R<sup>2</sup> = 0,373</b>			<b>Nagelkerkes R<sup>2</sup> = 0,011</b>			

\*GYN = Gynäkologie, URO = Urologie

#### 4.3.2 Nutzung und Beurteilung von Leitlinien zur Behandlung der Harninkontinenz

62 % der dänischen Studienteilnehmer bestätigten, dass Ihr Management der Harninkontinenz durch Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften beeinflusst war. Unter den deutschen Studienteilnehmern gaben 19 % der Befragten an, von Leitlinien beeinflusst gewesen zu sein ( $p < 0,001$ ) (vgl. Tab. 6).

Jüngere Studienteilnehmer ( $\leq 54$  Jahre) gaben häufiger an, nicht von Leitlinien beeinflusst gewesen zu sein als ältere (OR = 0,43).

49 % der Hausärztinnen und 36 % der Hausärzte nutzen Leitlinien, um Patientinnen mit Harninkontinenz zu behandeln. Der Einfluss des Geschlechts war in der logistischen Regression aber nicht statistisch signifikant (vgl. Tab. 6).

**Tabelle 6: Wird das Handeln der Studienpopulation durch Leitlinien beeinflusst? (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)**

	Handeln durch Leitlinien beeinflusst?		Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
	Ja	Nein					
<b>Gesamt</b> (n = 403)	164 (41 %)	233 (59 %)	–	6	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	128 (62 %) 36 (19 %)	77 (38 %) 156 (81 %)	< 0,001	4 2	Referenz 0,12	[0,07; 0,20]	< 0,001
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	80 (49 %) 84 (36 %)	82 (51 %) 151 (64 %)	0,007	5 1	Referenz 0,77	[0,48; 1,25]	0,289
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	93 (41 %) 69 (64 %)	104 (59 %) 122 (36 %)	0,027	2 4	Referenz 0,43	[0,26; 0,71]	0,001
<b>Nagelkerke R<sup>2</sup> = 0,285</b>							

Auf die Frage, wie hilfreich die vorhandenen Leitlinien für ihre Nutzer sind, bewerteten die dänischen Befragten die Nützlichkeit mit 7,0 und die deutschen mit 6,5 Punkten. Die Bewertung erfolgte auf einer Skala von 0 (gar nicht nützlich) bis 10 (sehr nützlich). Es wurden nur diejenigen, die vorher angegeben hatten, dass sie Leitlinien nutzen, aufgefordert, diese zu bewerten. Für diese Fragen war die hohe Anzahl fehlender Werte auffällig (79 für die dänische und 152 für die deutsche Studienpopulation) (vgl. Tab. 7).

**Tabelle 7: Wie nützlich sind die Leitlinien für ihre Nutzer? Beurteilung auf einer Skala von 0 (gar nicht nützlich) bis 10 (sehr nützlich)? (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)**

	Nützlichkeit der Leitlinien Mittelwert (Standardabweichung)	Mann-Whitney-U-Test p-Wert	Fehlende Werte	Beta	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	6,9 (±1,75)	–	231	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	7,0 (±1,72) 6,5 (±1,80)	0,024	79 152	Referenz - 0,78	[-1,44; -0,13]	0,019
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	6,9 (±1,78) 6,9 (±1,72)	0,658	83 148	Referenz 0,19	[-0,37; 0,80]	0,498
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	6,81 (±1,88) 6,76 (±1,76)	0,651	128 97	Referenz -0,01	[-0,80; 0,36]	0,448
<b>R<sup>2</sup> = 0,019</b>						

Die Studienteilnehmer wurden gebeten, die Leitlinien zur Harninkontinenz anhand verschiedener vorgegebener Kriterien in Bezug auf ihre Nutzbarkeit, Verfügbarkeit und Praktikabilität zu bewerten, hier waren Mehrfachantworten möglich. Es zeigte sich, dass die deutsche Studienpopulation im Vergleich zur dänischen die Verfügbarkeit von Leitlinien bemängelte ( $p < 0,001$ ). Dänische Hausärztinnen und Hausärzte waren im Gegensatz zu den deutschen statistisch signifikant häufiger der Ansicht, dass Leitlinien zu lang seien ( $p = 0,001$ ), dass sie für die Beratung der Patientinnen wichtig waren ( $p < 0,001$ ) und dass sie hilfreich für die klinische Entscheidungsfindung gewesen sind ( $p < 0,001$ ) (vgl. Tab. 8).

**Tabelle 8: Zustimmung zu Aussagen über den Zugang, die Nutzbarkeit und Praktikabilität von Leitlinien. (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)**

Leitlinien stehen nicht zur Verfügung				(Nagelkerke $R^2 = 0,052$ )		
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	20 (6 %)	–	37	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	1 (1 %) 19 (11 %)	< 0,001	17 20	–	–	–
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	9 (6 %) 11 (5 %)	0,805	12 25	Referenz 1,14	[0,67; 1,94]	0,636
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	4 (2 %) 13 (8 %)	0,019	16 21	Referenz 3,83	[0,95; 1,01]	0,024
Leitlinien sind gut verfügbar						
Leitlinien sind gut verfügbar				(Nagelkerke $R^2 = 0,141$ )		
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	87 (24 %)	–	37	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	68 (35 %) 19 (11 %)	< 0,001	17 20	Referenz 0,21	[0,12; 0,37]	< 0,001
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	39 (25 %) 48 (23 %)	0,592	12 25	Referenz 1,18	[0,69; 2,01]	0,558
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	49 (27 %) 36 (21 %)	0,177	16 21	Referenz 0,59	[0,35; 1,02]	0,061

Leitlinien sind zu lang				(Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,043)		
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	60 (16 %)	–	37	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	43 (22 %) 17 (10 %)	0,001	17 20	Referenz 0,40	[0,22; 0,74]	0,003
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	26 (17 %) 34 (16 %)	0,866	12 25	Referenz 1,09	[0,59; 1,98]	0,777
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	30 (16 %) 28 (16 %)	0,938	16 21	Referenz 0,90	[0,49; 1,63]	0,733
Leitlinien sind nicht relevant (Nagelkerke R <sup>2</sup> : –)						
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	7 (2 %)	–	37	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	1 (1 %) 6 (3 %)	–	17 20	–	–	–
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	1 (1 %) 6 (3 %)	–	12 25	–	–	–
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	1 (1 %) 5 (3 %)	–	16 21	–	–	–
Leitlinien unterstützen die Beratung (Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,066)						
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	121 (33 %)	–	37	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	80 (42 %) 41 (24 %)	< 0,001	17 20	Referenz 0,46	[0,29; 0,73]	0,001
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	57 (37 %) 64 (30 %)	0,195	12 25	Referenz 0,72	[0,45; 1,15]	0,171
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	54 (30 %) 67 (39 %)	0,073	16 21	Referenz 1,57	[0,98; 2,50]	0,060

Leitlinien sind hilfreich für die Entscheidungsfindung				(Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,087)		
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	130 (36 %)	–	37	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	90 (47 %) 40 (23 %)	< 0,001	17 20	Referenz 0,34	[0,21; 0,54]	< 0,001
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	56 (36 %) 74 (35 %)	0,834	12 25	Referenz 1,19	[0,75; 1,92]	0,454
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	71 (39 %) 57 (33 %)	0,234	16 21	Referenz 0,67	[0,42; 1,07]	0,095
Leitlinien sind nicht auf alle Frauen anwendbar (Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,004)						
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	68 (19 %)	–	37	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	38 (20 %) 30 (17 %)	0,531	17 20	Referenz 0,87	[0,51; 1,49]	0,612
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	29 (19 %) 39 (19 %)	0,956	12 25	Referenz 1,17	[0,64; 1,95]	0,701
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	37 (20 %) 30 (17 %)	0,471	16 21	Referenz 0,79	[0,46; 1,38]	0,412
Leitlinien sind nicht im Detail bekannt (Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,227)						
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	133 (36 %)	–	37	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	33 (17 %) 100 (58 %)	< 0,001	17 20	Referenz 6,11	[3,75; 9,95]	< 0,001
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	87 (41 %) 46 (30 %)	0,023	12 25	Referenz 1,44	[0,87; 2,38]	0,152
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	69 (38 %) 60 (35 %)	0,526	16 21	Referenz 0,89	[0,55; 1,46]	0,644

## 4.4 Persönliche Ebene

### 4.4.1 Relevanz des Themas

Das Studienkollektiv sollte auf der Basis der eigenen Erfahrungswerte einschätzen, wie viel Prozent ihrer Patientinnen von Harninkontinenz betroffen sind. Der Schätzwert lag insgesamt bei rund 12 %. Deutsche Befragte schätzten die Rate der betroffenen Frauen höher ein (14 %) als dänische (10 %) (vgl. Tab. 9). Damit lagen die Schätzwerte unter den aus der Literatur bekannten Prävalenzdaten (vgl. Kapitel 2.6).

**Tabelle 9: Wie viel Prozent der Patientinnen haben Symptome der Harninkontinenz? Einschätzung der Studienpopulation (Vergleich nach Herkunftsland, Geschlecht und Alter)**

	Symptome der Harninkontinenz Mittelwert (Standardabweichung)	T-Test p-Wert	Fehlende Werte	Beta	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	12 % ( $\pm 9,84$ )	–	11	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	10 % ( $\pm 8,04$ ) 14 % ( $\pm 11,18$ )	0,001	9 2	Referenz 3,38	[1,40; 5,35]	0,001
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	13 % ( $\pm 10,78$ ) 11 % ( $\pm 9,12$ )	0,215	6 5	Referenz - 1,06	[-3,12; 1,00]	0,312
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	13 % ( $\pm 10,70$ ) 11 % ( $\pm 8,81$ )	0,065	4 7	Referenz - 1,19	[-3,22; 0,842]	0,250
						<b>R<sup>2</sup> = 0,031</b>

### 4.4.2 Behandlungsbarrieren

Das Studienkollektiv wurde nach Faktoren gefragt, die einer medizinischen Behandlung harninkontinenter Frauen potentiell entgegenstehen können. Dazu wurden im Fragebogen Behandlungsbarrieren aufgelistet, denen sie zustimmen konnten, Mehrfachantworten waren möglich.

Eine relevante Behandlungsbarriere für die deutsche Studienpopulation war, dass Patientinnen neben Symptomen der Harninkontinenz andere behandlungsbedürftige Erkrankungen hatten. Die Wahrscheinlichkeit, den Faktor „Multimorbidität“ als Behandlungsbarriere anzugeben, war bei den deutschen Befragten um das 5-fache höher als bei den dänischen ( $p < 0,001$ ). Ältere Befragte blieben eher unbeeinflusst davon, ob Patientinnen weitere schwerwiegende Erkrankungen aufwiesen als jüngere ( $p < 0,001$ ) (vgl. Tab. 10).

Das Kriterium „Schlechte Compliance“ seitens der Patientinnen stellte tendenziell eher für die dänische Studienpopulation ein Behandlungshindernis dar. 24 % der dänischen und 14 % der deutschen Befragten nannten dieses Charakteristikum als Behandlungsbarriere ( $p = 0,014$ ) (vgl. Tab. 10).

„Unsicherheit in Bezug auf das Management“ war für die deutschen Befragten ein bedeutendes Charakteristikum. 28 % der deutschen und 6 % der dänischen Befragten klassifizierten dieses Kriterium als Behandlungshindernis ( $p < 0,001$ ). Die Wahrscheinlichkeit „Unsicherheit“ als signifikanten Hinderungsfaktor anzugeben, war bei den deutschen Befragten um das 5-fache höher als bei den dänischen (vgl. Tab. 10).

17 % der dänischen und 45 % der deutschen Befragten nannten den Faktor „ich habe allgemein sehr viele Patienten zu betreuen“ als Behandlungsbarriere ( $p < 0,001$ ). Neben dem Herkunftsland war hier auch das Alter der Befragten ein relevanter Prädiktor; jüngere Befragte ( $\leq 54$  Jahre) stimmten dem Charakteristikum mit einem Anteil von 23 % eher zu als ältere (9 %;  $OR = 0,30$ ;  $p < 0,001$ ). Männliche Befragte hatten eine höhere Chance ( $OR = 2,14$ ) zuzustimmen als weibliche (vgl. Tab. 10).

Der Faktor „ich habe allgemein eine hohe Arbeitsbelastung“ war für die Befragten aus Dänemark (24 %) und Deutschland (25 %) eine gleichwertige Behandlungsbarriere. Bezogen auf das Alter zeigte sich in der logistischen Regression, dass jüngere Befragte ( $\leq 54$  Jahre) eine statistisch signifikant höhere Chance ( $OR = 0,53$ ) hatten, eine hohe Arbeitsbelastung als Behandlungsbarriere anzugeben ( $p = 0,010$ ) als ältere (vgl. Tab. 10).

Für die Barriere „finanzielle Gründe“ war weder das Herkunftsland noch das Geschlecht der Befragten ein signifikanter Einflussfaktor. Jüngere Befragte stimmten dieser Barriere jedoch häufiger zu ( $OR = 0,20$ ) als ältere ( $p = 0,005$ ) (vgl. Tab. 10).

Der Aussage „es gibt keine Gründe, die eine Behandlung verhindern könnten“ stimmten 32 % der dänischen und 22 % der deutschen Befragten zu ( $OR = 0,30$ ;  $p < 0,001$ ). Bei älteren Befragten ( $\geq 55$  Jahre) war die Wahrscheinlichkeit höher, dieser Aussage zuzustimmen ( $OR = 1,81$ ) als bei jüngeren ( $p < 0,001$ ) (vgl. Tab. 10).

**Tabelle 10: Zustimmungen zu Faktoren, die einer Behandlung von Patientinnen mit Harninkontinenz entgegenstehen können. (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)**

<b>Andere, schwerwiegendere Erkrankungen einer Patientin</b> (Nagelkerke $R^2 = 0,225$ )						
	<b>Zustimmung</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test p-Wert</b>	<b>Fehlende Werte</b>	<b>OR</b>	<b>95 % KI</b>	<b>p-Wert</b>
<b>Gesamt</b> (n = 403)	144 (36 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	40 (19 %) 104 (54 %)	< 0,001	2 1	Referenz 5,29	[3,31; 8,44]	< 0,001
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	66 (40 %) 78 (33 %)	0,203	– 3	Referenz 0,74	[0,46; 1,20]	0,217
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	92 (46 %) 51 (26 %)	< 0,001	– 2	Referenz 0,48	[0,30; 0,77]	0,002
<b>Schlechte Compliance der Patientinnen</b> (Nagelkerke $R^2 = 0,025$ )						
	<b>Zustimmung</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test p-Wert</b>	<b>Fehlende Werte</b>	<b>OR</b>	<b>95 % KI</b>	<b>p-Wert</b>
<b>Gesamt</b> (n = 403)	78 (20 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	50 (24 %) 28 (14 %)	0,014	2 1	Referenz 0,54	[0,32; 0,91]	0,021
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	36 (22 %) 42 (18 %)	0,368	– 3	Referenz 0,86	[0,51; 1,45]	0,564
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	38 (19 %) 38 (20 %)	0,882	– 2	Referenz 1,00	[0,59; 1,70]	0,987
<b>Zeitaufwändige Diagnostik</b> (Nagelkerke $R^2 = 0,020$ )						
	<b>Zustimmung</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test p-Wert</b>	<b>Fehlende Werte</b>	<b>OR</b>	<b>95 % KI</b>	<b>p-Wert</b>
<b>Gesamt</b> (n = 403)	59 (15 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	34 (16 %) 25 (13 %)	0,317	2 1	Referenz 0,71	[0,40; 1,27]	0,243
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	18 (11 %) 41 (18 %)	0,060	– 3	Referenz 1,78	[0,95; 3,31]	0,070
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	28 (14 %) 29 (15 %)	0,788	– 2	Referenz 0,91	[0,51; 1,64]	0,752

Unzureichende therapeutische Möglichkeiten				(Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,031)		
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	101 (25 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	64 (31 %) 37 (19 %)	0,006	2 1	Referenz 0,56	[0,35; 0,91]	0,018
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	42 (25 %) 59 (25 %)	0,988	– 3	Referenz 0,98	[0,60; 1,60]	0,939
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	43 (22 %) 55 (29 %)	0,115	– 2	Referenz 1,37	[0,84; 2,21]	0,206
(Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,154)						
Unsicherheit in Bezug auf das Management				(Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,154)		
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	67 (17 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	13 (6 %) 54 (28 %)	< 0,001	2 1	Referenz 5,39	[2,81; 10,35]	< 0,001
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	25 (15 %) 42 (18 %)	0,431	– 3	Referenz 1,26	[0,70; 2,27]	0,443
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	41 (21 %) 25 (13 %)	0,043	– 2	Referenz 0,63	[0,35; 1,13]	0,123
(Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,150)						
Allgemein sehr viele Patienten zu betreuen				(Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,150)		
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	62 (16 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	17 (8 %) 45 (23 %)	< 0,001	2 1	Referenz 2,92	[1,58; 5,41]	0,001
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	19 (11 %) 43 (18 %)	0,056	– 3	Referenz 2,14	[1,15; 4,00]	0,017
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	45 (23 %) 17 (9 %)	< 0,001	– 2	Referenz 0,30	[0,16; 0,57]	< 0,001

Allgemein sehr hohe Arbeitsbelastung				(Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,029)		
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	98 (24 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	49 (24 %) 49 (25 %)	0,712	2 1	Referenz 1,01	[0,63; 1,62]	0,963
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	44 (26 %) 54 (23 %)	0,452	– 3	Referenz 0,96	[0,59; 1,55]	0,862
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	61 (31 %) 36 (19 %)	0,006	– 2	Referenz 0,53	[0,32; 0,86]	0,010
(Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,076)						
Finanzielle Gründe				(Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,076)		
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	22 (6 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	11 (5 %) 11 (6 %)	0,876	2 1	Referenz 0,68	[0,27; 1,72]	0,413
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	7 (4 %) 15 (6 %)	0,336	– 3	Referenz 2,00	[0,75; 5,34]	0,166
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	16 (8 %) 4 (2 %)	0,007	– 2	Referenz 0,20	[0,06; 0,62]	0,005
(Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,127)						
Es gibt keine Gründe, die einer Behandlung entgegenstehen				(Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,127)		
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	88 (21 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	66 (32 %) 22 (11 %)	< 0,001	2 1	Referenz 0,30	[0,19; 0,48]	< 0,001
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	35 (21 %) 53 (23 %)	0,687	– 3	Referenz 0,86	[0,53; 1,38]	0,523
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	48 (24 %) 73 (38 %)	0,003	– 2	Referenz 1,81	[1,13; 2,89]	0,014

#### 4.4.3 Diagnostik und Therapie

Die befragten Hausärztinnen und Hausärzte wurden gebeten, den Nutzen beispielhafter Diagnostik- und Therapieoptionen zu beurteilen. Es wurde in diesem Zusammenhang nach der Eignung von Miktionstagebüchern zur Diagnosestellung sowie der Eignung von Beckenbodentraining und Pharmakotherapie (Spasmolytika und Anticholinerika) zur Behandlung einer Harninkontinenz gefragt. Die Bewertungsskalen umfassten die Werte 0 (gar nicht geeignet) bis 10 (sehr geeignet).

Das Herkunftsland zeigte sich als der stärkste Prädiktor im Hinblick auf die Bewertungen der jeweiligen Charakteristika.

Dänische Befragte bewerteten die Eignung von Miktionstagebüchern mit 6,3 Punkten auf der Skala, deutsche mit 5,3 ( $p < 0,001$ ). Deutsche Befragte stufte sowohl die physiotherapeutische Einweisung in Übungen zur Stärkung des Beckenbodens (7,7) als auch die medikamentöse Behandlung (6,2) als tauglicher ein als dänische Befragte (Beckenbodentraining: 6,8 / Pharmakotherapie: 5,1;  $p < 0,001$ ) (vgl. Tab. 12).

Innerhalb der Studienpopulation zeigten sich auch Bewertungsdifferenzen zwischen den älteren und jüngeren Studienteilnehmern. Allen Charakteristika wurden von der Alterskohorte  $\leq 54$  Jahre eine höhere Eignung zugeschrieben als von der Kohorte der älteren Studienteilnehmer (vgl. Tab. 12).

**Tabelle 11: Beurteilung von Miktionstagebüchern, Beckenbodentraining und Pharmakotherapie (Anticholinerika und Antispasmolytika) zur Behandlung der Harninkontinenz. (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)**

$(R^2 = 0,056)$						
	Eignung Miktionstagebuch (Standardabweichung)	Mann-Whitney-U-Test p-Wert	Fehlende Werte	Beta	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	5,8 ( $\pm 2,73$ )	–	2	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	6,3 ( $\pm 2,57$ ) 5,3 ( $\pm 2,83$ )	0,001	1 1	Referenz -0,20	[-1,61; -0,54]	< 0,001
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	6,2 ( $\pm 2,72$ ) 5,6 ( $\pm 2,71$ )	0,029	1 1	Referenz -0,08	[1,00; 0,14]	0,139
<b>Alter</b> (n = 394) $\leq 54$ Jahre (n = 199) $\geq 55$ Jahre (n = 195)	6,2 ( $\pm 2,45$ ) 5,5 ( $\pm 2,86$ )	0,028	– 2	Referenz -0,13	[-1,25; -0,15]	0,013

(R <sup>2</sup> = 0056)						
	Eignung Beckenbodentraining (Standardabweichung)	Mann-Whitney-U-Test p-Wert	Fehlende Werte	Beta	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	7,2 (±2,12)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	6,8 (±2,00) 7,7 (±2,15)	< 0,001	1 2	Referenz 0,22	[0,50; 1,32]	< 0,001
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	7,4 (±2,06) 7,1 (±2,16)	0,278	1 2	Referenz -0,05	[-0,65; -0,21]	0,307
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	7,5 (±1,89) 7,0 (±2,25)	0,028	1 2	Referenz -0,09	[-0,80; 0,05]	0,082
(R <sup>2</sup> = 0,095)						
	Eignung Medikamente (Standardabweichung)	Mann-Whitney-U-Test p-Wert	Fehlende Werte	Beta	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	5,6 (±2,04)	–	5	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	5,1 (±1,82) 6,2 (±2,10)	< 0,001	4 1	Referenz 0,26	[0,67; 1,50]	< 0,001
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	5,5 (±1,91) 5,7 (±2,13)	0,207	1 4	Referenz 0,06	[-0,18; 0,64]	0,264
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	6,0 (±1,90) 5,3 (±2,11)	0,002	1 3	Referenz -0,15	[-1,01; -0,21]	0,003

#### 4.4.4 Zufriedenheit mit dem Diagnose- und Therapieangebot

Die teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte wurden im Fragebogen nach der eigenen Zufriedenheit mit dem in ihrer Praxis angebotenen Harninkontinenz-Management befragt. Die Skala umfasste die Werte 0 (gar nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden). Es zeigte sich, dass dänische Ärztinnen und Ärzte (6,4) insgesamt zufriedener waren als deutsche (4,6) ( $p < 0,001$ ). Männliche Befragte (5,2) waren unzufriedener als weibliche (6,0;  $p = 0,005$ ) (vgl. Tab. 12).

**Tabelle 12: Zufriedenheit mit dem angebotenen Harninkontinenzmanagement auf einer Skala von 0 (gar nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden). (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)**

(R <sup>2</sup> = 0,171)						
	Zufriedenheit Studienpopulation (Standardabweichung)	Mann-Whitney-U-Test p-Wert	Fehlende Werte	Beta	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	5,5 (±2,37)	–	1	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403)		< 0,001				< 0,001
Dänemark (n = 209)	6,4 (±2,08)		1	Referenz		
Deutschland (n = 194)	4,6 (±2,30)		–	-0,39	[-2,28; -1,40]	
<b>Geschlecht</b> (n = 403)		< 0,001				0,005
Weiblich (n = 167)	6,0 (±2,31)		–	Referenz		
Männlich (n = 236)	5,2 (±2,36)		1	-0,13	[-1,10; -0,19]	
<b>Alter</b> (n = 394)		0,564				0,793
≤ 54 Jahre (n = 199)	5,44 (±2,34)		–	Referenz		
≥ 55 Jahre (n = 195)	5,57 (±2,43)		1	0,01	[-0,39; 0,51]	

Neben der eigenen Zufriedenheit sollten die Befragten umgekehrt auch einschätzen, wie zufrieden ihre Patientinnen ihrer Einschätzung nach mit dem Harninkontinenz-Management waren. Die Skala umfasste ebenfalls die Werte 0 (gar nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden). Wie schon bei der vorangegangenen Frage stellten sich das Herkunftsland und das Geschlecht als relevante Prädiktoren heraus. Dänische Befragte schätzen die Zufriedenheit ihrer Patientinnen höher ein (6,3) als deutsche (5,1; p < 0,001). Hausärztinnen gingen von einer höheren Zufriedenheit ihrer Patientinnen aus (6,1) als Hausärzte (5,4; p = 0,002) (vgl. Tab. 13).

**Tabelle 13: Angenommene Zufriedenheit der Patientinnen mit dem angebotenen Harninkontinenzmanagement auf einer Skala von 0 (gar nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden). (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)**

(R <sup>2</sup> = 0,113)						
	Zufriedenheit Patientinnen (Standardabweichung)	Mann-Whitney-U-Test p-Wert	Fehlende Werte	Beta	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	5,7 (±2,04)	–	10	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403)		< 0,001				< 0,001
Dänemark (n = 209)	6,3 (±1,87)		9	Referenz		
Deutschland (n = 194)	5,1 (±2,05)		1	-0,29	[-1,60; -0,81]	
<b>Geschlecht</b> (n = 403)		< 0,001				0,002
Weiblich (n = 167)	6,1 (±2,13)		6	Referenz		
Männlich (n = 236)	5,4 (±1,93)		4	-0,16	[-1,07; -0,25]	
<b>Alter</b> (n = 394)		0,938				0,961
≤ 54 Jahre (n = 199)	5,72 (±2,01)		3	Referenz		
≥ 55 Jahre (n = 195)	5,68 (±2,10)		7	-0,01	[-0,42; 0,40]	

## 4.5 Relationale Ebene

### 4.5.1 Harninkontinenz als Gesprächsgegenstand in der Sprechstunde

Es wurde zudem gefragt, wie häufig das Thema Harninkontinenz im Praxisalltag entweder von den Hausärztinnen und Hausärzten oder von den Patientinnen angesprochen wurde. Die dazugehörige Bewertungsskala umfassten die Werte 0 (nie) bis 10 (immer).

Der Mittelwert für das Studienkollektiv lag im unteren Bereich der Bewertungsskala und betrug 3,6 Punkte. Die Angabe zur Häufigkeit der Ansprache des Themas wurde bei den dänischen (3,8) und deutschen Befragten (3,5) annähernd gleich eingestuft. Zwischen männlichen und weiblichen Befragten zeigte sich hingegen ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Kollektiven; in der Sprechstunde von Hausärztinnen wurde das Thema mit 4,2 Punkten häufiger thematisiert als in der Sprechstunde von Hausärzten (3,2;  $p < 0,001$ ) (vgl. Tab. 14).

**Tabelle 14: Häufigkeit der Ansprache des Themas Harninkontinenz in der Sprechstunde auf einer Skala von 0 (nie) bis 10 (immer). (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)**

( $R^2 = 0,054$ )						
	Häufigkeit der Ansprache (Standardabweichung)	Mann-Whitney-U-Test p-Wert	Fehlende Werte	Beta	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	3,6 ( $\pm 2,11$ )	–	4	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403)		0,157				0,512
Dänemark (n = 209)	3,8 ( $\pm 2,12$ )		3	Referenz		
Deutschland (n = 194)	3,5 ( $\pm 2,09$ )		1	-0,03	[-0,60; 0,28]	
<b>Geschlecht</b> (n = 403)		< 0,001				< 0,001
Weiblich (n = 167)	4,2 ( $\pm 2,18$ )		2	Referenz		
Männlich (n = 236)	3,2 ( $\pm 1,96$ )		2	-0,25	[-1,50; -0,63]	
<b>Alter</b> (n = 394)		0,924				0,128
≤ 54 Jahre (n = 199)	3,61 ( $\pm 2,00$ )		1	Referenz		
≥ 55 Jahre (n = 195)	3,69 ( $\pm 2,23$ )		3	0,08	[-0,10; 0,80]	

### 4.5.2 Aktive Ansprache in der Sprechstunde

Im Fragebogen wurde zudem gefragt, ob die Hausärztinnen und Hausärzte einen konkreten Anlass benötigen, um das Thema Harninkontinenz anzusprechen und ob sie ihre Patientinnen regelmäßig danach fragen.

88 % des deutschen und 63 % des dänischen Studienkollektives berichteten, dass sie einen konkreten Anlass benötigen, um Frauen auf das Thema Harninkontinenz anzusprechen ( $p < 0,001$ ). Bei den männlichen Studienteilnehmern gaben 80 % der Befragten an, einen konkreten Anlass zu benötigen, bei den weiblichen Teilnehmerinnen benötigten 68 % (OR = 0,47) einen konkreten Anlass ( $p = 0,004$ ) (vgl. Tab. 15).

**Tabelle 15: Benötigen Hausärzte und Hausärztinnen einen konkreten Anlass um Harninkontinenz anzusprechen? (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)**

(Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,173)							
	Anlass erforderlich?		Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
	Ja	Nein					
<b>Gesamt</b> (n = 403)	293 (75 %)	97 (25 %)	–	13	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403)			< 0,001				< 0,001
Dänemark (n = 209)	125 (63 %)	75 (38 %)		9	Referenz		
Deutschland (n = 194)	168 (88 %)	22 (12 %)		4	0,22	[0,13; 0,39]	
<b>Geschlecht</b> (n = 403)			0,005				0,004
Weiblich (n = 167)	110 (68 %)	52 (32 %)		5	Referenz		
Männlich (n = 236)	183 (80 %)	45 (20 %)		8	0,47	[0,28; 0,79]	
<b>Alter</b> (n = 394)			0,098				0,071
≤ 54 Jahre (n = 199)	153 (79 %)	42 (22 %)		4	Referenz		
≥ 55 Jahre (n = 195)	133 (70 %)	54 (29 %)		8	1,61	[0,96; 2,72]	

Das Studienkollektiv wurde außerdem dazu befragt, wer das Thema Harninkontinenz ansprechen soll: die Betroffenen oder der Arzt beziehungsweise die Ärztin? Es zeigten sich nur mäßige Unterschiede zwischen den untersuchten Subgruppen, die Meinungen waren auf zwei annähernd gleich große Gruppen aufgeteilt. Es waren 43 % der dänischen und 54 % der deutschen Hausärztinnen und Hausärzte der Meinung, dass die Patientin das Thema ansprechen sollte (OR = 1,47; p = 0,071). 44 % der Hausärztinnen und 52 % der Hausärzte fanden, dass die betroffenen Frauen das Thema ansprechen sollten (OR = 1,44; p = 0,104) (vgl. Tab. 16).

**Tabelle 16: Wer sollte Harninkontinenz ansprechen? Die Patientin oder der Arzt / die Ärztin? (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)**

(Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,026)							
	Wer soll Thema ansprechen?		Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
	Arzt/Ärztin	Patientin					
<b>Gesamt</b> (n = 403)	192 (51 %)	182 (49 %)	–	29	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403)			0,038				0,071
Dänemark (n = 209)	105 (57 %)	80 (43 %)		24	Referenz		
Deutschland (n = 194)	87 (46 %)	102 (54 %)		5	1,47	[0,13; 0,39]	
<b>Geschlecht</b> (n = 403)			0,113				0,104
Weiblich (n = 167)	84 (56 %)	65 (44 %)		18	Referenz		
Männlich (n = 236)	108 (48 %)	117(52 %)		11	1,44	[0,28; 0,79]	
<b>Alter</b> (n = 394)			0,488				0,382
≤ 54 Jahre (n = 199)	93 (50 %)	93(50 %)		4	Referenz		
≥ 55 Jahre (n = 195)	96 (54 %)	83 (46 %)		8	0,82	[0,96; 2,72]	

#### 4.5.3 Wie leicht oder schwer fallen Gespräche über Harninkontinenz

Die Befragten wurden gebeten, auf einer Skala von 0 (sehr leicht) bis 10 (sehr schwer) anzugeben, wie leicht oder schwer ihnen im Gespräch mit ihren Patientinnen die Frage nach unfreiwilligem Harnverlust fällt. Sowohl die dänischen als auch die deutschen Hausärztinnen und Hausärzte berichteten, dass es ihnen eher leicht fallen würde, ihre Patientinnen auf das Thema Harninkontinenz anzusprechen. Der Mittelwert bei den dänischen Befragten lag bei 1,6 und bei den deutschen bei 2,3 Punkten (OR = 0,17; p = 0,001) (vgl. Tab. 17).

Darüber hinaus sollten die Studienteilnehmer einschätzen, wie wohl oder unwohl sich ihre Patientinnen mutmaßlich dabei fühlen, wenn Harninkontinenz in der Sprechstunde thematisiert wird. Die Einschätzung der Befragten erfolgte auf einer Skala von 0 (gar nicht unwohl) bis 10 (sehr unwohl). Das dänische Studienkollektiv lag im Mittel bei 4,0 und das deutsche bei 5,4 Punkten auf der Skala; damit schätzen deutsche Studienteilnehmer das Unwohlsein ihrer Patientinnen höher ein als dänische (OR = 0,27; p < 0,001) (vgl. Tab. 17).

Ältere Befragte ( $\geq 55$  Jahre) schätzen das Unbehagen ihrer Patientinnen bei einer gezielten Ansprache des Themas in der Sprechstunde geringer ein (4,3) als jüngere (5,1; p = 0,005) (vgl. Tab. 17).

**Tabelle 17: Wie leicht bzw. schwer fällt es der Studienpopulation bzw. den Patientinnen Harninkontinenz anzusprechen? Bewertung auf einer Skala von 0 bis 10. (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)**

(R <sup>2</sup> = 0,025)						
	Wie schwer/ leicht Ärztinnen und Ärzten (Standardabweichung)	Mann- Whitney-U-Test p-Wert	Fehlende Werte	Beta	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	1,9 (±2,14)	–	2	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	1,6 (±2,16) 2,3 (±2,06)	< 0,001	2 –	Referenz 0,17	[0,29; 1,13]	0,001
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	1,7 (±2,23) 2,0 (±2,06)	0,012	1 1	Referenz 0,05	[-0,21; 0,67]	0,298
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	1,9 (±2,17) 1,9 (±2,08)	0,720	– 2	Referenz 0,01	[-0,42; 0,45]	0,945

(R <sup>2</sup> = 0,094)						
	Wie schwer/ leicht Patientinnen	Mann-Whitney-U-Test p-Wert	Fehlende Werte	Beta	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	4,6 (±2,54)	–	4	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	4,0 (±2,44) 5,4 (±2,46)	< 0,001	3 1	Referenz 0,27	[0,86; 1,84]	< 0,001
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	4,5 (±2,68) 4,7 (±2,44)	0,345	2 2	Referenz 0,06	[-0,27; 0,80]	0,275
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	5,1 (±2,60) 4,3 (±2,50)	0,001	– 4	Referenz -0,14	[-1,22; -0,21]	0,005

#### 4.5.4 Gesprächsbarrieren

Allen Hausärztinnen und Hausärzten wurden acht Faktoren genannt, denen sie zustimmen konnten, wenn diese ihrer Meinung nach eine Ansprache von Harninkontinenz in der Sprechstunde potentiell verhindern können (vgl. Tab. 18).

41 % der dänischen und 30 % der deutschen Befragten nannten „zeitliche Gründe“ als potentielle Gesprächsbarrieren (OR = 0,56; p < 0,001). Jüngere Befragte (≤ 54 Jahre) nannten „zeitliche Gründe“ statistisch signifikant häufiger als Barriere als ältere (46 % versus 26 %; p = 0,008). Finanzielle Gründe wurden nur von 2 % der dänischen und 5 % der deutschen Studienpopulation als mögliche Barriere genannt. Jüngere Befragte nannten „finanzielle Gründe“ häufiger (6 %) als ältere (2 %) (vgl. Tab. 18).

35 % der dänischen und 44 % der deutschen Studienpopulation berichteten, dass die Frage nach Harninkontinenz nicht zu ihren Routinefragen gehören würde (p = 0,051).

Ein „Mangel an geeigneten Situationen oder geeigneten Anlässen“ stellte für 19 % der befragten Hausärztinnen aber für 28 % der Hausärzte eine potentielle Gesprächsbarriere dar (OR = 1,87; p = 0,016). Auf der Länderebene zeigte sich in Bezug auf dieses Charakteristikum kein relevanter Unterschied (23 % bzw. 25 %).

Dass sich ein Arzt oder eine Ärztin unwohl fühlt, Patientinnen nach unfreiwilligem Urinverlust zu fragen, stellte nur für drei männliche Befragte aus Deutschland eine mögliche Gesprächsbarriere dar. 19 % der deutschen aber nur 1 % der dänischen Befragten nannten das Charakteristikum „Frauen fühlen sich unwohl, wenn sie nach Harninkontinenz gefragt werden“ als potentielle Barriere. Deutsche Befragte hatten damit eine 14,82-fach höhere Wahrscheinlichkeit diesen Faktor als Gesprächsbarriere anzugeben als dänische (p < 0,001).

5 % der dänischen und 11 % der deutschen Befragten nannten das Charakteristikum „es handelt sich um eine neue Patientin“ als mögliche Barriere (OR = 2,60; p = 0,017). 27 % der dänischen und 22 % der deutschen Hausärztinnen und Hausärzte berichteten, dass keiner der genannten Faktoren sie davon abhalten könnte, Frauen im Rahmen der Sprechstunde auf das Thema Harninkontinenz anzusprechen (vgl. Tab. 18).

**Tabelle 18: Häufigkeit der Nennung von Faktoren, die dazu führen können, Frauen in der Sprechstunde nicht auf das Thema Harninkontinenz anzusprechen. (Vergleich zwischen Herkunftsland, Geschlecht und Alter)**

<b>Zeitliche Gründe</b> (Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,079)						
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	144 (36 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	85 (41 %) 59 (30 %)	0,026	2 1	Referenz 0,56	[0,36; 0,86]	0,008
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	66 (40 %) 78 (33 %)	0,203	– 3	Referenz 1,02	[0,66; 1,60]	0,916
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	91 (46 %) 51 (26 %)	< 0,001	– 2	Referenz 0,39	[0,25; 0,61]	< 0,001
<b>Finanzielle Gründe</b> (Nagelkerke R <sup>2</sup> = –)						
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	15 (4 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	5 (2 %) 10 (5 %)	0,149	2 1	–	–	–
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	6 (4 %) 9 (4 %)	0,895	– 3	–	–	–
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	12 (6 %) 3 (2 %)	0,021	– 2	–	–	–

<b>Keine Routinefrage</b> (Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,033)						
	<b>Zustimmung</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test p-Wert</b>	<b>Fehlende Werte</b>	<b>OR</b>	<b>95 % KI</b>	<b>p-Wert</b>
<b>Gesamt</b> (n = 403)	158 (39 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	72 (35 %) 86 (44 %)	0,051	2 1	Referenz 1,43	[0,94; 2,17]	0,092
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	57 (34 %) 101 (43 %)	0,068	– 3	Referenz 1,59	[1,03; 2,46]	0,037
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	84 (42 %) 70 (36 %)	0,229	– 2	Referenz 0,73	[0,47; 1,12]	0,144
<b>Mangel an geeigneten Situationen</b> (Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,025)						
	<b>Zustimmung</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test p-Wert</b>	<b>Fehlende Werte</b>	<b>OR</b>	<b>95 % KI</b>	<b>p-Wert</b>
<b>Gesamt</b> (n = 403)	97 (24 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	48 (23 %) 49 (25 %)	0,629	2 1	Referenz 1,09	[0,68; 1,75]	0,717
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	31 (19 %) 66 (28 %)	0,026	– 3	Referenz 1,87	[1,13; 3,10]	0,016
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	49 (25 %) 47 (24 %)	0,950	– 2	Referenz 0,87	[0,53; 1,40]	0,555
<b>Arzt / Ärztin fühlt sich unwohl, nach Harninkontinenz zu fragen</b> (Nagelkerke R <sup>2</sup> = –)						
	<b>Zustimmung</b>	<b>Chi<sup>2</sup>-Test p-Wert</b>	<b>Fehlende Werte</b>	<b>OR</b>	<b>95 % KI</b>	<b>p-Wert</b>
<b>Gesamt</b> (n = 403)	3 (1 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	– 3 (2 %)	–	2 1	–	–	–
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	– 3 (1 %)	–	– 3	–	–	–
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	2 (1 %) 1 (1 %)	–	– 2	–	–	–

Frauen fühlen sich unwohl, gefragt zu werden (Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,196)						
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	39 (10 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403)		< 0,001				< 0,001
Dänemark (n = 209)	3 (1 %)		2	Referenz		
Deutschland (n = 194)	36 (19 %)		1	14,82	[4,45; 49,35]	
<b>Geschlecht</b> (n = 403)		0,443				0,602
Weiblich (n = 167)	14 (8 %)		–	Referenz		
Männlich (n = 236)	25 (11 %)		3	1,22	[0,58; 2,58]	
<b>Alter</b> (n = 394)		0,355				0,717
≤ 54 Jahre (n = 199)	22 (11 %)		–	Referenz		
≥ 55 Jahre (n = 195)	16 (8 %)		2	0,88	[4,24; 1,80]	
Es handelt sich um eine neue Patientin (Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,041)						
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	32 (8 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403)		0,016				0,017
Dänemark (n = 209)	10 (5 %)		2	Referenz		
Deutschland (n = 194)	22 (11 %)		1	2,60	[1,18; 5,72]	
<b>Geschlecht</b> (n = 403)		0,384				0,616
Weiblich (n = 167)	11 (7 %)		–	Referenz		
Männlich (n = 236)	21 (9 %)		3	1,22	[0,56; 2,69]	
<b>Alter</b> (n = 394)		0,646				0,532
≤ 54 Jahre (n = 199)	15 (8 %)		–	Referenz		
≥ 55 Jahre (n = 195)	17 (9 %)		2	1,27	[0,60; 2,71]	
Frauen haben das Recht, nicht über alles zu sprechen (Nagelkerke R <sup>2</sup> = 0,034)						
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	49 (12 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403)		0,011				0,015
Dänemark (n = 209)	17 (8 %)		2	Referenz		
Deutschland (n = 194)	32 (17 %)		1	2,20	[1,17; 4,16]	
<b>Geschlecht</b> (n = 403)		0,457				0,584
Weiblich (n = 167)	18 (11 %)		–	Referenz		
Männlich (n = 236)	31 (13 %)		3	1,20	[0,63; 2,28]	
<b>Alter</b> (n = 394)		0,731				0,869
≤ 54 Jahre (n = 199)	26 (13 %)		–	Referenz		
≥ 55 Jahre (n = 195)	23 (12 %)		2	0,95	[0,51; 1,78]	

Arzt / Ärztin hält nichts davon ab, Harninkontinenz anzusprechen				(Nagelkerke $R^2 = 0,018$ )		
	Zustimmung	Chi <sup>2</sup> -Test p-Wert	Fehlende Werte	OR	95 % KI	p-Wert
<b>Gesamt</b> (n = 403)	99 (25 %)	–	3	–	–	–
<b>Land</b> (n = 403) Dänemark (n = 209) Deutschland (n = 194)	56 (27 %) 53 (22 %)	0,257	2 1	Referenz 0,76	[0,50; 1,16]	0,201
<b>Geschlecht</b> (n = 403) Weiblich (n = 167) Männlich (n = 236)	43 (26 %) 56 (24 %)	0,677	– 3	Referenz 0,73	[0,47; 1,12]	0,150
<b>Alter</b> (n = 394) ≤ 54 Jahre (n = 199) ≥ 55 Jahre (n = 195)	69 (35 %) 76 (39 %)	0,335	– 2	Referenz 1,28	[0,83; 1,97]	0,260

## 5. Diskussion

### 5.1 Diskussion des Studiendesigns

Die Unterschiede und die Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Nachbarländern Dänemark und Deutschland zur hausärztlichen Versorgung von Frauen mit Harninkontinenz wurden in diesem multizentrischen EU-Projekt erstmalig untersucht.

Die hier beschriebene Studie wurde als unabhängiges Teilprojekt im Rahmen einer von der Europäischen Union geförderten Studie mit dem Titel: „LUTS – Lower Urinary Tract Symptoms“ durchgeführt. Das primäre Ziel der LUTS-Studie war es, die Prävalenz der Harninkontinenz unter Frauen ( $\geq 18$  Jahre) in der Fehmarnbelt-Region zu bestimmen. Zudem sollten Barrieren ermittelt werden, die Frauen davon abhalten, mit einem Arzt oder einer Ärztin über Harninkontinenz zu sprechen. Diese primär auf die Sichtweise der betroffenen Frauen ausgerichtete Fragestellung wurde dadurch ergänzt, die Versorgung von Frauen mit Harninkontinenz auch aus der Perspektive von Hausärztinnen und Hausärzten zu untersuchen.

Mit einem vom dänisch-deutschen Studienteam konzipierten Fragebogen konnten Daten aus zwei unterschiedlichen hausärztlichen Versorgungsrealitäten gewonnen werden. Das primäre Ziel der Befragung lag darin, die Versorgungssituation von Frauen mit Harninkontinenz in dänischen und deutschen Hausarztpraxen zu untersuchen und Unterschiede zwischen den beiden Populationen zu beschreiben. Es sollte außerdem untersucht werden, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Hausärztinnen und Hausärzten gibt, die sich auf die Versorgung betroffener Frauen auswirken können.

Neben dem Herkunftsland und dem Geschlecht wurde als weiteres Charakteristikum das Alter der Befragten als möglicher Einflussfaktor untersucht. Primär sollte der Einfluss dieser Prädiktoren auf die Kenntnisse zu Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz, der Relevanz des Themas für den Berufsalltag und auf Barrieren, die einer Behandlung betroffener Frauen im Praxisalltag potentiell entgegenstehen können, untersucht werden.

Eine Literaturrecherche in PubMed, Cochrane, Google scholar und Springer Link ergab, dass es weltweit nur wenige empirische Untersuchungen zur Versorgung von Frauen mit Harninkontinenz aus hausärztlicher Perspektive gibt, deren Ergebnisse publiziert worden sind. Die Untersuchung kann somit einen Beitrag dazu leisten, die Datenlage zu der Thematik zu ergänzen.

Das Projektteam bestand aus dänischen und deutschen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen (Vier Gynäkologen/-innen, einer Epidemiologin, einer Soziologin, einer Ethnologin, einer Dokumentarin, einer Sozialwissenschaftlerin).

Das gesamte Studienteam war für die Durchführung beider Studienkomponenten verantwortlich, jedoch wurden Aufgabenschwerpunkte und Themen (Patientinnen- bzw. Ärzteperspektive) innerhalb des Teams verteilt.

Die Kommunikation zwischen den Projektpartnern erfolgte in englischer Sprache. Regelmäßige Projekttreffen fanden circa drei- bis viermal im Jahr statt, zudem gab es monatliche Telefonkonferenzen. Zur Überwindung der Sprachbarriere belegte ein Großteil der Teammitglieder einen Dänisch- bzw. Deutschkurs an einer Sprachenschule.

Die Methodik der Datenerhebung beinhaltete qualitative und quantitative Arbeitsschritte. Die qualitativen Interviews wurden primär mit dem Ziel durchgeführt, einen Fragebogen zu konzipieren, mit dem sich Hausärzte und Hausärztinnen zur Versorgung von Frauen mit Harninkontinenz befragen lassen können.

Die Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden war für die Studiendurchführung insgesamt sehr positiv. Durch die Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten konnten Hinweise auf relevante Aspekte und Einstellung aus dem Berufsalltag der Befragten gewonnen werden, die für die Konzeption des Fragebogens grundlegend waren. Zudem konnte vor allem die Untersuchung von relationalen Faktoren (z. B. Scham, Schuld, Tabuisierung) durch die qualitativen Interviews gut eruiert werden.

Das multizentrische Studiendesign erforderte einen erhöhten organisatorischen Aufwand und gute Absprachen in Bezug auf die notwendigen Arbeitsschritte. Diese Herausforderungen haben sich jedoch nicht nur mit Blick auf die erweiterten Analysemöglichkeiten und den Ländervergleich zwischen dem dänischen und deutschen Studienkollektiv gelohnt. Die eingehende Beschäftigung mit den Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen der dänischen und der deutschen Kultur, konnte dazu beitragen, die Ergebnisse in einem größeren Zusammenhang, losgelöst vom eigenen kulturellen Kontext, analysieren und interpretieren zu können.

## **5.2 Diskussion des Erhebungsinstruments**

Das Erhebungsinstrument wurde im dänisch-deutschen Team in englischer Sprache konzipiert und nach der in den Sozialwissenschaften als best practice geltenden TRAPD-Methode in die beiden Zielsprachen Dänisch und Deutsch übersetzt, anschließend wurde der Fragebogen psychometrisch getestet [32; 33; 132; 133].

Die insgesamt gute Reliabilität des konzipierten Fragebogens [32; 33] ist positiv zu bewerten. Leider konnte das Test-Retest Verfahren zur Validierung des Fragebogens in einer nur sehr kleinen Gruppe von Hausärztinnen und Hausärzten durchgeführt werden, so dass die Ergebnisse zurückhaltend interpretiert werden müssen.

In der Literatur wurden keine methodisch vergleichbaren Studien gefunden, in denen dieses oder ähnliche Verfahren zur Konzeption eines Fragebogens zur hausärztlichen Versorgung von Harninkontinenz beschrieben wurden.

Swanson et al. übernahmen einen Fragebogen von McFall et al. aus dem Jahr 1998 und modifizierten diesen leicht, um Hausärztinnen und Hausärzte zu Kenntnissen und Gewohnheiten in Bezug auf die Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz zu befragen [94; 137]. Albers-Heitner et al. adaptierten einen Fragebogen von Schellevis et al. und ergänzten ihn mit Fragen zur Beurteilung der niederländischen Leitlinie zur Behandlung der Harninkontinenz sowie zum selbsteingeschätzten Wissen über die Diagnostik und Behandlung der Harninkontinenz und Angaben von möglichen Behandlungsbarrieren [96; 138].

Wiedemann und Füsgen befragten hausärztlich tätige Ärzte und Ärztinnen zur Harninkontinenztherapie in der Sprechstunde und gaben nach einer schriftlichen Anfrage an, den Fragebogen „selbstgestrickt“, aber nicht weiter validiert zu haben [82]. Der genaue Inhalt des Fragebogens wurde nach der Kontaktaufnahme zu einem der beiden Autoren leider nicht zur Verfügung gestellt.

Die Konzeption, Übersetzung und Validierung des Fragebogens war sehr zeitaufwändig und organisatorisch anspruchsvoll. Der als Resultat entstandene Ärzte-Fragebogen ist sehr spezifisch, so dass ein Einsatz in anderen Studien zwar wünschenswert, aber ungewiss ist.

### **5.3 Diskussion der Zusammensetzung der Studienpopulation**

Die Rekrutierung der teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte erfolgte als Vollerhebung in der Fehmarnbelt-Region. Mittels der Befragung von Kollektiven aus zwei benachbarten EU-Ländern konnte somit eine Analyse der Ergebnisse vor dem Hintergrund von zwei unterschiedlich organisierten hausärztlichen Versorgungsrealitäten durchgeführt werden.

Die Rücklaufquote fiel mit 41 % für die dänische und 47 % für die deutsche Studienpopulation relativ hoch aus (Gesamt: 43 %), was vermuten lässt, dass es sich um ein relevantes Thema für die Teilnehmenden handelte. Im direkten Vergleich zu anderen Studien, in denen Hausärztinnen und Hausärzte zum Thema Harninkontinenz befragt wurden, war die Rücklaufquote in unserer Studie sogar vergleichsweise hoch. Mazloomdoost et al. [93] erzielten eine Rücklaufquote von 30 %, Nguyen

et al. [139] von 10,6 % und Albers-Heitner et al. von 33 %. In der Studie von Swanson et al. [94] fiel die Studienbeteiligung mit 43 % nahezu gleich hoch aus.

Die Rücklaufquote war mit 47 % für die deutsche Studienpopulation höher als für die dänische (41 %). Im Gegensatz zur dänischen Studienkohorte erhielten die deutschen Befragten eine Aufwandsentschädigung von 50,00 Euro für die Beantwortung des Fragebogens. Dieser finanzielle Anreiz kann eine Erklärung für die höhere Studienbeteiligung der deutschen Studienkohorte sein. Positive Rückmeldungen der Teilnehmenden bezogen sich auf das multizentrische und länderübergreifende Studiendesign, welches möglicherweise ebenfalls zur guten Rücklaufquote beigetragen hat.

In Bezug auf die deutsche Studienpopulation wurde kein signifikanter Unterschied zwischen dem Anteil von Teilnehmenden aus Stadt- oder Landarztpraxen gefunden, so dass davon ausgegangen werden kann, dass keine Verzerrung hinsichtlich dieses Kriteriums vorliegt. Ob dies auch für die dänische Studienpopulation zutreffend ist, kann aufgrund von nicht zur Verfügung gestandenen geografischen Karten zur Einteilung der Praxisstandorte nicht beantwortet werden.

Die beiden Studienkollektive können in Bezug auf die Variablen Alter (DK: 55,5; D: 53,4 Jahre) und Berufserfahrung (DK: 16,7; D: 16,5 Jahre) als nahezu homogen angesehen werden. In Dänemark lag der Anteil der Hausärztinnen mit 46 % jedoch deutlich höher als in Deutschland (36 %), zudem arbeiteten die dänischen Befragten signifikant häufiger in Praxen mit mehr als zwei angestellten Ärztinnen und Ärzten.

Da leider keine Nichtteilnehmer Fragebögen verschickt wurden, liegen keine Informationen darüber vor, warum mehr als die Hälfte der angeschriebenen Personen den Fragebogen nicht beantwortet hat. Neben zeitlichen Gründen könnten auch ein Mangel an Interesse oder eine als zu gering empfundene Relevanz des Themas für den Praxisalltag dafür verantwortlich sein.

## 5.4 Diskussion der Ergebnisse

### 5.4.1 Organisatorische Ebene

#### *Primäre Zuständigkeit*

Die beiden Studienpopulationen unterschieden sich deutlich in Bezug auf die Frage, wer für die Behandlung von Harninkontinenz bei Frauen primär verantwortlich sein soll.

75 % der dänischen Befragten sagten, dass die primäre Zuständigkeit bei den Hausärztinnen und Hausärzten liegt. Eine völlig andere und eher pluralistische Einstellung zu dieser Frage zeigte sich hingegen beim deutschen Studienkollektiv: 41 % waren der Meinung, dass primär gynäkologische beziehungsweise urologische (21 %) Ärztinnen und Ärzte Frauen mit Harninkontinenz behandeln sollten, 37 % der Befragten gaben an, dass die primäre Behandlung in einer Hausarztpraxis erfolgen sollte. Bei den dänischen Befragten waren im Vergleich dazu nur 8 % (Gynäkologen und Gynäkologinnen) und 7 % (gynäkologische Abteilung im Krankenhaus) der Meinung, dass es sich um ein Problem handelt, welches primär gynäkologisch behandelt werden sollte; nur 1 % der dänischen Befragten war der Ansicht, Urologen und Urologinnen müssten verantwortlich sein.

Ein Grund für diese Unterschiede ist sicherlich die traditionell unterschiedliche Organisation der hausärztlichen Versorgung in den beiden Nachbarländern. In Dänemark sind Hausärztinnen und Hausärzte in nahezu allen gesundheitlichen Bereichen die ersten Ansprechpartner für ihre Patientinnen. Völlig unklar und kaum erforscht scheint aber zu sein, wie auf der anderen Seite die Fachärzte und Fachärztinnen aus Deutschland zu diesem Phänomen stehen. Wen sehen diese als primäre Ansprechpartner?

Der Unterschied, dass in deutschen Hausarztpraxen, im Gegensatz zur Versorgung in Dänemark, keine vaginalen Untersuchungen durchgeführt werden, ist für die Versorgung von Frauen mit Harninkontinenz relevant. Die Diagnostik der Harninkontinenz setzt eine vaginale Untersuchung voraus, sodass Hausärzte und Hausärztinnen in Deutschland die Diagnosestellung und Behandlung nicht ohne konsiliarische Überweisung in eine Facharztpraxis durchführen können. Bestenfalls erfolgt dann die Weiterbehandlung im Rahmen der hausärztlichen Versorgung.

Das Herkunftsland zeigte sich in unserer Studie als der bedeutendste Einflussfaktor mit Blick auf die Frage der primären Versorgungsverantwortung; es zeigte sich aber zudem ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Hausärztinnen und Hausärzten. In der logistischen Regression war die Wahrscheinlichkeit höher, dass Hausärzte der Ansicht waren, es handelt sich um ein primär gynäkologisches oder urologisches Problem als Hausärztinnen ( $p = 0,037$ ).

Hausärztinnen können sich in die Problematik vielleicht besser einfühlen, da sie möglicherweise aus ihrem weiblichen Rollenverständnis heraus weniger Vorbehalte oder Bedenken haben, und dadurch in dieser Situation tendenziell eher zu eigenverantwortlichem Handeln bereit sind.

Aus Sicht des deutschen Studienkollektivs, so zeigen es unsere Daten, ließ sich die Diagnosestellung und Behandlung von Harninkontinenz keiner bestimmten Fachdisziplin zuordnen. Es ist klärungsbedürftig, ob man der Versorgung betroffener Frauen mit Harninkontinenz vor dem Hintergrund einer relativ hohen Prävalenzrate gerecht werden kann, wenn es an der eindeutigen Festlegung einer Versorgungsstruktur mangelt und zudem die Präferenz für die Fachdisziplin, die Harninkontinenz am besten behandeln kann, von persönlichen Vorlieben abhängig zu sein scheint.

Es wurde bereits in anderen Studien untersucht, zu welchen Facharztpraxen Hausärzte und Hausärztinnen Patientinnen mit Harninkontinenz vorwiegend überweisen. Swanson et al. (2002) berichteten, dass über 50 % des Studienkollektivs der Meinung war, dass die urologische Überweisung die zielführendste Maßnahme für die betroffenen Frauen sei, nur 18 % bevorzugten gynäkologische Überweisungen [94]. Mazloomdoost et al. (2017) untersuchten, ob die befragten Hausärztinnen und Hausärzte darüber informiert waren, dass Patientinnen an urogynäkologische Fachzentren überwiesen werden können, 19 % der Befragten sagten, dass sie nicht darüber informiert gewesen waren [93].

Vor dem Hintergrund der komplexen Physiologie der Harnproduktion und den vielfältigen potentiellen Ursachen für eine Dysfunktion des Urogenitalsystems scheint dieses Phänomen verständlich zu sein. Dennoch erscheint es wünschenswert, dass für die Versorgung von Frauen mit unfreiwilligem Harnverlust klare Versorgungsstrukturen und Behandlungsalgorithmen entwickelt werden.

### *Leitlinien*

62 % des dänischen Studienkollektivs berichteten, dass das Handeln bei der Versorgung von Frauen mit unfreiwilligem Harnverlust von Leitlinien beeinflusst war, beim deutschen Studienkollektiv waren im Vergleich dazu nur 19 % von Leitlinien beeinflusst. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war statistisch signifikant ( $p < 0,001$ ).

Jüngere Studienteilnehmer mit einem Alter  $\leq 54$  Jahre gaben häufiger an, nicht von Leitlinien beeinflusst gewesen zu sein ( $p = 0,001$ ). Diejenigen Personen, die im Fragebogen berichtet hatten, Leitlinien zu nutzen, wurden gebeten, die Nützlichkeit und Handhabbarkeit der verwendeten Leitlinie auf einer Skala von 0 (gar nicht nützlich) bis 10 (sehr nützlich) zu bewerten. Die Nützlichkeit lag insgesamt bei 6,9 Punkten mit einer Standardabweichung von  $\pm 1,75$  (DK: 7,0; D: 6,5). Die Nützlichkeit von Leitlinien wurde damit von den beiden Studienkollektiven tendenziell eher hoch

eingestuft. Da nur die tatsächlichen Leitliniennutzer diese Frage beantwortet hatten, war die Anzahl der fehlenden Werte sehr hoch (DK: n=79; D: n=152).

Der Anteil der Befragten, die sagten, keine Leitlinien zu nutzen, betrug in Deutschland 81 % und in Dänemark 38 %. Da es in Deutschland keine DEGAM-Leitlinien zur Behandlung und Diagnostik der Harninkontinenz gibt und da die Leitlinie Nummer 5 mit dem Titel „Harninkontinenz“ aus dem Jahr 2004 ihre Gültigkeit 2007 verloren hat, können zur hausärztlichen Versorgung lediglich Leitlinien aus anderen Fachbereichen, wie zum Beispiel der Gynäkologie oder der Geriatrie, ersatzweise genutzt werden (vgl. Kapitel 2.7.2). Auch für die dänische Studienpopulation war der Anteil der Nichtnutzer von Leitlinien mit 38 % relativ hoch, dies kann jedoch in diesem Fall nicht daran liegen, dass es in Dänemark keine entsprechenden Leitlinien gibt. Potentielle Erklärungen dafür können sein, dass Leitlinien als nicht relevant angesehen werden, nicht gut zugänglich sind, oder dass der Anteil betroffener Patientinnen so gering ist, dass der Bedarf und die Nachfrage nach entsprechenden Leitlinien unterdurchschnittlich sind.

Nur 35 % der dänischen und 11 % der deutschen Befragten berichteten, dass Leitlinien gut verfügbar waren, was für die deutsche Studienkohorte durchaus zutreffend, jedoch in Bezug auf insbesondere die dänischen Befragten ein Hinweis darauf sein könnte, dass ein Zugangsproblem vorhanden ist, oder dass die vorhandenen Leitlinien keinen großen Bekanntheitswert haben und vergleichsweise selten abgerufen werden.

In unserer Befragung gaben aber nur 1 % der dänischen und 3 % der deutschen Befragten an, dass Harninkontinenz-Leitlinien nicht relevant sind.

22 % des dänischen und 10 % des deutschen Studienkollektives kritisierten, dass die Leitlinien zu lang seien. Positive Aspekte für die Leitliniennutzer waren, durch die Leitlinien bei der Entscheidungsfindungen unterstützt zu werden (DK: 47 %, D: 23 %) und bei der Beratung auf diese zurückgreifen zu können (DK: 42 %; D: 24 %). 20 % der dänischen und 17 % der deutschen Studienpopulation waren der Ansicht, dass sich die Diagnostik und Behandlungsempfehlungen, wie sie in diesen Leitlinien empfohlen werden, nicht pauschalisieren lassen, und sie dadurch nicht für alle Patientinnen gleichermaßen geeignet sind.

Warum die DEGAM-Leitlinie „Harninkontinenz“ aus dem Jahr 2004 unter der Rubrik „historische Leitlinie“ auf der Webseite der DEGAM noch zu finden ist, aber bis heute nicht aktualisiert wurde, ist nicht bekannt. Möglicherweise wird hier kein Handlungsbedarf wahrgenommen, weil die Nachfrage sehr gering ist oder weil die Zuständigkeit anderen Fachdisziplinen zugeschrieben wird.

#### **5.4.2 Persönliche Ebene**

##### *Einschätzung der Prävalenz*

Um zu untersuchen, welchen Stellenwert das Thema Harninkontinenz im Praxisalltag einnimmt, wurden die Befragten gebeten, einzuschätzen, wie viel Prozent ihrer Patientinnen Symptome der Harninkontinenz haben. Der Mittelwert des Schätzwertes der Studienpopulation lag bei 12 %. Deutsche Befragte schätzen die Prävalenz unter ihren Patientinnen mit 14 % höher ein als dänische (10 %;  $p = 0,001$ ). Im Vergleich zu den aus der Literatur bekannten Prävalenzdaten (vgl. Kapitel 2. 6) lag der Schätzwert unseres Studienkollektives deutlich darunter.

##### *Behandlungsbarrieren*

Aus der Literatur sind potentielle Behandlungsbarrieren bekannt (vgl. Kapitel 2.8.1). So berichten Albers-Heitner et al. (2008) von Barrieren wie Zeitmangel, Personalmangel, unzureichender Praxisausstattung, Wissenslücken in Bezug auf die Diagnostik und Therapie sowie schlechter Compliance seitens der Patientinnen [96]. Swanson et al. (2002) nennen Barrieren wie Wissenslücken und unstrukturierte Behandlungsalgorithmen für das von ihnen untersuchte kanadische Studienkollektiv [94]. Diese Barrieren werden von Nguyen et al. (2013) in einer ebenfalls in Kanada durchgeführten Studie bestätigt [139]. Theunissen et al. (2006) geben zudem Faktoren wie Multimorbidität der Patientinnen und therapeutischen Nihilismus seitens der Ärztinnen und Ärzte an [99], und Heymann et al. (2010) nennen außerdem noch Faktoren wie Kenntnislosigkeit und komplexe Therapieoptionen [100].

Diese bereits bekannten Behandlungsbarrieren wurden auch in unserer Befragung als relevante Kriterien genannt. Teilweise zeigten sich jedoch statistisch signifikante Unterschiede zwischen dem dänischen und dem deutschen Studienkollektiv. Das Geschlecht der Befragten hatte bei der Angabe von Behandlungsbarrieren in unserer Untersuchung keinen Effekt auf die Antworttendenzen.

Lose et al. (2001) beschrieben, dass 76 % der von ihnen befragten dänischen Hausärztinnen und Hausärzte ihr Wissen zur Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz als nicht ausreichend bezeichnet hatten, um Menschen mit Harninkontinenz adäquat behandeln zu können [95].

In unserer Untersuchung zeigte sich, dass nur 6 % des von uns befragten dänischen Studienkollektivs schilderte, unsicher in Bezug auf das Management der Harninkontinenz zu sein, jedoch bekannten 28 % der deutschen Befragten, unsicher zu sein ( $p < 0,001$ ).

Vermutlich haben sich in den seither mehr als 15 vergangenen Jahren die Rahmenbedingungen für Hausärzte und Hausärztinnen in Bezug auf die Behandlung von Frauen mit Harninkontinenz in Dänemark verändert. Es ist beispielsweise möglich, dass sich die Entwicklung adäquater Leitlinien und eine gegebenenfalls auch nur zeitweise vermehrte Präsenz des Themas in der Öffentlichkeit förderlich auf die Diagnostik und Behandlungsgewohnheiten der Ärztinnen und Ärzte auswirken konnten. Es lässt sich an dieser Stelle jedoch nicht vollständig rekonstruieren, welche Umstände zu dieser positiven Veränderung geführt haben könnten.

Fast jeder dritte deutsche Befragte nannte Unsicherheit in Bezug auf Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen als potentielle Behandlungsbarrieren. Zur Interpretation dieses Mangels kommen mehrere Erklärungsansätze infrage. Zum einen gibt es keine aktuell gültige DEGAM-Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung der Harninkontinenz, die Hinweise zur adäquaten Versorgung betroffener Frauen beinhaltet, und zum anderen scheint es auch eine Rolle zu spielen, dass deutsche Hausärztinnen und Hausärzte andere Fachdisziplinen (Gynäkologie, Urologie) in der Verantwortung für die Behandlung und Diagnostik betroffener Frauen sehen. Für deutsche Hausärztinnen und Hausärzte besteht grundsätzlich die Möglichkeit, und häufig auch die Notwendigkeit, betroffene Frauen in Facharztpraxen zu überweisen. Die Anforderungen, sich eingehend mit der Diagnostik und Behandlung der Harninkontinenz auseinandersetzen zu müssen, ist daher nicht unbedingt gegeben.

In unserer Studie sagten 54 % des deutschen Studienkollektives, dass andere, gegebenenfalls schwerwiegendere Erkrankungen einer Patientin dazu führen können, dass eine adäquate Behandlung der Harninkontinenz ausbleibt, aber nur 19 % der dänischen Studienpopulation nannte Multimorbidität als Behandlungsbarriere ( $p < 0,001$ ).

Dieses Ergebnis deutet möglicherweise darauf hin, dass die Patientinnen des deutschen Studienkollektives signifikant häufiger Komorbiditäten aufweisen als dänische. Schreiber Pedersen et al. konnten zeigen, dass die untersuchten Frauen aus dem deutschen Teil der Fehmarnbelt-Region statistisch signifikant häufiger mindestens eine Begleiterkrankung hatten als dänische Frauen der Fehmarnbelt-Region ( $p < 0,001$ ) [45].

24 % der dänischen und 14 % der deutschen Befragten erklärten, dass die unzureichende Befolgung des Therapieregimes seitens der Patientinnen (schlechte Compliance) eine erfolgreiche Behandlung potentiell beeinträchtigen kann ( $p = 0,021$ ). Dieser Faktor wurde von der dänischen Studienpopulation häufiger genannt, was möglicherweise daran liegen könnte, dass dänische Ärztinnen und Ärzte allgemein einen größeren Erfahrungsschatz in Bezug auf die Behandlung betroffener Frauen aufweisen als deutsche.

Eine hohe Arbeitsbelastung stellte für 24 % der dänischen und 25 % der deutschen Befragten eine Behandlungsbarriere dar, die Arbeitsbelastung wurde von den Befragten mit einem Lebensalter  $\leq 54$  Jahren höher eingestuft als von den älteren ( $p = 0,010$ ). Interessanterweise gaben jedoch 23 % der deutschen und nur 8 % der dänischen Studienpopulation an, dass sie sehr viele Personen in ihrer Praxis zu betreuen hätten ( $p = 0,001$ ), so dass das Empfinden, eine hohe Arbeitsbelastung zu haben, neben einer großen Anzahl von zu betreuenden Patientinnen und Patienten von weiteren Faktoren abhängig sein muss. Denkbare Faktoren könnten bürokratischer Aufwand oder aufwändige und komplexe therapeutische Behandlungsabläufe sein.

Finanzielle Gründe wurden in unserer Befragung so gut wie gar nicht als relevantes Behandlungshindernis genannt. Erwähnenswert ist jedoch, dass dänische Befragte mit 32 % Zustimmung signifikant häufiger sagten, dass keiner der in der Frage genannten Faktoren sie davon abhalten kann, Patientinnen mit Harninkontinenz zu behandeln; bei den deutschen Befragten sagen dies 22 % ( $p < 0,001$ ).

Zu den therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten der Harninkontinenz sagten 31 % der dänischen und 19 % der deutschen Befragten, dass sie die vorhandenen Therapiemöglichkeiten für unzureichend halten würden ( $p = 0,018$ ). In unserer Studie haben wir das Studienkollektiv gebeten, die vorhandenen Therapiemöglichkeiten zu bewerten.

### *Diagnostik und Therapie*

Es wurde die empfundene Eignung von drei unterschiedlichen Therapie- bzw. Diagnostikmöglichkeiten untersucht, indem die Befragten die Verwendung von Miktionstagebüchern, Beckenbodentraining sowie die Verordnung von Medikamenten (Spasmolytika oder Anticholinergika) auf einer Skala von 0 (gar nicht geeignet) bis 10 (sehr geeignet) bewerten sollten.

Die Eignung von Miktionstagebüchern wurde vom dänischen Studienkollektiv (6,3) statistisch signifikant ( $p = 0,001$ ) und um einen Punkt höher bewertet als vom deutschen Kollektiv (5,3).

Die Durchführung von Beckenbodengymnastik wurde von den deutschen Befragten höher eingestuft (7,7) als von den dänischen (6,8;  $p < 0,001$ ), gleiches galt für die Eignung von Medikamenten zur Behandlung der Harninkontinenz, hier bewertete die deutsche Studienpopulation die Wirksamkeit mit 6,2 Punkten höher als die dänische (5,1;  $p < 0,001$ ).

Jüngere Befragte ( $\leq 54$  Jahre) stuften die Eignung von Miktionstagebüchern ( $p = 0,013$ ) und Medikamenten ( $p = 0,003$ ) jeweils höher ein als ältere Befragte, sodass die Beurteilung dieser beiden Charakteristika mit der Zunahme der Berufserfahrung negativ assoziiert waren.

Wie häufig die untersuchten Maßnahmen durch Hausärztinnen und Hausärzte eingesetzt wurden, konnten wir in unserer Studie leider nicht hinreichend untersuchen. Unklar bleibt daher, in welchem Ausmaß diese Behandlungsmöglichkeiten in der Hausarztpraxis Anwendung finden und auf welche Erfahrungswerte die befragten Ärztinnen und Ärzte bei ihren Bewertungen zurückgegriffen haben. Aus anderen Studien ist bekannt, dass Miktionstagebücher trotz der Empfehlung aus medizinischen Leitlinien eher selten Anwendung fanden, so beschreiben es beispielsweise Wiedemann et al. (2009) und Albers-Heitner et al. (2007) [82; 96].

Albers-Heitner et al. beschreiben, dass sich vor allem die Behandlung fortgeschrittener Harninkontinenzformen als sehr zeitaufwändig und komplex darstellt und dass das Ziel sein sollte, Strategien zu entwickeln, um Hausärzte und Hausärztinnen bei der Umsetzung der Behandlungsempfehlungen entlastet zu können, möglicherweise könnten diese Aufgabe partiell durch geschultes Pflegepersonal übernommen werden [96].

#### *Zufriedenheit mit dem Behandlungsangebot in der Praxis*

Das dänische Studienkollektiv war statistisch signifikant insgesamt zufriedener mit dem in der Praxis angebotenen Management der Harninkontinenz als das deutsche. Die Zufriedenheit wurde auf einer Skala von 0 (gar nicht zufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) erhoben. Der Score der dänischen Befragten lag bei 6,4 und derjenige der deutschen bei 4,6 ( $p < 0,001$ ). Hausärztinnen (6,0) waren zufriedener als Hausärzte (5,2;  $p = 0,005$ ).

Auch die vermutete Zufriedenheit der Patientinnen mit dem Harninkontinenz Management der Praxis wurde von der dänischen Studienpopulation höher bewertet (6,3) als von der deutschen (5,1;  $p < 0,001$ ). Hausärztinnen schätzen die Zufriedenheit höher ein (6,1) als Hausärzte (5,4;  $p = 0,002$ ). Die deutschen Befragten stufen die eigene Zufriedenheit mit einem Punkt niedriger ein als die mutmaßlich angenommene Zufriedenheit ihrer Patientinnen. Bei den dänischen Befragten wurde die eigene Zufriedenheit etwa gleichhoch gewertet wie der angenommene Zufriedenheitswert für die Patientinnen.

Möglicherweise wirken sich ein größerer Erfahrungsschatz im Umgang mit den Patientinnen sowie höherer Werte in Bezug auf Kenntnisse und Wissen zum Thema Harninkontinenz positiv auf die Zufriedenheit mit dem Praxisangebot zum Thema Harninkontinenz aus, so dass die unterschiedlichen Zufriedenheitswerte mit diesen Voraussetzungen erklärt werden können.

### 5.4.3 Relationale Ebene

#### *Häufigkeit der Ansprache*

In deutschen Hausarztpraxen wird das Thema Harninkontinenz beinahe ebenso häufig angesprochen wie in dänischen Praxen. Dieses Ergebnis war überraschend, da aufgrund der Organisation der hausärztlichen Versorgung und der Gatekeeper-Stellung der dänischen Hausärztinnen und Hausärzte zu erwarten gewesen wäre, dass diese in der Sprechstunde häufiger mit dem Thema konfrontiert würden und es dort insgesamt häufiger angesprochen wird. Auf der Bewertungsskala von 0 (nie) bis 10 (immer) kategorisierte die dänische Studienpopulation die Ansprache mit 3,8 und die deutsche mit 3,5 ( $p = 0,512$ ). Hausärztinnen stufen die Häufigkeit der Ansprache mit 4,2 höher ein als Hausärzte (3,2;  $p < 0,001$ ). Dass das weibliche Geschlecht ein positiver Prädiktor für die Thematisierung von Harninkontinenz in der Sprechstunde darstellt, wurde auch von Mazloomdoost et al. (2017) berichtet [93] und bestätigt sich in unserer Untersuchung.

Warum die Häufigkeit der Ansprache angesichts der relativ hohen Prävalenz eher niedrig ist und sich zudem in den beiden Ländern kaum voneinander unterscheidet, darüber lassen sich nur Vermutungen aufstellen. In Deutschland kommen als mögliche Erklärung die offenen Zugangswege zu urologischen oder gynäkologischen Fachpraxen infrage, da sich dadurch die Anfragen und Beratungsanlässe auf diese drei unterschiedlichen Fachgebiete verteilen können. Da es in Dänemark nicht so einfach möglich ist, den Hausarzt oder die Hausärztin zu wechseln (vgl. Kapitel 2.7.1), ist die Hemmschwelle, über Harninkontinenz zu sprechen für dänische Frauen möglicherweise höher als für deutsche.

Wenn unfreiwilliger Harnverlust ein Tabuthema ist, wäre es unter Umständen eine Erleichterung für betroffene Frauen, wenn eine aktive und einfühlsame Ansprache durch Hausärzte und Hausärztinnen im Rahmen einer Konsultation erfolgen würde.

In unserer Befragung sagten 57 % der dänischen und 46 % der deutschen Ärztinnen und Ärzte, dass das Thema Harninkontinenz aktiv von ärztlicher Seite aus thematisiert werden sollte.

63 % der dänischen und 88 % der deutschen Befragten sagten, dass sie einen konkreten Anlass benötigen würden, um ihre Patientinnen auf das Thema anzusprechen ( $p < 0,001$ ). 80 % der Hausärzte schilderte, einen konkreten Anlass zu benötigen, bei den weiblichen waren es 68 % ( $p = 0,004$ ).

Demgegenüber steht ein Ergebnis von Schreiber Pedersen et al. welches besagt, dass 86 % der dänischen und 73 % der deutschen befragten Frauen schilderten, dass sie selber und nicht ein Arzt oder eine Ärztin das Thema angesprochen hatten [101].

Das Studienkollektiv wurde auch gefragt, ob ihnen Gespräche über Harninkontinenz eher leicht oder eher schwer fallen würden. Die Bewertung erfolgte auf einer Skala von 0 (sehr leicht) bis 10 (sehr schwer). Der Mittelwert der dänischen Studienpopulation lag bei 1,6 und der Mittelwerte der deutschen bei 2,3 ( $p = 0,001$ ). Dieses Ergebnis wiederum spricht nicht dafür, dass ein Redetabu oder eine besondere Verlegenheit, Frauen auf eine potentielle Inkontinenz anzusprechen, von den Befragten als relevantes Merkmal erachtet wurde.

Auch das perzipierte Unwohlsein der betroffenen Frauen, die das Thema in der Sprechstunde ansprechen möchten, wurde von den dänischen mit 4,0 und von den deutschen Befragten mit 5,0 Punkten als nur mittelmäßig ausgeprägt eingestuft ( $OR = 0,27$ ;  $p < 0,001$ ). Ältere Befragte ( $\geq 55$  Jahre) gaben für das Unwohlsein der Patientinnen nur einen Wert von 4,3 an, bei den jüngeren Befragten lag der Wert bei 5,1 ( $p = 0,005$ ).

Eine mögliche Erklärung für diesen Widerspruch könnte sein, dass Tabus tatsächlich häufig nicht bewusst wahrgenommen werden und dass unfreiwilliger Harnverlust trotz der hohen Prävalenz daher nicht hinreichend oft thematisiert wird [123]. Möglich ist auch, dass das Problem den Hausärztinnen und Hausärzten zwar bewusst ist, jedoch in seinem Ausmaß deutlich unterschätzt wird (vgl. Kapitel 5.4.2). In Verbindung mit einer Einschätzung, dass die Therapieoptionen nur bedingt wirksam sind, ist es nachvollziehbar, dass eine aktive Ansprache des Themas unter Umständen unterbleibt.

### *Gesprächsbarrieren*

35 % der dänischen und 44 % der deutschen Studienpopulation sagten, dass die Frage nach unfreiwilligem Harnverlust nicht zu ihren Routinefragen gehören würde. 23 % der dänischen und 25 % der deutschen Befragten nannten einen Mangel an geeigneten Situationen als mögliche Gesprächsbarriere. Dieser Grund wurde signifikant häufiger von Hausärzten (28 %) als von Hausärztinnen genannt (19 %;  $p = 0,016$ ). 5 % der dänischen und 11 % der deutschen Befragten gaben an, dass sie neue Patientinnen nicht auf unfreiwilligen Harnverlust ansprechen würden.

Insgesamt drei männliche deutsche Studienteilnehmer bekannten, dass es ihnen unangenehm sei, Frauen aktiv zu Symptomen der Harninkontinenz zu befragen. Auch sagten deutsche Befragte statistisch signifikant häufiger, dass Frauen sich unwohl fühlen, wenn sie aktiv auf die Problematik angesprochen werden ( $p < 0,001$ ).

Als weitere Gesprächsbarrieren wurden zeitliche Gründe genannt (DK: 41 % und D: 30 %). Finanzielle Gründe waren für die Befragten in unserer Studie keine relevanten Gesprächsbarrieren (DK: 2 %; D: 5 %).

Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenzrate wäre es wünschenswert, wenn alle Hausärztinnen und Hausärzte ihre Patientinnen routinemäßig zu Symptomen und Anlässen des unfreiwilligen Harnverlusts befragen würden, und dass zudem allgemein ein offenerer Umgang mit dem Thema in der Sprechstunde vorherrschen würde. Besonders vor dem Hintergrund, dass einige Frauen aufgrund der Symptomatik Angst vor Stigmatisierungsprozessen haben oder unter dem als Makel wahrgenommenen unfreiwilligem Urinverlust leiden, sollten Hausärztinnen und Hausärzte in der Lage und darauf vorbereitet sein, Patientinnen ernsthaft über adäquate Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären zu können oder diese an geeignete Facharztpraxen zu überweisen.

Angehende Ärztinnen und Ärzte sollten möglicherweise bereits im Medizinstudium auf die Problematik sensibilisiert werden und Risikofaktoren, die mit der Entwicklung von Harninkontinenz assoziiert sind, kennen, um zumindest Risikopatientinnen in der Sprechstunde identifiziert zu können [82]. Dies gilt auch für die besondere Genderproblematik des Symptoms vor dem Hintergrund, dass das Thema in der Sprechstunde von Ärztinnen häufiger angesprochen wird als bei Ärzten. Es wäre wünschenswert, dass Ärzte in Bezug auf diese Problematik sensibilisiert würden, um dieser Tendenz bewusst entgegen wirken zu können [88; 92; 140].

Die kognitive Wahrnehmung von Körperschemata, wie sie in dem Modell von Klonoff und Landrine und später auch von Hughes et al. [29-31] dargelegt wurden, zeigen auch einen Nutzen für die Interpretation unserer Studienergebnisse (vgl. Kapitel 2.9.4). Unter dem Stichwort Multimorbidität werden im Vergleich zur Harninkontinenz andere Erkrankungen als wichtiger und damit als vorrangig zu behandeln eingestuft. Vermutlich sind die drei Kategorien „Stigma“, „Privatsphäre“ und „Sexualität“ relevanter für die Einordnung von Harninkontinenz als auf der anderen Seite „Verletzlichkeit“ und „Wichtigkeit“. Insbesondere bei der Analyse der qualitativen Interviews konnten wir Hinweise darauf finden, dass Harninkontinenz beispielsweise als ähnlich „peinlich“ wie Impotenz bei Männern beschrieben wurde, oder dass die Diagnose nach dem Motto „*Pi mal Schambein*“ getroffen würde. Ein Hausarzt äußerte, nicht auch noch ein „*Experte für Binden*“ werden zu wollen (*Zitate aus bisher unveröffentlichten Daten*).

Das vergleichsweise überschaubare Therapieangebot und dessen teilweise sehr geringer Bekanntheitsgrad unter den Betroffenen sowie auch unter Hausärztinnen und Hausärzten spricht ebenfalls dafür, dass dem Problem nicht die Aufmerksamkeit zukommt, die es angesichts seiner Dimension eigentlich verdient hätte. Hausärztinnen und Hausärzte erleben gegebenenfalls ein Dilemma, indem sie die Problematik ansprechen, aber auf der anderen Seite kein Behandlungskonzept anbieten können, woraufhin die aktive Ansprache in der Sprechstunde möglicherweise unterlassen wird.

Insbesondere scheint bei der Erforschung geeigneter Präventionsmaßnahmen, beispielsweise in der Geburtsmedizin, noch Entwicklungspotential vorhanden zu sein. So kritisiert zum Beispiel Hans-Peter Ditz (Urogynäkologe aus Sidney) in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom 04.04.2015<sup>7</sup>, dass die Vermeidung von Beckenbodenschäden derzeit noch kein Kriterium ist, an dem sich die Qualität der Geburtshilfe messen lassen müsste (vgl. Kapitel 2.4). So wird derzeit beispielsweise an der Entwicklung einer Skala gearbeitet, mit deren Hilfe mögliche Probleme unter der Geburt, die in der Folge Harninkontinenz verursachen könnten, prognostiziert werden sollen, damit geeignete Maßnahmen, wie beispielsweise eine Kaiserschnittentbindung erfolgen können [141].

Studien, in denen die Effekte von unterschiedlichen Geburtspositionen, Presstechniken, geburtseinleitenden Maßnahmen (z. B. Oxytoxingabe) oder Periduralanästhesien auf Verletzungen des Beckenbodens, aus denen in der Folge Inkontinenzsymptomaten entstehen können, untersucht wurden, sind bisher nur sehr selten durchgeführt worden.

Auch in einer von der WHO aktuell herausgegebenen Empfehlung wird auf Mängel in der Geburtsmedizin hingewiesen, indem beispielsweise dazu angehalten wird, unnötige Eingriffe in den natürlichen Geburtsvorgang zu vermeiden. Die Verfasser kritisieren, dass bei einer substantiellen Anzahl gesunder schwangerer Frauen mindestens eine medizinische Behandlungsmaßnahme (z. B. Einleitung der Geburt) erfolgen würde. Diese Interventionen seien häufig nutzlos und möglicherweise sogar gefährlich für Mutter und Kind.<sup>8</sup>

Dass Harninkontinenz in der Sprechstunde dänischer Ärztinnen und Ärzte nicht wesentlich häufiger thematisiert wurde als in der Sprechstunde der deutschen war eines der überraschendsten Ergebnisse unserer Studie. Trotz der guten Ausstattung mit Leitlinien für die Versorgung von Frauen mit Harninkontinenz und den vom dänischen Studienkollektiv als gut eingestuften Kenntnissen zu den erforderlichen Diagnostik- und Therapiemaßnahmen, war das Thema – ebenso wie in Deutschland – in der Sprechstunde unterrepräsentiert.

Unklar ist, warum die genannten Faktoren nicht zu einer höheren Ansprache führten als in deutschen Hausarztpraxen. Möglicherweise leitet sich diese Situation aus der Organisation des dänischen Gesundheitssystems ab, denn durch die restriktive Vorgabe, dass der verantwortliche Hausarzt oder die Hausärztin („Egenlæge“) als Gatekeeper über Diagnostik, Therapie und Überweisungsmodi entscheidet, und beispielsweise auch die Schwangerschafts- und Kindervorsorgeuntersuchungen durchführt, sind betroffene Frauen bei der Wahl eines geeigneten Ansprechpartners unter Umständen deutlich eingeschränkt. Der zugeordnete Hausarzt beziehungsweise die Hausärztin ist auch auf der Krankenversicherungskarte namentlich vermerkt, Fachärzte und Fachärztinnen sind in der Regel an Krankenhäusern tätig.

---

<sup>7</sup> <http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/zange-und-saugglocke-eine-geburt-ist-nichts-fuer-grobe-handwerker-13514498-p2.html> / Abgerufen am 21.02.2018

<sup>8</sup> <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/en/> / Abgerufen am 21.02.2018

Erscheint Dänemark in Bezug auf die Arztwahl restriktiv, so stellt sich die Situation in Deutschland umgekehrt dar. Überspitzt gesagt, ist es so, dass Zuständigkeiten nicht definiert sind und betroffene Frauen bei der Suche nach Ansprechpartnern auf sich alleine gestellt sind, erschwerend kommt hinzu, dass es keine DEGAM-Leitlinien zu Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz gibt.

Schreiber Pedersen et al. (2017) zeigten in der LUTS-Studie, dass 25 % der dänische Frauen aber 31 % der deutschen Frauen aus dem Studienkollektiv schon einmal mit einem Arzt oder einer Ärztin über Harninkontinenz gesprochen haben. Fast die Hälfte der betroffenen dänischen Frauen war der Ansicht, dass sie selber für das Symptom verantwortlich seien, bei den deutschen befragten Frauen dachte dies etwa ein Drittel. Warum deutlich mehr dänische Frauen der Ansicht waren, selbst die Schuld zu tragen, ist unklar. Die Schuld am unfreiwilligem Harnverlust auf sich zu nehmen, kann möglicherweise damit zusammenhängen, dass trotz des Wissens um die positive Wirkung von beispielsweise Beckenbodentraining oder Gewichtsreduktion diese Handlungsempfehlungen nicht wirksam umgesetzt werden oder umgesetzt werden können.

Insgesamt gut 20 % der befragten Frauen aus dem Studienkollektiv schämten sich dafür, harninkontinent zu sein. Das bedeutet, dass bei diesen Frauen als kognitive Komponente Selbstabwertung eine Rolle spielt. Aber nur 14 % der deutschen und 10 % der dänischen Befragten stimmten der Aussage zu, dass sie das Thema grundsätzlich nicht mit einem Arzt oder einer Ärztin besprechen möchten.

Auch hinsichtlich dieser Ergebnisse kann das Modell von Klonoff und Landrine und Hughes et al. Interpretationshilfe leisten und den Schluss zulassen, dass vornehmlich die Kategorien „Stigma“, „Privatsphäre“ und „Sexualität“ zur Einordnung der Symptomatik dienen und nicht „Wichtigkeit“ und „Verletzlichkeit“.

Viele Betroffene akzeptieren den unfreiwilligen Harnverlust und versuchen, die Situation alleine zu bewältigen [14]. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass viele Frauen nicht aktiv auf etwaige Probleme angesprochen werden, so dass es vermutlich leider häufig unterbleibt, bei beginnender Symptomatik geeignete Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen. Im weiteren Sinne kann wahrscheinlich auch fehlendes Vokabular, um über Symptome der Harninkontinenz zu sprechen, der empfundene Mangel an geeigneten Behandlungs- oder Präventivmaßnahmen und letztlich als Resultat die Unterschätzung der Prävalenz mit den Kategorien des Modells erklärt werden.

Ein offenerer Umgang mit der Problematik und weitergehende Forschung zu Behandlungs- und Präventivmaßnahmen sind wünschenswert.

## 5.5. Stärken und Schwächen der Studie

Studien, in denen das Thema Harninkontinenz in Rahmen der hausärztlichen Versorgung untersucht wurde, sind bisher nur selten durchgeführt worden, so dass mit diesem Projekt ein Beitrag zur aktuellen Studienlage und vorhandenen Evidenz geleistet werden kann. Zudem konnten durch den Vergleich zweier Länder der Europäischen Union – Dänemark und Deutschland – Erfahrungen vor dem Hintergrund zweier unterschiedlich organisierter Gesundheitssysteme erhoben und analysiert werden. Die aufwändige Fragebogenentwicklung nach der TRAPD-Methode sowie die psychometrische Testung der Erhebungsinstrumente sind positive Aspekte der Studie.

Die Rücklaufquote war mit 41 % für die dänische und 47 % für die deutsche Studienpopulation gut, so dass von einer guten Repräsentativität der Ergebnisse ausgegangen werden kann. Im direkten Vergleich mit anderen Studien zu diesem Thema fiel die Rücklaufquote der LUTS-Studie vergleichsweise hoch aus. Allerdings ist die Fehmarnbelt-Region in weiten Teilen sehr ländlich geprägt, so dass eine Übertragbarkeit auf den urbanen Raum möglicherweise nur eingeschränkt möglich ist.

Wahrscheinlich haben diejenigen Hausärzte und Hausärztinnen, die den Fragebogen nicht beantwortet haben, insgesamt weniger Interesse und Kenntnisse in Bezug auf das Thema Harninkontinenz als das Studienkollektiv, von dem hier die auswertbaren Daten vorliegen. Diese Einschränkung wurde bereits in anderen Studien beschrieben [95; 96; 142]. Als Folge daraus, stellen die in der Arbeit diskutierten Ergebnisse möglicherweise ein „optimistischeres“ Abbild der Situation dar, als es in der Gesamtpopulation zu erwarten ist. Die Daten basieren zudem auf einer Selbsteinschätzung der Studienkohorte, so dass sie möglicherweise in eine positive Richtung verzerrt sind, da sozial erwünschte Antworten gegeben wurden.

Leider wurde keinen Nichtteilnehmerfragebogen verschickt, so dass potentielle Gründe für die Nichtteilnahme unbekannt bleiben, hierdurch hätten möglicherweise Gründe wie, „ich halte das Thema für unwichtig“ abgefragt werden können.

Ein Versäumnis ist zudem, dass im Fragebogen nicht klar gefragt wurde, ob Ärztinnen und Ärzte der Ansicht sind, dass Harninkontinenz ein gesellschaftliches Tabuthema darstellt. So dreht sich die Arbeit teilweise um dieses Frage und dennoch kann abschließend auf der Grundlage der Datenbasis keine klare Antwort darauf gegeben werden.

## 6. Zusammenfassung

Harninkontinenz unter Frauen ist weit verbreitet. Unfreiwilliger Harnverlust kann die Lebensqualität betroffener Frauen stark beeinträchtigen und zieht hohe Kosten, resultierend insbesondere aus der Verschreibung von Inkontinenzhilfen, nach sich.

Aus Studien ist bekannt, dass die Primärversorgung der Harninkontinenz durch Hausärzte und Hausärztinnen aufgrund von Wissenslücken, unzureichender Praxisausstattung, Zeitmangel oder aus geringem Problembewusstsein häufig unter dem Niveau liegt, wie es zum Beispiel in medizinischen Leitlinien gefordert wird.

Durch den Vergleich zweier Studienpopulationen, bestehend aus Hausärztinnen und Hausärzten der Fehmarnbelt-Region in Dänemark und Deutschland mit dem besonderen Kennzeichen, dass dort aufgrund unterschiedlicher Hausarztmodelle sowie verschiedener gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen zwei differente Versorgungskontexte herrschen, sollten die Relevanz des Themas und das Problembewusstsein sowie Faktoren identifiziert werden, die einer adäquaten Behandlung betroffener Frauen potentiell entgegenstehen können. Die Analyse der Ergebnisse erfolgte auf den folgenden drei Ebenen:

- **Organisatorische Ebene:** Herkunftsland, hausärztliche Versorgungsstruktur, Leitlinien
- **Persönliche Ebene:** hausärztliche Kompetenzen, Fähigkeiten, Behandlungsverantwortung
- **Relationale Ebene:** Kommunikation, Gender, Stigma

Im Rahmen eines dänisch-deutschen INTERREG IVa Projektes wurde ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung des Harninkontinenzmanagements in der Hausarztpraxis entwickelt und psychometrisch getestet. Der Fragebogen wurde zunächst in englischer Sprache konzipiert und anschließend in die beiden Zielsprachen Dänisch und Deutsch übersetzt. Im Rahmen einer Vollerhebung wurden alle Hausärztinnen und Hausärzte mit einer Praxistätigkeit in der Fehmarnbelt-Region postalisch zur Studienteilnahme eingeladen.

Insgesamt nahmen 407 Hausärzte und Hausärztinnen an der Befragung teil. Die Rücklaufquote betrug 41 % für die dänische und 47 % für die deutsche Studienpopulation. Die Prävalenz der Harninkontinenz wurde von der Studienpopulation unterschätzt. Die Häufigkeit der Ansprache des Themas lag in Relation zum Ausmaß der Symptomatik unter dem eigentlich zu erwartenden Wert.

Die aus der Literatur bereits bekannten Behandlungsbarrieren auf der persönlichen Ebene (z. B. Kenntnislosigkeit, Zeitmangel) bestätigten sich in unserer Studie. Die Unsicherheit in Bezug auf die Anwendung geeigneter Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen war jedoch unter den deutschen Befragten deutlich höher ausgeprägt als unter den dänischen ( $p < 0,001$ ).

Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass für die Versorgung Betroffener keine gültige DEGAM-Leitlinie existiert, und dass durch das Nebeneinander von hausärztlichen, gynäkologischen und urologischen Praxen im ambulanten Sektor die Zuständigkeiten und Behandlungspfade in weiten Teilen unkoordiniert verlaufen.

Darüber hinaus zeigte sich auf der organisatorischen Ebene, dass trotz der Tatsache, dass dänische Hausarztpraxen die primäre Anlaufstelle für nahezu alle medizinischen Belange sind und dass zudem die Ausstattung mit Leitlinien zur Behandlung und Diagnostik der Harninkontinenz deutlich fortschrittlicher ist als in Deutschland, das Thema ebenso selten angesprochen wurde wie in deutschen Hausarztpraxen.

In Bezug auf die relationale Ebene zeigte sich, dass in der Sprechstunde von Hausärztinnen das Thema vergleichsweise häufiger angesprochen wurde als in der Sprechstunde von Hausärzten ( $p < 0,001$ ). Damit bestätigte sich, dass gleiche Gender-Dyaden (Patientin / Ärztin) zu einer höheren Ansprache sensibler Themen in der Sprechstunde führen kann.

Unsere Ergebnisse lassen darauf schließen, dass schwierig zu operationalisierende relationale Faktoren, wie beispielsweise Tabuisierung, Scham und Schuld, bei der Behandlung der Harninkontinenz in der hausärztlichen Sprechstunde eine nicht zu unterschätzende Rolle zu spielen.

Ein offenerer Umgang mit der Problematik sowie experimentelle Forschung in Bezug auf Präventions- und Behandlungsmaßnahmen sind wünschenswert.

## 6. Literaturverzeichnis

1. Cerruto, M. A., D'Elia, C., Aloisi, A., Fabrello, M., & Artibani, W. (2013). Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review (2012/08/08 ed. Vol. 90).
2. Beutel, M. E., Hessel, A., Schwarz, R., & Brahler, E. (2005). Prevalence of urinary incontinence in the German population]. *Urologe A*, 44(3), 232-238.
3. Buckley, B. S., & Lapitan, M. C. (2010). Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children – current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology*, 76(2), 265-270.
4. Bauer, R. M., & Huebner, W. (2013). Gender differences in bladder control: from babies to elderly. *World J Urol*, 31(5), 1081-1085.
5. Lose, G. (2005). The Burden of Stress Urinary Incontinence. *European Urology Supplements*, 4, 5-10.
6. Nilsson, M., Lalos, A., & Lalos, O. (2009). The impact of female urinary incontinence and urgency on quality of life and partner relationship. *Neurourol Urodyn*, 28(8), 976-981.
7. Teunissen, D., Van Den Bosch, W., Van Weel, C., & Lagro-Janssen, T. (2006). "It can always happen": the impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scand J Prim Health Care*, 24(3), 166-173.
8. Ashworth, P. D., & Hagan, M. T. (1993). The meaning of incontinence: a qualitative study of non-geriatric urinary incontinence sufferers. *J Adv Nurs*, 18(9), 1415-1423.
9. Nelas, P., Duarte, J., Dias, A., Chaves, C., Coutinho, E., & Amaral, O. (2016). Vulnerability to Stress and Quality of Life of Women with Urinary Incontinence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 217, 1118-1123.
10. Hunskaar, S., Lose, G., Sykes, D., & Voss, S. (2004). The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int*, 93(3), 324-330.
11. Niederstadt, C. G., Elisabeth. (2007). Harninkontinenz Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 39.
12. Elenskaia, K., Haidvogel, K., Heidinger, C., Doerfler, D., Umek, W., & Hanzal, E. (2011). The greatest taboo: urinary incontinence as a source of shame and embarrassment. *Wien Klin Wochenschr*, 123(19-20), 607-610.
13. Shaw, C., Tansey, R., Jackson, C., Hyde, C., & Allan, R. (2001). Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Fam Pract*, 18(1), 48-52.
14. Visser, E., de Bock, G. H., Kollen, B. J., Meijerink, M., Berger, M. Y., & Dekker, J. H. (2012). Systematic screening for urinary incontinence in older women: who could benefit from it? *Scand J Prim Health Care*, 30(1), 21-28.
15. Grealish, M., & O'Dowd, T. C. (1998). General practitioners and women with urinary incontinence. *Br J Gen Pract*, 48(427), 975-977.
16. Cohen, S. J., Robinson, D., Dugan, E., Howard, G., Suggs, P. K., Pearce, K. F., Carroll, D. D., McGann, P., & Preisser, J. (1999). Communication between older adults and their physicians about urinary incontinence. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 54(1), M34-37.
17. Juergensen, M. E., Susanne; Schreiber Pedersen, Louise; Lückert, Jessica; Faust, Elke; Rudnicki, Martin; Waldmann, Annika. (2015). "I really thought nothing could be done": help-seeking behaviour among women with urinary incontinence. *Int J Res Med Sci*, 3(4), 826-835.
18. Schulenburg, M. G. M., T.; Clouth, J.; Stoeber, Y.; Greiner W. (2007). Kosten der Harninkontinenz in Deutschland. *Gesundh ökon Qual manag*, 12, 301-309.
19. Monz, B., Hampel, C., Porkess, S., Wagg, A., Pons, M. E., Samsioe, G., Eliasson, T., Chartier-Kastler, E., Sykes, D., & Papanicolaou, S. (2005). A description of health care provision and access to treatment for women with urinary incontinence in Europe – a five-country comparison. *Maturitas*, 52 Suppl 2, S3-12.
20. O'Donnell, M., Lose, G., Sykes, D., Voss, S., & Hunskaar, S. (2005). Help-seeking behaviour and associated factors among women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom. *Eur Urol*, 47(3), 385-392; discussion 392.
21. Brink-Muinen, A., van Dulmen, S., Messerli-Rohrbach, V., & Bensing, J. (2002). Do gender-dyads have different communication patterns? A comparative study in Western-European general practices. *Patient Educ Couns*, 48(3), 253-264.
22. Hall, J. A., & Roter, D. L. (2002). Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Educ Couns*, 48(3), 217-224.

23. Henderson, J. T., & Weisman, C. S. (2001). Physician gender effects on preventive screening and counseling: an analysis of male and female patients' health care experiences. *Med Care*, 39(12), 1281-1292.
24. Roter, D. L., & Hall, J. A. (2004). Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annu Rev Public Health*, 25, 497-519.
25. Roter, D. L., Hall, J. A., & Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*, 288(6), 756-764.
26. Neises, M. P., A. (2003). Arzt/Ärztin-Patientinnen-Beziehung. *Der Gynäkologe*, 36(12), 1046-1051.
27. van den Muijsenbergh, M. a. L.-J., Toine. (2006). Urinary Incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment. *British Journal of General Practice*, 56, 945-949.
28. O'Donnell, M., Viktrup, L., & Hunskaar, S. (2007). 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*, 13(1), 20-26.
29. Verdi Hughes, S. (2014). Stigma and the perception of bodily parts: Implications for help seeking, *Pelvipereineology* (pp. 29-31).
30. Verdi Hughes, S., & Pietroni, D. (2014). Multifactorial bodily representation and its effects on help seeking. *Pelvipereineology*, 33, 60-62.
31. Klönoff, E. A., & Landrine, H. (1993). Cognitive representations of bodily parts and products: implications for health behavior. *J Behav Med*, 16(5), 497-508.
32. Faust, E., Jürgensen, M., Elsner, S., Niesel, A., & Waldmann, A. (2016). Reliability of the German „LUTS-questionnaire“ for general practitioners – an evaluation of health care for women with urinary incontinence. *International Journal of Healthcare and Medical Sciences*, 2(9), 48-54.
33. Jürgensen, M., Elsner, S., Schreiber Pedersen, L., Faust, E., Kold, M. L., Lückert, J., Niesel, A., Rudnicki, M., & Waldmann, A. (2016). Development of a Bilingual Questionnaire about General Practitioners Handling of Female Urinary Incontinence. *International Journal of Healthcare and Medical Sciences*, 2(5), 2415-5233.
34. Thews, G., & Vaupel, P. (1990). *Vegetative Physiologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
35. Braun, P. M., Jünemann, K.-P. (2012). Anatomie, Physiologie und Innervation des Harntraktes. In D. G. Schultz-Lampel, M; Haferkamp, A. (Hrsg.) (Ed.), *Urodynamik* (pp. 11-16). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
36. Fritsch, H. (2016). Anatomie des weiblichen Beckenbodens. In M. S. e. a. Michel (Ed.), *Die Urologie* (pp. 851-857). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
37. Frohme, C. (2016). Physiologie der weiblichen Kontinenz und Miktion. In M. S. e. a. Michel (Ed.), *Die Urologie* (pp. 863-869). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
38. Abrams, P., Andersson, K. E., Birder, L., Brubaker, L., Cardozo, L., Chapple, C., Cottenden, A., Davila, W., de Ridder, D., Dmochowski, R., Drake, M., Dubeau, C., Fry, C., Hanno, P., Smith, J. H., Herschorn, S., Hosker, G., Kelleher, C., Koelbl, H., Khoury, S., Madoff, R., Milsom, I., Moore, K., Newman, D., Nitti, V., Norton, C., Nygaard, I., Payne, C., Smith, A., Staskin, D., Tekgul, S., Thuroff, J., Tubaro, A., Vodusek, D., Wein, A., & Wyndaele, J. J. (2010). Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*, 29(1), 213-240.
39. P. Haag, N. H., M. Müller. (2010 / 2011). *Gynäkologie und Urologie für Studium und Praxis*. 5. Auflage.
40. McGrother, C. W., Donaldson, M. M., Shaw, C., Matthews, R. J., Hayward, T. A., Dallosso, H. M., Jagger, C., Clarke, M., Castleden, C. M., & Team, M. R. C. I. S. (2004). Storage symptoms of the bladder: prevalence, incidence and need for services in the UK. *BJU Int*, 93(6), 763-769.
41. Klotz, T., Bruggenjurgen, B., Burkart, M., & Resch, A. (2007). The economic costs of overactive bladder in Germany. *Eur Urol*, 51(6), 1654-1662.
42. Haag, P., Hanhart, N., & Müller, M. (2010/11). *Gynäkologie und Urologie - Für Studium und Praxis* (Vol. 5. Aufl.). Breisach a. Rhein: Müller, Markus.
43. Hunskaar, S. (2008). A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn*, 27(8), 749-757.
44. Osborn, D. J., Strain, M., Gomelsky, A., Rothschild, J., & Dmochowski, R. (2013). Obesity and female stress urinary incontinence. *Urology*, 82(4), 759-763.
45. Schreiber Pedersen, L., Lose, G., Hoybye, M. T., Elsner, S., Waldmann, A., & Rudnicki, M. (2017). Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 12(10), 13149.

46. Shaw, C., Gupta, R. D., Bushnell, D. M., Assassa, R. P., Abrams, P., Wagg, A., Mayne, C., Hardwick, C., & Martin, M. (2006). The extent and severity of urinary incontinence amongst women in UK GP waiting rooms. *Fam Pract*, 23(5), 497-506.
47. Hannestad, Y. S., Rortveit, G., Sandvik, H., Hunskaar, S., & Norwegian, E. s. E. o. I. i. t. C. o. N.-T. (2000). A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. J Clin Epidemiol*, 53(11), 1150-1157.
48. Melville, J. L., Katon, W., Delaney, K., & Newton, K. (2005). Urinary incontinence in US women: a population-based study. *Arch Intern Med*, 165(5), 537-542.
49. Vinsnes, A. G., Helbostad, J. L., Nyronning, S., Harkless, G. E., Granbo, R., & Seim, A. (2012). Effect of physical training on urinary incontinence: a randomized parallel group trial in nursing homes. *Clin Interv Aging*, 7, 45-50.
50. Pregazzi, R., Sartore, A., Troiano, L., Grimaldi, E., Bortoli, P., Siracusano, S., & Guaschino, S. (2002). Postpartum urinary symptoms: prevalence and risk factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 103(2), 179-182.
51. Gyhagen, M., Akervall, S., & Milsom, I. (2015). Clustering of pelvic floor disorders 20 years after one vaginal or one cesarean birth. *Int Urogynecol J*, 26(8), 1115-1121.
52. Gyhagen, M., Bullarbo, M., Nielsen, T. F., & Milsom, I. (2013). A comparison of the long-term consequences of vaginal delivery versus caesarean section on the prevalence, severity and bothersomeness of urinary incontinence subtypes: a national cohort study in primiparous women. *BJOG*, 120(12), 1548-1555.
53. Gyhagen, M., Bullarbo, M., Nielsen, T. F., & Milsom, I. (2013). Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG*, 120(2), 152-160.
54. Gyhagen, M., Bullarbo, M., Nielsen, T. F., & Milsom, I. (2013). The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG*, 120(2), 144-151.
55. Volloyhaug, I., Morkved, S., & Salvesen, K. A. (2015). Authors' reply re: Pelvic organ prolapse and incontinence 15- 23 years after first delivery: a cross-sectional study. *BJOG*, 122(12), 1715.
56. Thornton, M. J., & Lubowski, D. Z. (2006). Obstetric-induced incontinence: a black hole of preventable morbidity. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 46(6), 468-473.
57. Caudwell-Hall, J., Kamisan Atan, I., Brown, C., Guzman Rojas, R., Langer, S., Shek, K. L., & Dietz, H. P. (2018). Can pelvic floor trauma be predicted antenatally? *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2(10), 13315.
58. Dietz, H. P., Wilson, P. D., & Milsom, I. (2016). Maternal birth trauma: why should it matter to urogynaecologists? *Curr Opin Obstet Gynecol*, 28(5), 441-448.
59. Thom, D. H., Brown, J. S., Schembri, M., Rugins, A. I., Creasman, J. M., & Van Den Eeden, S. K. (2011). Parturition events and risk of urinary incontinence in later life. *Neurourol Urodyn*, 30(8), 1456-1461.
60. Lawrence, J. M., Lukacz, E. S., Liu, I. L., Nager, C. W., & Luber, K. M. (2007). Pelvic floor disorders, diabetes, and obesity in women: findings from the Kaiser Permanente Continence Associated Risk Epidemiology Study. *Diabetes Care*, 30(10), 2536-2541.
61. Uzun, H., Yilmaz, A., Kemik, A., Zorba, O. U., & Kalkan, M. (2012). Association of insulin resistance with overactive bladder in female patients. *Int Neurourol J*, 16(4), 181-186.
62. Karoli, R., Bhat, S., Fatima, J., & Priya, S. (2014). A study of bladder dysfunction in women with type 2 diabetes mellitus. *Indian J Endocrinol Metab*, 18(4), 552-557.
63. Nguyen, K., Hunter, K. F., & Wagg, A. (2013). Knowledge and understanding of urinary incontinence: survey of family practitioners in northern Alberta. *Can Fam Physician*, 59(7), e330-337.
64. Lucas, M. G., Bedretdinova, D., Bosch, J. L. H. R., Burkhard, F., Cruz, F., Nambiar, A. K., Nilsson, C. G., De Ridder, D., Tubaro, A., & Pickard, R. S. (2014). Guidelines on Urinary Incontinence: European Association of Urology.
65. Thuroff, J. W., Abrams, P., Andersson, K. E., Artibani, W., Chapple, C. R., Drake, M. J., Hampel, C., Neisius, A., Schroder, A., & Tubaro, A. (2011). [EAU Guidelines on Urinary Incontinence]. *Actas Urol Esp*, 35(7), 373-388.
66. Anger, J. T., Scott, V. C., Kiyosaki, K., Khan, A. A., Weinberg, A., Connor, S. E., Roth, C. P., Wenger, N., Shekelle, P., & Litwin, M. S. (2013). Development of quality indicators for women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*, 32(8), 1058-1063.
67. Lucas, M. G., Bosch, R. J., Burkhard, F. C., Cruz, F., Madden, T. B., Nambiar, A. K., Neisius, A., de Ridder, D. J., Tubaro, A., Turner, W. H., & Pickard, R. S. (2012). EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *Eur Urol*, 62(6), 1130-1142.

68. Enzelsberger, H. (2011). Inkontinenz der Frau. *Österreichische Ärztezeitung*, 3, 35-44.
69. Wood, L. N., & Anger, J. T. (2014). Urinary incontinence in women. *BMJ*, 349, g4531.
70. Shaw, C., Atwell, C., Wood, F., Brittain, K., & Williams, K. (2007). A qualitative study of the assessment and treatment of incontinence in primary care. *Fam Pract*, 24(5), 461-467.
71. Minassian, V. A., Drutz, H. P., & Al-Badr, A. (2003). Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet*, 82(3), 327-338.
72. Coyne, K. S., Sexton, C. C., Thompson, C. L., Milsom, I., Irwin, D., Kopp, Z. S., Chapple, C. R., Kaplan, S., Tubaro, A., Aiyer, L. P., & Wein, A. J. (2009). The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *BJU Int*, 104(3), 352-360.
73. Nygaard, I., Barber, M. D., Burgio, K. L., Kenton, K., Meikle, S., Schaffer, J., Spino, C., Whitehead, W. E., Wu, J., & Brody, D. J. (2008). Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*, 300(11), 1311-1316.
74. Norby, B., Nordling, J., & Mortensen, S. (2005). Lower Urinary Tract Symptoms in the Danish Population: A Population-Based Study of Symptom Prevalence, Health-Care Seeking Behavior and Prevalence of Treatment in Elderly Males and Females. *Eur Urol*, 47(6), 817-823.
75. Hunskaar, S., Burgio, K., Diokno, A., Herzog, A. R., Hjalmas, K., & Lapitan, M. C. (2003). Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology*, 62(4 Suppl 1), 16-23.
76. Alling Moller, L., Lose, G., & Jorgensen, T. (2000). Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol*, 96(3), 446-451.
77. Lam, G. W., Foldspang, A., Elving, L. B., & Mommsen, S. (1990). [Urinary incontinence in women aged 30-59 years. An epidemiological study]. *Ugeskr Laeger*, 152(44), 3244-3246.
78. Rohr, G., Stovring, H., Christensen, K., Gaist, D., Nybo, H., & Kragstrup, J. (2005). Characteristics of middle-aged and elderly women with urinary incontinence. *Scand J Prim Health Care*, 23(4), 203-208.
79. Döring, D., Dudenhöffer, B., & Herdt, J. (2005). Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck Vergleichende Betrachtung der Finanzierungsstrukturen und Reformoptionen in den EU 15-Staaten und der Schweiz Heidelberg: Hans-Böckler-Stiftung.
80. Monz, B., Chartier-Kastler, E., Hampel, C., Samsioe, G., Hunskaar, S., Espuna-Pons, M., Wagg, A., Quail, D., Castro, R., & Chinn, C. (2007). Patient characteristics associated with quality of life in European women seeking treatment for urinary incontinence: results from PURE. *Eur Urol*, 51(4), 1073-1081; discussion 1081-1072.
81. Monz, B., Pons, M. E., Hampel, C., Hunskaar, S., Quail, D., Samsioe, G., Sykes, D., Wagg, A., & Papanicolaou, S. (2005). Patient-reported impact of urinary incontinence – results from treatment seeking women in 14 European countries. *Maturitas*, 52 Suppl 2, S24-34.
82. Wiedemann, A., & Füsgen, I. (2009). Harninkontinenztherapie in der hausärztlichen Praxis. *Aktuel Urol*, 40, 242-245.
83. Ollenschlager, G., Meyer, G., & Windeler, J. [70 years guidelines and evidence based medicine in Germany: has evidence based medicine arrived in health care?]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw*. 2014;108(10):547-8. doi: 10.1016/j.zefq.2014.10.023. Epub 2014 Nov 15.
84. Selbmann, H. K., Kopp, I. (2005). Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. *Die Psychiatrie*, 1, 33-38.
85. Ollenschlager, G. (2003). Evidenzbasierte Leitlinien - Risiken und Chancen. In R. u. G. W. R. v. d. A.-P. V. Arbeitsgemeinschaft für Rechtsanwälte im Medizinrecht (Hrsg) Leitlinien (Ed.), *Kölner Symposium der AG Rechtsanwälte im Medizinrecht* (pp. 48-64). Köln: Springer.
86. Grol, R. (1997). Personal paper. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ*, 315(7105), 418-421.
87. Grol, R., Dalhuijsen, J., Thomas, S., Veld, C., Rutten, G., & Mokkink, H. (1998). Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ*, 317(7162), 858-861.
88. Celik, H., Lagro-Janssen, T. A., Widdershoven, G. G., & Abma, T. A. (2011). Bringing gender sensitivity into healthcare practice: a systematic review. *Patient Educ Couns*, 84(2), 143-149.
89. Keuken, D., Bindels, P., Klazinga, N., & Haafkens, J. (2012). A systematic approach for uptake of evidence on sex-specific issues in guidelines--a pilot study. *J Eval Clin Pract*, 18(2), 369-377.
90. Keuken, D. G., Haafkens, J. A., Moerman, C. J., Klazinga, N. S., & ter Riet, G. (2007). Attention to sex-related factors in the development of clinical practice guidelines. *J Womens Health*, 16(1), 82-92.
91. Keuken, D. G., Haafkens, J. A., Mohrs, J., Klazinga, N. S., & Bindels, P. J. (2010). Evaluating the effectiveness of an educational and feedback intervention aimed at improving consideration of sex differences in guideline development. *Qual Saf Health Care*, 19(6), 16.

92. Celik, H. H., Klinge, II, Weijden, T. T., Widdershoven, G. G., & Lagro-Janssen, T. A. (2008). Gender sensitivity among general practitioners: results of a training programme. *BMC Med Educ*, 8, 36.
93. Mazloomdoost, D., Westermann, L. B., Crisp, C. C., Oakley, S. H., Kleeman, S. D., & Pauls, R. N. (2017). Primary care providers' attitudes, knowledge, and practice patterns regarding pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J*, 28(3), 447-453.
94. Swanson, J. G., Skelly, J., Hutchison, B., & Kaczorowski, J. (2002). Urinary incontinence in Canada. National survey of family physicians' knowledge, attitudes, and practices. *Can Fam Physician*, 48, 86-92.
95. Lose, G., Jacobsen, A. T., Madsen, H., Thorsen, P., Tibaek, S., & Johansen, B. (2001). General Practitioners' knowledge of and attitude to assessment and treatment of women with urinary incontinence. A questionnaire among general practitioners in Denmark. *Ugeskr Laeger*, 163(38), 5183-5188.
96. Albers-Heitner, P., Berghmans, B., Nieman, F., Lagro-Janssen, T., & Winkens, R. (2008). Adherence to professional guidelines for patients with urinary incontinence by general practitioners: a cross-sectional study. *J Eval Clin Pract*, 14(5), 807-811.
97. Albers-Heitner, P., Berghmans, B., Nieman, F., Lagro-Janssen, T., & Winkens, R. (2008). How do patients with urinary incontinence perceive care given by their general practitioner? A cross-sectional study. *Int J Clin Pract*, 62(3), 508-515.
98. Kmietowicz, Z. (2010). Lack of clear diagnoses leaves incontinence untreated. *BMJ*, 341.
99. Teunissen, D., van den Bosch, W., van Weel, C., & Lagro-Janssen, T. (2006). Urinary incontinence in the elderly: attitudes and experiences of general practitioners. A focus group study. *Scand J Prim Health Care*, 24(1), 56-61.
100. Heymann, A. D., Bentur, N., Valinsky, L., Lemberger, J., & Elhayany, A. (2010). The perceived performance, barriers and solutions for the good preventive care of elderly people in Israel. *Qual Prim Care*, 18(3), 173-179.
101. Schreiber Pedersen, L., Lose, G., Hoybye, M. T., Jurgensen, M., Waldmann, A., & Rudnicki, M. (2017). Predictors and reasons for help-seeking behavior among women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J*, 5(10), 017-3434.
102. Kinchen, K. S., Burgio, K., Diokno, A. C., Fultz, N. H., Bump, R., & Obenchain, R. (2003). Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *J Womens Health (Larchmt)*, 12(7), 687-698.
103. Burgio, K. L., Ives, D. G., Locher, J. L., Arena, V. C., & Kuller, L. H. (1994). Treatment seeking for urinary incontinence in older adults. *J Am Geriatr Soc*, 42(2), 208-212.
104. Kummer, K., Doren, M., & Kuhlmeier, A. (2008). [Communication about incontinence between affected individuals and health care providers - the patients' perspective]. *Z Gerontol Geriatr*, 41(4), 267-273.
105. Welz-Barth, A., Fusgen, I., & Melchior, H. J. (2000). 1999 rerun of the 1996 German Urinary Incontinence Survey: Will doctors ever ask? *World J Urol*, 18(6), 436-438.
106. Mitteness, L. S. (1990). Knowledge and beliefs about urinary incontinence in adulthood and old age. *J Am Geriatr Soc*, 38(3), 374-378.
107. Shaw, C. (2001). A review of the psychosocial predictors of help-seeking behaviour and impact on quality of life in people with urinary incontinence. *J Clin Nurs*, 10(1), 15-24.
108. Shaw, C., Brittain, K., Tansey, R., & Williams, K. (2008). How people decide to seek health care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 45(10), 1516-1524.
109. Hagglund, D., & Ahlstrom, G. (2007). The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs*, 16(10), 1946-1954.
110. Hagglund, D., Walker-Engstrom, M. L., Larsson, G., & Leppert, J. (2003). Reasons why women with long-term urinary incontinence do not seek professional help: a cross-sectional population-based cohort study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 14(5), 296-304; discussion 304.
111. Seim, A., Sandvik, H., Hermstad, R., & Hunskaar, S. (1995). Female urinary incontinence – consultation behaviour and patient experiences: an epidemiological survey in a Norwegian community. *Fam Pract*, 12(1), 18-21.
112. Horrocks, S., Somerset, M., Stoddart, H., & Peters, T. J. (2004). What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. *Fam Pract*, 21(6), 689-696.
113. Wojtowicz, U., Plaszczyńska-Zywko, L., Stangel-Wojcikiewicz, K., & Basta, A. (2014). Barriers in entering treatment among women with urinary incontinence. *Ginekol Pol*, 85(5), 342-347.
114. Senekjian, L., Heintz, K., Egger, M. J., & Nygaard, I. (2011). Do Women Understand Urogynecologic Terminology? *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, 17(5), 215-217.

115. Leydon, G. M., Turner, S., Smith, H., Little, P., & team, U. (2010). Women's views about management and cause of urinary tract infection: qualitative interview study. *BMJ*, 340, c279.
116. Nappi, R. E., Liekens, G., & Brandenburg, U. (2006). Attitudes, perceptions and knowledge about the vagina: the International Vagina Dialogue Survey. *Contraception*, 73(5), 493-500.
117. Hoogsteyns, M. v. d. H., H. (2015). How to live with a taboo instead of breaking it. *Alternative empowerment strategies of people with incontinence. Health Sociology Review*, 24(1), 38-47.
118. Peters, T. J., Horrocks, S., Stoddart, H., & Somerset, M. (2004). Factors associated with variations in older people's use of community-based continence services. *Health Soc Care Community*, 12(1), 53-62.
119. Hagglund, D., Walker-Engstrom, M. L., Larsson, G., & Leppert, J. (2001). Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80(11), 1051-1055.
120. Holst, K., & Wilson, P. D. (1988). The prevalence of female urinary incontinence and reasons for not seeking treatment. *N Z Med J*, 101(857), 756-758.
121. Shaw, C., Das Gupta, R., Williams, K. S., Assassa, R. P., & McGrother, C. (2006). A survey of help-seeking and treatment provision in women with stress urinary incontinence. *BJU Int*, 97(4), 752-757.
122. Maletzke, G. (1996). *Interkulturelle Kommunikation: Opladen: Westdt. Verl.*
123. Wierlacher, A. B., Andrea (Hg.). (2003). *Handbuch interkulturelle Germanistik. Stuttgart, Weimar: Verlag J.B. Metzler.*
124. Lehmann-Carli, G. H. (2013). *Empathie und Tabu(bruch) in Kultur, Literatur und Medizin. Taucha.*
125. Goffmann, E. (1975). *Stigma - Über Techniken der Bewältigung sozialer Identität.*
126. Joachim, G., & Acorn, S. (2000). Stigma of visible and invisible chronic conditions. *J Adv Nurs*, 32(1), 243-248.
127. Elstad, E. A., Taubenberger, S. P., Botelho, E. M., & Tennstedt, S. L. (2010). Beyond incontinence: the stigma of other urinary symptoms. *J Adv Nurs*, 66(11), 2460-2470.
128. Sandvik, H., & Hunskaar, S. (1990). Doctors' characteristics and practice patterns in general practice: an analysis based on management of urinary incontinence. *Scand J Prim Health Care*, 8(3), 179-182.
129. Schieber, A. C., Delpierre, C., Lepage, B., Afrite, A., Pascal, J., Cases, C., Lombraill, P., Lang, T., & Kelly-Irving, M. (2014). Do gender differences affect the doctor-patient interaction during consultations in general practice? Results from the INTERMEDE study. *Fam Pract*, 31(6), 706-713.
130. Celik, H., Abma, T. A., Widdershoven, G. A., van Wijmen, F. C., & Klinge, I. (2008). Implementation of diversity in healthcare practices: barriers and opportunities. *Patient Educ Couns*, 71(1), 65-71.
131. Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken.*
132. Acquadro, C., Conway, K., Hareendran, A., & Aaronson, N. (2008). Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value Health*, 11(3), 509-521.
133. Behr, D., & Scholz, E. (2011). Questionnaire Translation in Cross-National Survey Research. *Methoden – Daten – Analysen*, 5(2), 157-179.
134. Prüfer, P., & Rexroth, M. (2005). *Kognitive Interviews. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen -ZUMA- (Ed.).*
135. Benjamini, B. Y. a. Y. (2001). The control of the false discovery rate in multiple testing under dependency. *The Annals of Statistics*, 29(4), 1165-1188.
136. Benjamini, Y., & Cohen, R. (2017). Weighted false discovery rate controlling procedures for clinical trials. *Biostatistics*, 18(1), 91-104.
137. McFall, S., et al. (1997). Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence - Report of a Physician Survey. *Arch Fam Med*, 6, 114-119.
138. Schellevis, F., et al. (2004). Second national study in general practice: study questions and methods.
139. Nguyen, A., Aschkenazi, S. O., Sand, P. K., Du, H., Botros, S. M., Gamble, T. L., Kuo, R., & Goldberg, R. P. (2011). Nongenetic factors associated with stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol*, 117(2 Pt 1), 251-255.
140. Celik, H., Lagro-Janssen, T., Klinge, I., van der Weijden, T., & Widdershoven, G. (2009). Maintaining gender sensitivity in the family practice: facilitators and barriers. *J Eval Clin Pract*, 15(6), 1220-1225.
141. Wilson, D., Dornan, J., Milsom, I., & Freeman, R. (2014). UR-CHOICE: can we provide mothers-to-be with information about the risk of future pelvic floor dysfunction? *Int Urogynecol J*, 25(11), 1449-1452.
142. Viktrup, L., & Moller, L. A. (2004). The handling of urinary incontinence in Danish general practices after distribution of guidelines and voiding diary reimbursement: an observational study. *BMC Fam Pract*, 5, 13.

## 7. Anhänge

### Gesprächsleitfaden für Hausärztinnen und Hausärzte (qualitative Interviews)

Formulierungen/Fragen	Thema
<p>Als Erstes möchte ich mich ganz herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich die Zeit genommen haben, mit mir zu sprechen. Ich möchte mich einmal vorstellen: Mein Name ist XX, ich bin XY (Beruf) und arbeite im Institut für Klinische Epidemiologie in Lübeck. <i>Ein bisschen was zum eigenen Hintergrund erzählen.</i></p> <p>Ich möchte gerne mit Ihnen über Ihre Erfahrungen mit Harninkontinenz bei Frauen sprechen. Sie wissen, dass dies ein Problem ist, das viele Frauen haben. Wahrscheinlich haben Sie auch schon davon gelesen oder gehört, dass nur ein kleiner Teil von betroffenen Frauen mit ihrem Hausarzt bzw. ihrer Hausärztin darüber spricht und sich Hilfe holt. das kann an verschiedenen Dingen liegen – die Frauen schämen sich vielleicht, halten Inkontinenz für ein ganz natürliches Phänomen, z.B. gerade im Alter oder nach einer Operation, oder denken: „da kann man sowieso nichts gegen tun“.</p> <p>Wir können bisher nur spekulieren, woran es wirklich liegt.</p> <p>Genauso wenig wissen wir bisher über die Erfahrungen von Ärzten im Umgang mit harninkontinenten Frauen: Sprechen sie Frauen von sich aus auf das Thema an? Unter welchen Umständen? Was hält sie vielleicht davon ab, das Thema anzusprechen? und so weiter.</p> <p>Ich möchte noch kurz etwas zum Hintergrund unserer Studie sagen: Es handelt sich um eine von der EU geförderte deutsch-dänische Studie. Neben den schon genannten Fragen, die wir beantworten wollen, geht es darum, die Prävalenz von Harninkontinenz und Daten zur Versorgungssituation in der Fehmarnbelt-Region zu erheben. Diese Erkenntnisse sollen dazu beitragen, die medizinische und therapeutische Versorgung betroffener Frauen zu verbessern und im Vergleich der Regionen miteinander auch voneinander zu lernen.</p> <p>Das Kernstück der Studie besteht in einer Fragebogenbefragung von insgesamt 8.000 Frauen und allen niedergelassenen Hausärzten in der Fehmarnbelt-Region. Für diese große Befragung müssen wir einen Fragebogen entwickeln und damit dieser möglichst alle relevanten Themen und Fragen auch beinhaltet, führen wir im Vorfeld Gruppengespräche (sowohl mit Ärzten als auch mit betroffenen Frauen) durch.</p>	<b>Begrüßung/Einführung</b>
<p>Bevor wir anfangen möchte ich noch darauf hinweisen, dass ich das Gespräch gerne aufnehmen möchte, weil ich nicht so schnell alles mitschreiben kann und Angst haben, dadurch wichtige Aussagen zu vergessen. Die Aufnahme wird nur von direkten Projektmitarbeitern angehört und das Gesagte abgeschrieben, ohne Ihren Namen darauf zu vermerken. Das Gespräch wird etwa eine dreiviertel Stunde dauern.</p>	<b>Ablauf, Durchführung</b>

<p>Wie gesagt, möchte ich mit Ihnen über Ihre Erfahrungen im Zusammenhang mit Harninkontinenz sprechen.</p> <p>Zu Beginn möchte ich einfach mal ganz generell fragen, wie das in Ihrer Praxis so ist:</p> <p>Kommen viele Frauen mit Harninkontinenz zu Ihnen (wie viele in der Woche?)</p>	<p><b>Eröffnungsfrage / Hinführung zum Thema</b></p>
<p>Das klingt so, sei als Inkontinenz also durchaus ein geläufiges Thema in Ihrer Arbeit. Wie können wir uns das denn genau vorstellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sprechen Sie die Frauen von sich aus darauf an? Wenn ja: alle ? Wenn nein: nach welchen Kriterien?</li> <li>- Könnten Sie sich vorstellen, die Frage nach UI in ihren Praxisalltag zu integrieren? (warum nicht?)</li> <li>- Wie reagieren die Frauen, wenn Sie sie aktiv auf Harninkontinenz ansprechen?</li> <li>- Kommen die Frauen wegen dieses Problems oder handelt es sich eher um eine „Begleitdiagnose“ oder „Zufallsdiagnose“?</li> <li>- Was ist Ihr Eindruck: Kommen die Frauen relativ schnell, wenn Sie Kontinenzprobleme haben oder warten viele von Ihnen (zu) lange?</li> <li>- Was meinen Sie, woran das liegt?</li> </ul> <p>ggf. nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ wird die UI nicht als Problem gesehen?</li> <li>➤ Vorstellung, es gibt keine medizinische Hilfe bei UI</li> <li>➤ Scham</li> <li>➤ Angst vor diagnostischen Maßnahmen</li> <li>➤ kein Vertrauen zum Arzt/ Ärztin (Alter? Geschlecht?)</li> </ul>	<p><b>Schlüsselfrage:</b></p> <p><b>Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe</b></p>
<p>Was ist so Ihr Eindruck: Gibt es in der Regel einen bestimmten „Auslöser“ oder besondere Ereignisse, die Patientinnen dazu veranlassen, mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin zu sprechen?</p> <p>ggf. nachfragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ massive Beeinträchtigung durch UI?</li> <li>➤ Wunsch nach Abklärung der Ursachen (Angst vor schwerwiegender Erkrankung)</li> </ul>	<p><b>Schlüsselfrage:</b></p> <p><b>Was war der Anlass, ärztliche Hilfe zu suchen?</b></p>
<p>In unseren Interviews mit Frauen wurde deutlich, dass viele betroffene Frauen sich nicht an ihren Hausarzt, sondern an ihre Gynäkologin oder manchmal auch eine Urologin / Urologen wenden. Deckt sich das mit Ihren Erfahrungen?</p>	<p><b>Zusatzfrage (nur Deutschland):</b> <b>welche Ärzte werden auf das Thema angesprochen?</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ geschätzte Verteilung (%)?</li> <li>➤ wie beurteilen Sie das? Fühlen Sie sich für die UI und deren Behandlung primär zuständig (Basisdiagnostik und erste Therapieversuche) oder denken Sie, das gehört in den Zuständigkeitsbereich der Fachärzte?</li> </ul>	<b>Eigene Zuständigkeit für UI?</b>
<p>Ich möchte Sie bitten, uns einmal zu schildern was konkret passiert, wenn eine Frau mit Harninkontinenz zu Ihnen kommt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diagnostische Maßnahmen</li> <li>- Überweisung zu Fachärzten?</li> <li>- Orientierung an Leitlinien?</li> </ul>	<b>Schlüsselfrage: Diagnostik, Behandlung</b>
<p>Wie geht es in der Regel weiter, wenn Sie eine Patientin an einen Facharzt überwiesen haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Werden Sie über die Untersuchungsergebnisse und den Therapieplan informiert?</li> <li>- Verfolgen Sie den weiteren Behandlungsverlauf bzw. werden Sie in die weitere Behandlung mit einbezogen oder übernehmen Sie diese?</li> </ul>	<b>Schlüsselfrage: Behandlungsverlauf / Zuständigkeit</b>
<p>Wir haben in unsren Interviews mit Frauen festgestellt, dass die meisten von Ihnen sehr wenig über UI wissen - sowohl in Bezug auf ihre konkrete Diagnose (z.B. Form der UI) als auch im Hinblick auf unterschiedliche Therapiemöglichkeiten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entspricht dies auch Ihrem Eindruck?</li> <li>- Nutzen Sie bestimmte Strategien, um die Frauen aufzuklären? Haben Sie spezielle Informationsmaterialien o.ä.? Gibt es bei Ihnen so etwas wie ein Netzwerk aus informierten und in diesem Bereich besonders kompetenten KollegInnen (Fachärzte, Physiotherapie etc.), an die Sie die Patientin verweisen können?</li> </ul>	<b>Schlüsselfrage: Wissen der Frauen über UI.</b>  <b>Aufklärung /Information</b>
<p>Wie würden Sie Ihre Möglichkeiten (zeitlich, personell, Wissen über UI ...) bei der Diagnostik und Behandlung von Harninkontinenz beurteilen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ welche Auswirkungen haben begrenzte Ressourcen? (z.B. Problem wird nicht angesprochen?)</li> <li>➤ wie ließe sich die Situation verbessern? (konkreter Bedarf?)</li> </ul>	<b>Schlüsselfrage: Ressourcen zur Behandlung von UI</b>
<p>Wie schätzen Sie die Situation insgesamt ein: Halten Sie Harninkontinenz für ein relevantes Problem?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gesellschaftlich?</li> <li>- für die betroffenen Frauen?</li> <li>- für das Gesundheitssystem?</li> </ul>	<b>Schlüsselfrage: Relevanz der UI</b>

<p>Wir kommen nun auch schon zum Ende unseres Gespräches und ich möchte Sie abschließend bitten Idealvorstellungen und Wünsche hinsichtlich der Behandlung bei unfreiwilligem Urinverlust beschreiben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Was denken Sie, kann eine Behandlung bewirken? (vollständige Heilung? Verbesserung der LQ?)</li> <li>➤ Welche Behandlung oder Unterstützung wurdien Sie gerne anbieten?</li> <li>➤ Was würde Ihnen helfen, eine Behandlung anzubieten, die Sie selbst als angemessen empfinden wurdien?</li> </ul>	<p><b>Abschlussrunde:</b></p> <p><b>Behandlungsziel, Bedürfnisse und Erwartungen</b></p>
<p>Wir möchten uns bei Ihnen ganz herzlich für die Teilnahme am Gespräch danken. Wir haben viele interessante Hinweise und Einschätzungen von Ihnen erhalten!</p> <p>Zum Abschluss möchte ich noch einmal nachfragen, ob Ihrer Meinung nach in unserem Gespräch alle wichtigen Aspekte angesprochen wurden. Fällt jemandem noch etwas Wichtiges ein, was bisher zu kurz gekommen ist? Oder hat jemand von Ihnen das Gefühl, bisher nicht richtig zu Wort gekommen zu sein und möchte noch Einschätzungen aus seiner Perspektive ergänzen?</p>	<p><b>Schlussfrage: an alles gedacht?</b></p>

---

# Fragebogen

Harninkontinenz bei Frauen in der  
Fehmarnbelt-Region

Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten in  
Deutschland und Dänemark

---



**Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen,  
an unserer Befragung teilzunehmen!**

---

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen, die Sie als Allgemeinmediziner/-in oder Hausarzt/-ärztin mit Harninkontinenz bei Frauen (18 Jahre oder älter) gemacht haben.

Auch wenn Harninkontinenz in Ihrem ärztlichen Alltag ein eher seltenes Thema sein sollte, bitten wir Sie herzlich, diesen Fragebogen auszufüllen!

Sie werden ca. 10-15 Minuten benötigen, um die Fragen zu beantworten.

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an, falls nichts anderes angegeben ist.

---

**Möchten Sie mehr über unsere Studie erfahren?  
Dann melden Sie sich bitte bei uns!**

---

Susanne Elsner

Tel: 0451/500-3857

Jessica Lückert

Tel: 0451/500-3857

Dr. Martina Jürgensen

Tel: 0451/500-3858

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Universität zu Lübeck

Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck

E-mail: [info-luts@uksh.de](mailto:info-luts@uksh.de)

---

---

Unsere Fragen beziehen sich auf das Thema Harninkontinenz bei weiblichen Patientinnen ab 18 Jahren, die zu Ihnen in die Sprechstunde kommen.

Patientinnen, die Sie zu Hause oder in Pflegeheimen besuchen, sollen bei der Beantwortung der Fragen bitte nicht berücksichtigt werden.

---

**1** Bitte schätzen Sie: Wie viel Prozent der Frauen, die Sie in Ihrer Praxis sehen, haben Symptome der Harninkontinenz?

\_\_\_\_\_ %

**2** Wie häufig wird das Thema Harninkontinenz in Ihrem Praxisalltag entweder von Ihnen oder von den Patientinnen angesprochen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nie

Immer

**3** Benötigen Sie einen besonderen Anlass, um Frauen während der Sprechstunde nach Harninkontinenz zu fragen?

- Ja, ich benötige einen besonderen Anlass
- Nein, ich frage regelmäßig jede Frau
- Nein, ich frage nie nach Harninkontinenz



**4** Was hält Sie möglicherweise davon ab, Frauen in der Sprechstunde nach Harninkontinenz zu fragen?  
(Mehrfachantworten möglich)

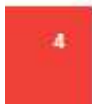
<input type="checkbox"/>	Zeitliche Gründe
<input type="checkbox"/>	Finanzielle Gründe (Budgetierung, Erstattung)
<input type="checkbox"/>	Die Frage gehört nicht zu meinen Routinefragen
<input type="checkbox"/>	Mangel an geeigneten Situationen oder speziellen Anlässen
<input type="checkbox"/>	Ich fühle mich unwohl dabei, nach Harninkontinenz zu fragen
<input type="checkbox"/>	Frauen fühlen sich evtl. unwohl, wenn sie nach Harninkontinenz gefragt werden
<input type="checkbox"/>	Es handelt sich um eine neue Patientin
<input type="checkbox"/>	Frauen haben das Recht, <u>nicht</u> über alles zu sprechen
<input type="checkbox"/>	Anderer Grund: Welcher? _____
<input type="checkbox"/>	Mich hält nichts davon ab, Frauen während der Sprechstunde nach Harninkontinenz zu fragen

**5** Wie leicht fällt es Ihnen, Frauen nach Harninkontinenz zu fragen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sehr leicht											Sehr schwer

**6** Bitte schätzen Sie: Wie wohl bzw. unwohl fühlen Frauen sich dabei, das Thema Harninkontinenz in der Sprechstunde anzusprechen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Gar nicht unwohl											Sehr unwohl



**7** Was meinen Sie: Wer sollte das Thema Harninkontinenz in der Sprechstunde ansprechen? (Bitte setzen Sie nur ein Kreuz.)

<input checked="" type="checkbox"/>	Arzt, Ärztin
<input type="checkbox"/>	Patientin

**8** Was meinen Sie: Wer sollte hauptsächlich für das Management der Harninkontinenz bei Frauen verantwortlich sein? (Bitte setzen Sie nur ein Kreuz.)

<input checked="" type="checkbox"/>	Allgemeinmediziner/-in, Hausarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Gynäkologe/-in
<input checked="" type="checkbox"/>	Urologe/-in
<input type="checkbox"/>	gynäkologische Abteilung im Krankenhaus
<input checked="" type="checkbox"/>	nicht-ärztliches Personal (Arzthelferin, Krankenschwester)
<input type="checkbox"/>	Andere: Welche? _____

**9** Für wie geeignet halten Sie Miktionstagebücher als diagnostisches Instrument bei Frauen mit Harninkontinenz?

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

**10** Bei wie vielen Prozent der Frauen, bei denen Sie erstmalig Harninkontinenz diagnostiziert haben, setzen Sie ein Miktionstagebuch ein?

_____ %
Nicht zutreffend (keine Patientinnen mit neu diagnostizierter Harninkontinenz in der Sprechstunde)

5

**11** Für wie geeignet halten Sie eine physiotherapeutische Einweisung in Beckenbodentraining zur Linderung der Harninkontinenz-Symptome?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gar nicht geeignet

Sehr geeignet

**12** Wie viel Prozent der Frauen, bei denen Sie erstmalig Harninkontinenz diagnostiziert haben, verschreiben Sie Physiotherapie (Beckenbodentraining)?

\_\_\_\_\_ %

Nicht zutreffend (keine Patientinnen mit neu diagnostizierter Harninkontinenz in der Sprechstunde)

**13** Für wie geeignet halten Sie Anticholinergika und Spasmolytika, um die Symptome einer Drang- oder Mischinkontinenz zu lindern?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gar nicht geeignet

Sehr geeignet

**14** Wie viel Prozent der Frauen mit Harninkontinenz haben Sie in den letzten 6 Monaten Anticholinergika oder Spasmolytika neu verschrieben, bevor Sie sie zu einem Spezialisten oder einer Spezialistin überwiesen haben?

\_\_\_\_\_ %

Nicht zutreffend (keine Patientinnen mit neu diagnostizierter Harninkontinenz in der Sprechstunde)

**15** Wie zufrieden sind Sie mit dem in Ihrer Praxis angebotenen Harninkontinenz-Management für Ihre Patientinnen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gar nicht zufrieden

Sehr zufrieden

**16** Wie zufrieden sind Ihrer Einschätzung nach Ihre Patientinnen mit dem in Ihrer Praxis angebotenen Harninkontinenz-Management?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gar nicht zufrieden

Sehr zufrieden

**17** Welche der folgenden Gründe beeinträchtigen Ihrer Meinung nach eine adäquate Behandlung von Frauen mit Harninkontinenz in Ihrer Praxis? (Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/>	Viele Frauen haben zusätzliche Erkrankungen, die schwerwiegender sind.
<input type="checkbox"/>	Viele Frauen zeigen eine schlechte Compliance.
<input type="checkbox"/>	Ich halte den diagnostischen Aufwand für Harninkontinenz für zu zeitaufwendig.
<input type="checkbox"/>	Ich halte die therapeutischen Möglichkeiten für unzureichend.
<input type="checkbox"/>	Ich fühle mich beim Management von Harninkontinenz unsicher.
<input type="checkbox"/>	Allgemein: Ich betreue sehr viele Patienten und Patientinnen.
<input type="checkbox"/>	Allgemein: Meine Arbeitsbelastung ist sehr hoch.
<input type="checkbox"/>	Finanzielle Gründe.
<input type="checkbox"/>	Anderer Grund: Welcher? _____
<input type="checkbox"/>	Es gibt keine Gründe, die eine adäquate Behandlung von Frauen mit Harninkontinenz in meiner Praxis beeinträchtigen.

**18** Wird Ihr Management der Harninkontinenz durch Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften beeinflusst?

<input type="checkbox"/>	Nein (bitte machen Sie mit Frage 20 weiter)
<input type="checkbox"/>	Ja Welche Leitlinie/n? _____

**19** Wie nützlich sind diese Leitlinien für Sie?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Gar nicht nützlich

Sehr nützlich

**20** Was denken Sie über die Leitlinien zur Harninkontinenz?  
(Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/>	Sie stehen nicht zur Verfügung.
<input type="checkbox"/>	Sie sind gut verfügbar.
<input type="checkbox"/>	Sie sind zu lang.
<input type="checkbox"/>	Sie sind nicht relevant.
<input type="checkbox"/>	Sie unterstützen die Beratung der Patientinnen.
<input type="checkbox"/>	Sie sind hilfreich für die klinische Entscheidungsfindung.
<input type="checkbox"/>	Sie sind nicht auf alle Frauen anwendbar.
<input type="checkbox"/>	Ich kenne die Leitlinien nicht im Detail.
<input type="checkbox"/>	Andere Meinung: Welche? _____



---

Mit den folgenden Fragen möchten wir noch einige persönliche Daten erheben.

---

**21** Jahr Ihrer Approbation:

**22** Beginn der allgemeinmedizinischen bzw. hausärztlichen Tätigkeit:

 (Jahr)

**23** In welcher Art von Praxis arbeiten Sie?

<input type="checkbox"/>	Einzelpraxis
<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft (2 Personen)
<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft (mehr als 2 Personen)
<input type="checkbox"/>	Medizinisches Versorgungszentrum

**24** Bitte schätzen Sie: Wie viel Prozent Ihrer Patientinnen sind

... jünger als 30 Jahre	<input type="text"/> %
... 30 bis 60 Jahre alt	<input type="text"/> %
... älter als 60 Jahre	<input type="text"/> %

**25** Wie viele Patientinnen und Patienten betreuen Sie (nicht die gesamte Praxis) ungefähr pro Quartal? Bitte berücksichtigen Sie alle Patienten, nicht nur diejenigen mit Harninkontinenz.

 Patientinnen und Patienten: Davon sind ca.  % Frauen.

**26** Ihr Geschlecht?

<input type="checkbox"/>	Männlich
<input type="checkbox"/>	Weiblich

---

**27** Ihr Geburtsjahr?

---

**28** Postleitzahl Ihrer Praxis?



---

# Spørgeskema

til praktiserende læger i Danmark og Tyskland,  
Femern Bælt-regionen

Erfaringer med urininkontinens blandt kvinder

---



## **Tak, fordi du tager dig tid til at deltage i denne spørgeskemaundersøgelse.**

---

De følgende spørgsmål handler om de erfaringer, du som praktiserende læge har gjort dig på området urininkontinens hos kvinder (18 år og ældre).

Vi vil bede dig om at udfylde skemaet, også selvom du i din daglige lægegerning måske kun sjældent kommer i berøring med kvindelige patienter med urininkontinens.

Vi vil bede dig om kun at give ét svar pr. spørgsmål, medmindre andet er angivet.

Det tager cirka 10-15 minutter at besvare skemaet.

---

**Hvis du vil vide mere om dette projekt, kan du kontakte os via hjemmesiden.**

---

[www.fehmarnbelt-luts.eu](http://www.fehmarnbelt-luts.eu)

---

---

Vores spørgsmål handler om urininkontinens hos kvindelige patienter fra 18 år, som konsulterer dig som læge. Ved besvarelsen af spørgsmålene skal der ikke tages højde for de patienter, du besøger i hjemmet eller på plejehjem.

---

- 1** Giv venligst en vurdering: Hvor høj en procentdel af de kvinder, du ser i din praksis, har symptomer på urininkontinens?

\_\_\_\_\_ %

- 2** Hvor ofte nævnes emnet urininkontinens i din praksishverdag – enten af dig eller dine kvindelige patienter?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aldrig					Altid					

- 3** Har du brug for en særlig anledning til at spørge ind til urininkontinens hos kvinderne under konsultationen?

<input type="checkbox"/>	Ja, jeg har brug for en særlig anledning.
<input type="checkbox"/>	Nej, jeg spørger regelmæssigt alle kvinder.
<input type="checkbox"/>	Jeg spørger aldrig ind til urininkontinens.

**4** Hvad afholder dig muligvis fra at spørge ind til kvindernes urininkontinens under konsultationen? (Sæt eventuelt flere krydser)

<input type="checkbox"/>	Tidsmæssige årsager.
<input type="checkbox"/>	Økonomiske årsager (budgettering, godtgørelse).
<input type="checkbox"/>	Spørgsmålet er ikke et rutinespørgsmål fra min side.
<input type="checkbox"/>	Mangel på passende situationer eller særlige anledninger.
<input type="checkbox"/>	Jeg har det ikke godt med at spørge ind til urininkontinens.
<input type="checkbox"/>	Kvinderne har det måske ikke godt med at blive spurgt om urininkontinens.
<input type="checkbox"/>	Der er tale om en ny patient.
<input type="checkbox"/>	Kvinder har ret til <u>ikke</u> at skulle tale om alt.
<input type="checkbox"/>	Anden årsag: Hvilken? _____
<input type="checkbox"/>	Intet afholder mig fra at spørge ind til kvindernes urininkontinens under konsultationen.

**5** Hvor let har du ved at spørge ind til urininkontinens hos kvinder?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Meget let						Meget svært				

**6** Giv venligst en vurdering: I hvor høj grad, tror du, har kvinderne det godt med/ikke godt med at nævne emnet urininkontinens under konsultationen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Har det meget godt						Har det slet ikke godt				

**7** Hvad mener du? Hvem bør tage emnet urininkontinens op under konsultationen? (Sæt kun ét kryds)

<input type="checkbox"/>	Læge
<input type="checkbox"/>	Patient

**8** Hvad mener du? Hvem bør hovedsageligt være ansvarlig for håndteringen af urininkontinens hos kvinder? (Sæt kun ét kryds)

<input type="checkbox"/>	Praktiserende læge
<input type="checkbox"/>	Gynækolog
<input type="checkbox"/>	Urolog
<input type="checkbox"/>	Gynækologisk afdeling på sygehus
<input type="checkbox"/>	Ikke-lægeligt personale (klinikassistent, sygeplejerske)
<input type="checkbox"/>	Andre: Hvem? _____

**9** Hvor egnede er væske-vandladningskemaer efter din mening som redskab til at diagnosticere kvinder med urininkontinens?

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10
Slet ikke egnede											Meget egnede										

**10** Til hvor mange procent af de kvinder, som du diagnosticerer urininkontinens hos for første gang, anvender du et væske-vandladningskema?

<input type="text"/>	%
Jeg har ikke haft kvindelige patienter, som jeg har givet diagnosen urininkontinens.	

**11** Hvor egnet er instruktion i bækkenbundstræning givet af en fysioterapeut efter din mening til lindring af urininkontinens-symptomer?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Slet ikke egnet

Meget egnet

**12** Til hvor mange procent af de kvinder, som du diagnosticerer med urininkontinens for første gang, ordinerer du fysioterapeutisk bækkenbundstræning?

\_\_\_\_\_ %

Jeg har ikke haft kvindelige patienter, som jeg har givet diagnosen urininkontinens.

**13** Hvor egnet er antikolinergikum og spasmolytikum efter din mening til lindring af symptomerne på en urge- eller blandingsinkontinens?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Slet ikke egnet

Meget egnet

**14** Til hvor mange procent af kvinderne med urininkontinens har du inden for de seneste 6 måneder nyordineret antikolinergikum eller spasmolytikum, inden du har henvist dem til en speciallæge?

\_\_\_\_\_ %

Jeg har ikke inden for de sidste 6 måneder haft kvindelige patienter, som jeg har givet diagnosen urininkontinens.

**15** Hvor tilfreds er du med den håndtering af urininkontinens, din praksis tilbyder til kvinder?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Slet ikke tilfreds

Meget tilfreds

**16** Hvor tilfredse, tror du, dine kvindelige patienter er med den håndtering af urininkontinens, din praksis tilbyder?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Slet ikke tilfreds

Meget tilfreds

**17** Hvilke af de følgende årsager har efter din mening indflydelse på en tilstrækkelig behandling af kvinder med urininkontinens i din praksis? (Sæt eventuelt flere krydser)

<input type="checkbox"/>	Mange kvinder har lidelser, som er mere alvorlige.
<input type="checkbox"/>	Mange kvinder har en dårlig compliance.
<input type="checkbox"/>	Efter min mening er de diagnostiske ressourcer, der kræves ved urininkontinens, for tidskrævende.
<input type="checkbox"/>	Efter min mening er de terapeutiske muligheder ikke tilstrækkelige.
<input type="checkbox"/>	Jeg føler mig usikker i forbindelse med håndteringen af urininkontinens.
<input type="checkbox"/>	Generelt: Jeg har rigtig mange patienter.
<input type="checkbox"/>	Generelt: Min arbejdsbelastning er meget høj.
<input type="checkbox"/>	Økonomiske årsager.
<input type="checkbox"/>	Andre årsager: Hvilke? _____
<input type="checkbox"/>	Der er intet i vejen for en tilstrækkelig behandling i min praksis af kvinder med urininkontinens.

**18** Påvirkes din håndtering af urininkontinens af vejledninger fra medicinske fagselskaber?

<input type="checkbox"/>	Nej (spring til spørgsmål 20)
<input type="checkbox"/>	Ja Hvilke(n) vejledning(er)? _____

**19****Hvor nyttige er disse vejledninger for dig?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Slet ikke nyttige

Meget nyttige

**20****Hvad synes du om vejledningerne for urininkontinens?  
(Sæt eventuelt flere krydser)**

<input type="checkbox"/>	Der er ikke adgang til nogen.
<input type="checkbox"/>	Adgangen til dem er god.
<input type="checkbox"/>	De er for lange.
<input type="checkbox"/>	De er ikke relevante.
<input type="checkbox"/>	De understøtter rådgivningen af patienterne.
<input type="checkbox"/>	De hjælper i forbindelse med den kliniske beslutningstagning.
<input type="checkbox"/>	De kan ikke anvendes på alle kvinder.
<input type="checkbox"/>	Jeg kender ikke detaljerne i vejledningerne.
<input type="checkbox"/>	Anden holdning: Hvilken? _____

---

Ved hjælp af nedenstående spørgsmål ønsker vi at indsamle en række personlige informationer.

---

**21** Årstal for din autorisation:

\_\_\_\_\_

**22** Påbegyndelse af gerning som praktiserende læge:

\_\_\_\_\_ (Årstal)

**23** Hvilken slags praksis arbejder du i?

Solopraksis

Kompagniskabspraksis med 2 læger

Kompagniskabspraksis med flere end 2 læger

Samarbejdspraksis med 2 læger

Samarbejdspraksis med flere end 2 læger

**24** Giv venligst en vurdering: Hvor høj en procentdel af dine kvindelige patienter er

... under 30 år \_\_\_\_\_ %

... 30 til 60 år \_\_\_\_\_ %

... over 60 år \_\_\_\_\_ %

**25** Hvor mange patienter giver du (ikke den samlede praksis) én eller anden form for lægelig ydelse i kvartalet? Her skal der tages højde for alle patienter – ikke kun patienter med urininkontinens.

\_\_\_\_\_ patienter, hvoraf ca. \_\_\_\_\_ % er kvinder.

---

**26**

Dit køn?

<input type="checkbox"/>	Mand
<input type="checkbox"/>	Kvinde

---

**27**

Dit fødselsår?

---

**28**

Postnummer på din praksis?



## False Discovery Rate

p-Werte sortiert	Rang	d	Anzahl p-Werte	Grenze	FDR-Signifikant?
0,001	1	0,05	237	0,000211	FALSCH
0,001	2			0,0004219	FALSCH
0,001	3			0,0006329	FALSCH
0,001	4			0,0008439	FALSCH
0,001	5			0,0010549	WAHR
0,001	6			0,0012658	WAHR
0,001	7			0,0014768	WAHR
0,001	8			0,0016878	WAHR
0,001	9			0,0018987	WAHR
0,001	10			0,0021097	WAHR
0,001	11			0,0023207	WAHR
0,001	12			0,0025316	WAHR
0,001	13			0,0027426	WAHR
0,001	14			0,0029536	WAHR
0,001	15			0,0031646	WAHR
0,001	16			0,0033755	WAHR
0,001	17			0,0035865	WAHR
0,001	18			0,0037975	WAHR
0,001	19			0,0040084	WAHR
0,001	20			0,0042194	WAHR
0,001	21			0,0044304	WAHR
0,001	22			0,0046414	WAHR
0,001	23			0,0048523	WAHR
0,001	24			0,0050633	WAHR
0,001	25			0,0052743	WAHR
0,001	26			0,0054852	WAHR
0,001	27			0,0056962	WAHR
0,001	28			0,0059072	WAHR
0,001	29			0,0061181	WAHR
0,001	30			0,0063291	WAHR
0,001	31			0,0065401	WAHR
0,001	32			0,0067511	WAHR
0,001	33			0,006962	WAHR
0,001	34			0,007173	WAHR
0,001	35			0,007384	WAHR
0,001	36			0,0075949	WAHR
0,001	37			0,0078059	WAHR
0,001	38			0,0080169	WAHR
0,001	39			0,0082278	WAHR
0,001	40			0,0084388	WAHR
0,001	41			0,0086498	WAHR
0,001	42			0,0088608	WAHR
0,001	43			0,0090717	WAHR
0,001	44			0,0092827	WAHR

0,001	45	0,0094937	WAHR
0,001	46	0,0097046	WAHR
0,001	47	0,0099156	WAHR
0,001	48	0,0101266	WAHR
0,001	49	0,0103376	WAHR
0,001	50	0,0105485	WAHR
0,001	51	0,0107595	WAHR
0,001	52	0,0109705	WAHR
0,001	53	0,0111814	WAHR
0,001	54	0,0113924	WAHR
0,001	55	0,0116034	WAHR
0,001	56	0,0118143	WAHR
0,001	57	0,0120253	WAHR
0,002	58	0,0122363	WAHR
0,002	59	0,0124473	WAHR
0,002	60	0,0126582	WAHR
0,003	61	0,0128692	WAHR
0,003	62	0,0130802	WAHR
0,003	63	0,0132911	WAHR
0,004	64	0,0135021	WAHR
0,005	65	0,0137131	WAHR
0,005	66	0,0139241	WAHR
0,005	67	0,014135	WAHR
0,005	68	0,014346	WAHR
0,006	69	0,014557	WAHR
0,006	70	0,0147679	WAHR
0,007	71	0,0149789	WAHR
0,007	72	0,0151899	WAHR
0,008	73	0,0154008	WAHR
0,010	74	0,0156118	WAHR
0,011	75	0,0158228	WAHR
0,012	76	0,0160338	WAHR
0,013	77	0,0162447	WAHR
0,013	78	0,0164557	WAHR
0,014	79	0,0166667	WAHR
0,014	80	0,0168776	WAHR
0,015	81	0,0170886	WAHR
0,016	82	0,0172996	WAHR
0,016	83	0,0175105	WAHR
0,017	84	0,0177215	WAHR
0,017	85	0,0179325	WAHR
0,018	86	0,0181435	WAHR
0,018	87	0,0183544	WAHR
0,019	88	0,0185654	FALSCH
0,019	89	0,0187764	FALSCH
0,021	90	0,0189873	FALSCH
0,021	91	0,0191983	FALSCH

0,023	92	0,0194093	FALSCH
0,024	93	0,0196203	FALSCH
0,026	94	0,0198312	FALSCH
0,026	95	0,0200422	FALSCH
0,027	96	0,0202532	FALSCH
0,028	97	0,0204641	FALSCH
0,028	98	0,0206751	FALSCH
0,029	99	0,0208861	FALSCH
0,030	100	0,021097	FALSCH
0,032	101	0,021308	FALSCH
0,035	102	0,021519	FALSCH
0,037	103	0,02173	FALSCH
0,037	104	0,0219409	FALSCH
0,038	105	0,0221519	FALSCH
0,043	106	0,0223629	FALSCH
0,051	107	0,0225738	FALSCH
0,055	108	0,0227848	FALSCH
0,056	109	0,0229958	FALSCH
0,060	110	0,0232068	FALSCH
0,060	111	0,0234177	FALSCH
0,061	112	0,0236287	FALSCH
0,065	113	0,0238397	FALSCH
0,068	114	0,0240506	FALSCH
0,070	115	0,0242616	FALSCH
0,071	116	0,0244726	FALSCH
0,071	117	0,0246835	FALSCH
0,073	118	0,0248945	FALSCH
0,082	119	0,0251055	FALSCH
0,092	120	0,0253165	FALSCH
0,095	121	0,0255274	FALSCH
0,098	122	0,0257384	FALSCH
0,104	123	0,0259494	FALSCH
0,113	124	0,0261603	FALSCH
0,115	125	0,0263713	FALSCH
0,123	126	0,0265823	FALSCH
0,128	127	0,0267932	FALSCH
0,135	128	0,0270042	FALSCH
0,139	129	0,0272152	FALSCH
0,144	130	0,0274262	FALSCH
0,149	131	0,0276371	FALSCH
0,150	132	0,0278481	FALSCH
0,152	133	0,0280591	FALSCH
0,157	134	0,02827	FALSCH
0,166	135	0,028481	FALSCH
0,171	136	0,028692	FALSCH
0,177	137	0,028903	FALSCH
0,195	138	0,0291139	FALSCH

0,201	139	0,0293249	FALSCH
0,203	140	0,0295359	FALSCH
0,203	141	0,0297468	FALSCH
0,206	142	0,0299578	FALSCH
0,207	143	0,0301688	FALSCH
0,215	144	0,0303797	FALSCH
0,217	145	0,0305907	FALSCH
0,222	146	0,0308017	FALSCH
0,229	147	0,0310127	FALSCH
0,234	148	0,0312236	FALSCH
0,243	149	0,0314346	FALSCH
0,250	150	0,0316456	FALSCH
0,257	151	0,0318565	FALSCH
0,260	152	0,0320675	FALSCH
0,264	153	0,0322785	FALSCH
0,275	154	0,0324895	FALSCH
0,278	155	0,0327004	FALSCH
0,289	156	0,0329114	FALSCH
0,298	157	0,0331224	FALSCH
0,307	158	0,0333333	FALSCH
0,312	159	0,0335443	FALSCH
0,317	160	0,0337553	FALSCH
0,335	161	0,0339662	FALSCH
0,336	162	0,0341772	FALSCH
0,345	163	0,0343882	FALSCH
0,355	164	0,0345992	FALSCH
0,357	165	0,0348101	FALSCH
0,368	166	0,0350211	FALSCH
0,382	167	0,0352321	FALSCH
0,384	168	0,035443	FALSCH
0,407	169	0,035654	FALSCH
0,412	170	0,035865	FALSCH
0,413	171	0,0360759	FALSCH
0,431	172	0,0362869	FALSCH
0,443	173	0,0364979	FALSCH
0,443	174	0,0367089	FALSCH
0,448	175	0,0369198	FALSCH
0,452	176	0,0371308	FALSCH
0,454	177	0,0373418	FALSCH
0,457	178	0,0375527	FALSCH
0,471	179	0,0377637	FALSCH
0,488	180	0,0379747	FALSCH
0,498	181	0,0381857	FALSCH
0,512	182	0,0383966	FALSCH
0,523	183	0,0386076	FALSCH
0,526	184	0,0388186	FALSCH
0,531	185	0,0390295	FALSCH

0,532	186	0,0392405	FALSCH
0,537	187	0,0394515	FALSCH
0,555	188	0,0396624	FALSCH
0,558	189	0,0398734	FALSCH
0,564	190	0,0400844	FALSCH
0,564	191	0,0402954	FALSCH
0,584	192	0,0405063	FALSCH
0,592	193	0,0407173	FALSCH
0,602	194	0,0409283	FALSCH
0,612	195	0,0411392	FALSCH
0,616	196	0,0413502	FALSCH
0,629	197	0,0415612	FALSCH
0,636	198	0,0417722	FALSCH
0,644	199	0,0419831	FALSCH
0,646	200	0,0421941	FALSCH
0,651	201	0,0424051	FALSCH
0,658	202	0,042616	FALSCH
0,677	203	0,042827	FALSCH
0,677	204	0,043038	FALSCH
0,687	205	0,0432489	FALSCH
0,701	206	0,0434599	FALSCH
0,712	207	0,0436709	FALSCH
0,717	208	0,0438819	FALSCH
0,717	209	0,0440928	FALSCH
0,720	210	0,0443038	FALSCH
0,731	211	0,0445148	FALSCH
0,733	212	0,0447257	FALSCH
0,752	213	0,0449367	FALSCH
0,777	214	0,0451477	FALSCH
0,788	215	0,0453586	FALSCH
0,793	216	0,0455696	FALSCH
0,805	217	0,0457806	FALSCH
0,834	218	0,0459916	FALSCH
0,853	219	0,0462025	FALSCH
0,862	220	0,0464135	FALSCH
0,866	221	0,0466245	FALSCH
0,869	222	0,0468354	FALSCH
0,876	223	0,0470464	FALSCH
0,882	224	0,0472574	FALSCH
0,895	225	0,0474684	FALSCH
0,916	226	0,0476793	FALSCH
0,924	227	0,0478903	FALSCH
0,938	228	0,0481013	FALSCH
0,938	229	0,0483122	FALSCH
0,939	230	0,0485232	FALSCH
0,945	231	0,0487342	FALSCH
0,950	232	0,0489451	FALSCH

0,956	233	0,0491561	FALSCH
0,961	234	0,0493671	FALSCH
0,963	235	0,0495781	FALSCH
0,987	236	0,049789	FALSCH
0,988	237	0,05	FALSCH



## **8. Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei meiner Doktormutter Frau Priv.-Doz. Dr. Annika Waldmann für ihre Freundlichkeit, Unterstützung und Geduld bedanken, die sie mir bei der Betreuung der Doktorarbeit entgegengebracht hat. Ihre inhaltlichen und methodischen Anregungen und Vorschläge haben diese Arbeit wesentlich mitgestaltet.

Bedanken möchte ich mich auch ganz besonders bei Frau Dr. Martina Jürgensen, die immer ein offenes Ohr für mich hatte und deren Ratschläge und konstruktive Kritik maßgeblich zur Fertigstellung der Arbeit beigetragen haben.

Ich möchte außerdem Frau Dr. Nora Eisemann für die Beantwortung statistischer Fragen sowie meinem Kollegen Herrn Dr. Joachim Hübner für das Lesen und Kommentieren einzelner Passagen der Arbeit herzlich danken.

Herrn Prof. Dr. Alexander Katalinic danke ich für die Möglichkeit der Mitarbeit hier im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, so auch in der LUTS-Studie. Und schließlich danke ich auch Herrn Prof. Dr. Heiner Raspe, der mich 2009 als wissenschaftliche Mitarbeiterin eingestellt hat – so hat alles seinen Anfang genommen.

Viele Kolleginnen und Kolleginnen aus dem Institut haben mich ermuntert, motiviert, aufgebaut und immer wieder mal nach dem Stand der Fertigstellung gefragt, auch dieses entgegengebrachte Interesse hat mir geholfen und mich unterstützt!

Bedanken möchte ich mich vor allem auch bei Olli, Rebecca und Johannes für die Ablenkungen und die schöne Zeit, die wir gemeinsam verbringen können. Ich bin sehr froh und glücklich, euch zu haben!

Meinem Mann möchte ich an dieser Stelle zudem für das Korrekturlesen danken.

Last but not least danke ich meinen Eltern und meinen beiden Schwestern, die immer ganz selbstverständlich für mich da sind.

## 9. Lebenslauf

### Susanne Antonie Elsner

Geburtsdatum: 02.02.1974  
Geburtsort: Weißenburg i. Bay.  
Familienstand: verheiratet,  
zwei Kinder (geboren 2011 und 2013)



### Hochschulstudium:

2002 – 2009 Studium der Sozialwissenschaften  
Hauptfach: Politikwissenschaften,  
Schwerpunkt: Statistik, Nebenfach: Neuere Geschichte,  
Universität Duisburg-Essen,  
Abschluss: Diplom  
1995 – 1998 Studium der Soziologie, Kunstgeschichte und Anglistik,  
Otto-Friedrich-Universität Bamberg

### Beruflicher Werdegang:

2009 bis heute Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Sozialmedizin und  
Epidemiologie der Universität zu Lübeck  
2002 bis 2009 Gesundheits- und Krankenpflegerin, Zentrale Notaufnahme,  
St. Josef Krankenhaus Moers  
1998 – 2001 Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin,  
St. Johannes Hospital Duisburg,  
Abschluss: Staatsexamen

### Zeitraum der Dissertation:

2012 – 2015 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der LUTS-Studie  
2013 – 2014 Elternzeit  
2014 – 2015 Datenauswertung  
2016 – 2018 Erstellung der Dissertation

### Publikationen:

**Elsner S**, Hagemeyer A, Bottomley C J, Finlay A Y, Salek M S, Katalinic A, Waldmann A (2018)  
Validation of the German version of the Family Reported Outcome Measure (FROM-16)© to assess  
the impact of disease on the partner or family member. Quality of Life Research today, submission id:  
QURE-D-18-00097

Schreiber Pedersen L, Lose G; Terp Høybye M, **Elsner S**, Waldmann A, Rudnicki M (2017) Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(8): 939–948.

Jürgensen M, **Elsner S**, Schreiber Pedersen L, Faust E, Hamfeld Kold ML, Lückert J, Niesel A, Rudnicki M, Waldmann A (2016). Development of a bilingual questionnaire about general practitioners' handling of female urinary incontinence. *International Journal of Healthcare and Medical Sciences* 2(5):20-27.

Faust E, Jürgensen M, **Elsner S**, Niesel A, Waldmann A (2016). Reliability of the German „LUTS-questionnaire“ for general practitioners – an evaluation of health care for women with urinary incontinence. *International Journal of Healthcare and Medical Sciences*, 2(9):48-54.

Jürgensen M, **Elsner S**, Schreiber Pedersen L, Lückert J, Faust E, Rudnicki M, Waldmann A (2015). I really thought nothing can be done“ – Help-seeking behavior among women with urinary incontinence. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 3(4):826-835. DOI: 10.5455/2320-6012.ijrms20150402.