

G. Schlömer

# Weibliche Inkontinenz: Probleme der Erfassung von Häufigkeiten und Schweregraden

*Female Incontinence: Problems with Assessment of Prevalence and Severity*

## Zusammenfassung

Inkontinenz scheint zu einem wachsenden Problem unserer Gesellschaft zu werden. Angaben über Prävalenzen und Schweregrade schwanken enorm. Valide Instrumente zur Erhebung verlässlicher Daten sind rar bzw. basieren auf unterschiedlichen Definitionen. Es ist deshalb anzunehmen, dass Angaben zu Inkontinenzraten überschätzt werden. Der folgende Artikel problematisiert dies anhand epidemiologischen Studien über die weibliche Inkontinenz.

## Schlüsselwörter

Inkontinenz · Prävalenz · Schweregrad · Frauen

## Abstract

Incontinence raises a problem of increasing relevance. Estimates of prevalence and severity are presented in a wide range. Valid assessment instruments are sparse or based on varying definitions. Therefore, existing data of incontinence rates are likely to be overestimated. To exemplify this problem, we reviewed epidemiological articles on female incontinence.

## Key words

Incontinence · prevalence · severity · females

## Einleitung

Die Problematik der weiblichen Inkontinenz wird durch die Medien und die Werbung mit Inkontinenzhilfsmitteln „salonfähig“. Die Hilfsmittel-Industrie wirbt massiv in den Medien für Inkontinenzvorlagen. Die GIH (Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e.V.) wird von „Firmen, die besondere Erfahrung auf den Gebieten der Inkontinenz-Diagnostik und -Behandlung haben“ gefördert [1] und trägt dadurch Werbestrategien und Ansichten in die Bevölkerung. Ebenso werden Kongresse der ICS (International Continence Society) von einer beeindruckenden Anzahl einschlägiger Sponsoren gefördert (z.B. <http://www.ics2002.info/>). Im British Medical Journal wurde Anfang dieses Jahres ein Artikel veröffentlicht, der sich mit den Auswirkungen pharmazeutischer Werbekampagnen auf das Krankheitsbewusstsein beschäftigt [2]. In diesem Zusammenhang wurde der Begriff „disease mongering“ geprägt. Das Arzneimitteltelegramm hat kürzlich ebenso

auf die Strategie der Pharmakonzerne hingewiesen [3]. Mechanismen der Strategie sind: die Medikalisierung normaler Lebensprozesse, die Überbetonung leichter Symptome gutartiger Erkrankungen, die Umdeutung von Risikofaktoren zu Krankheiten und das Überzeichnen von Krankheitshäufigkeiten.

In diesem Sinne wird nach einer Untersuchung der GIH jeder zweite über 50-jährige Patient, der sich in ambulanter Behandlung befindet, zu einem Harninkontinenten deklariert (bei Männern 41%, bei Frauen 65%) [1]. Nach Melchior [4] sind 3% der deutschen Bevölkerung (Altersstufe von 5 bis 64 Jahren) inkontinent, bei den 65- bis 79-Jährigen sind es 11% und bei den über 80-Jährigen 30%. Harninkontinenz wird primär als ein Problem von Frauen beschrieben: 5% der 20- bis 60-jährigen und 14,7% der über 60-jährigen Frauen wurden 1990 in Deutschland als inkontinent registriert. 1% der 20- bis 60-jährigen und 8% der über

### Institutsangaben

Universität Hamburg, IGTW-Gesundheit, Hamburg

### Korrespondenzadresse

Gabriele Schlömer, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fachrichtung Gesundheit (Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser) · Universität Hamburg, FB 13, IGTW, Fachrichtung Gesundheit · Martin-Luther-King-Platz 6 · 20146 Hamburg · E-mail: [Gabi\\_Schloemer@uni-hamburg.de](mailto:Gabi_Schloemer@uni-hamburg.de) · <http://www.chemie.uni-hamburg.de/igtw>

### Bibliografie

Gesundheitswesen 2003; 65: 115–117 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0941-3790

60-jährigen Männer sind inkontinent. Der Anteil der inkontinenten Frauen beträgt hierbei ca. 68%.

## Ziel

Das Ziel des vorliegenden Artikels ist, die Unterschiede der Definitionen und Erhebungsinstrumente zu problematisieren, die zu unterschiedlichen Angaben zur Prävalenz der Urininkontinenz führen.

## Methoden

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf eine Literaturrecherche in Medline für die Jahrgänge 1966–7/2002 mit der Suchstrategie:

1. explode „Urinary-Incontinence“/epidemiology
2. severity or frequency or episode or volume or loss
3. #1 and #2
4. women
5. #3 and #4

Weiterhin wurde im Internet mit den gleichen Begriffen nach Studien und anderen wissenschaftlichen Beiträgen gesucht. Eingeschlossen wurden Übersichtsarbeiten und prospektive Studien zu Epidemiologie und Assessmentinstrumenten der weiblichen Inkontinenz.

## Ergebnisse

### Epidemiologie

Populationsbezogene Schätzungen weisen eine breite Streuung der Inkontinenzrate bei Frauen und Männern von 1–55% auf [5]. Sandvik hat in einer Übersichtsarbeit die Prävalenz weiblicher Inkontinenz in der Bevölkerung in 13 Studien, die mindestens eine Lebensspanne von 30 Jahren untersuchten, herausgearbeitet (siehe Abb. 1). Entgegen den Trends anderer Untersuchungen [6] sind keine altersspezifischen Häufungen nachweisbar.

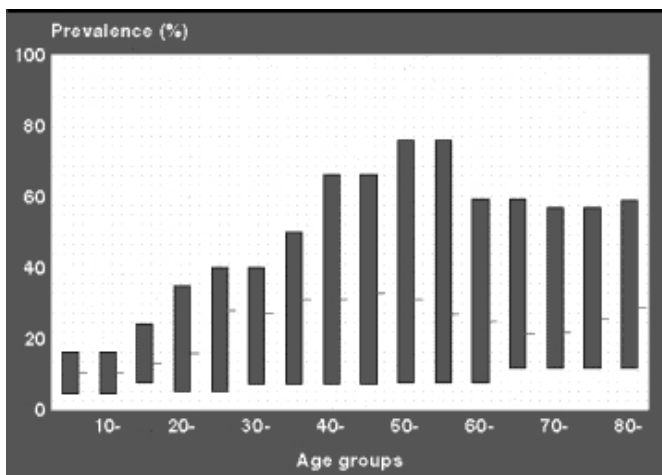


Abb. 1 Prävalenz weiblicher Urininkontinenz in der Gesamtbevölkerung in 13 verschiedenen Studien. Spannbreiten zwischen den Studien werden durch die Balken verdeutlicht, Mediane durch die horizontalen Linien. Sandvik H (2002) The epidemiology of urinary incontinence.

Ebenso werden die kausalen Zusammenhänge sowie die Risikofaktoren einer Inkontinenz kontrovers diskutiert [7, 8]. Des Weiteren scheint die Störung mit spontanen Remissionen einherzugehen. So konnten in einer amerikanischen Studie bei Frauen mit einem Lebensalter von mindestens 60 Jahren, die in der Gemeinde leben, eine jährliche Inzidenz von Inkontinenz von 20% und eine Remissionsrate von 12% nachgewiesen werden.

Gründe für diese Schwankungen in den Angaben können z.B. im Studiendesign oder in der Wahl der Studienpopulation liegen. Insbesondere können jedoch die Wahl der Instrumente zur Endpunktmessung, des Schweregrades der Inkontinenz und die Definition des Begriffs „Inkontinenz“ diese Differenzen verursachen [6].

### Definition

Die Definition des Phänomens „Inkontinenz“ der ICS von 1988: „incontinence is a condition in which involuntary urine loss is a social or hygienic problem and is objectively demonstrable“ [9] wird nicht durch die Häufigkeit der inkontinenten Episoden, deren Schweregrad oder Art spezifiziert. Dies mag zur Folge haben, dass etwa eine gelegentliche Episode der Inkontinenz wie sie z.B. bei Kälteeinwirkung in Verbindung mit körperlicher Belastung auftreten kann, zur (Selbst-)Stigmatisierung einer Person zur inkontinenten führt. Dieser „Befund“ wird unter Umständen in einer klinischen Untersuchung nicht verifiziert [10]. Durch die konsequente Anwendung der neuen Definition der ICS „urinary incontinence is the complaint of any involuntary leakage of urine“ [11] könnte es, da sie vollkommen auf objektive Anzeichen der Erkrankung verzichtet, durch eine Über- und Fehlinterpretation zu einem dramatischen Anstieg der Häufigkeiten der Diagnose Inkontinenz kommen [12].

### Erhebungsinstrumente

Meistens wird der Kontinenzstatus durch Fragen wie: „Do you ever have to rush to the toilet to pass water?“ [13] oder „Have you ever experienced urinary incontinence since the baby was born“ [14] oder „Did you ever experience loss of urine when you didn't mean to?“ [15] erfragt. Wiederholtes Befragen der Frauen kann zu divergierenden Antworten führen. Dies kann zum einen durch die unterschiedlich empfundenen und erinnerten Episoden von Inkontinenz erklärt werden; zum anderen spricht dies jedoch gegen die Validität der eingesetzten Instrumente. Erfolgt die Statuserhebung per Interview, so ist damit zu rechnen, dass die Häufigkeiten gegenüber postalisch versandten Fragebogen zunehmen [16] und dass die Interrater-Reliabilität starken Schwankungen unterliegt [13]. Oft können die Angaben der Frauen klinisch nicht verifiziert werden [6].

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Diagnose Inkontinenz ist die Feststellung des Schweregrades und somit eventuell des Grades der Beeinträchtigung, den die betroffenen Frauen erfahren. Fragen, die den Schweregrad der Inkontinenz ergründen sollen, beziehen sich auf die quantitative Messung des Urinverlustes oder der Festlegung auf Häufigkeiten des unwillkürlichen Urinabgangs. Ersteres wird durch Mengenangaben wie „Teelöffel, Suppenlöffel oder Becher voll“ [13], durch Häufigkeit des Einlagenwechsels [17] oder durch Angaben in Volumen wie „sporadische Harninkontinenz (weniger als 10 ml/h), belastende Harninkontinenz (weniger als 25 ml/h), schwere Harninkontinenz (weniger als 50 ml/h), absolute Harninkontinenz (mehr als

50 ml/h) [18] versucht zu ermitteln. Letztgenanntes wird durch Angaben zu „einmal letzte Woche/einmal oder zweimal letzte Woche/drei- oder mehrmals letzte Woche“ [15] erhoben. Die Definition einer schwerwiegenden Inkontinenz obliegt demnach zumeist den Autoren der Untersuchungen. Die Angaben zu Prävalenzen hierzu schwanken von 3,5%–22% [19]. Sandvik et al. [20] geben in ihrer Veröffentlichung eine weibliche Inkontinenzrate von ca. 29% an, wobei lediglich 6% schwer und damit behandlungsbedürftig sind.

Bislang wurde ein Instrument zur Messung des Schweregrades der Inkontinenz [17, 20] validiert, das sich kürzlich auch in einem anderen Setting bewährt hat [21]. Dieser „severity index“ besteht aus zwei Fragen. Die erste bezieht sich auf die Häufigkeit, die zweite auf die Menge des Urinabgangs. Die erhobenen Werte der ersten Frage (0–4) werden mit denen der zweiten (1–2) multipliziert, so dass Ergebnisse von 0–8 erreicht werden können. Diese werden sodann in 0 = trocken, 1–2 = leichte Inkontinenz, 3–4 = mäßige Inkontinenz und 6–8 = schwere Inkontinenz eingeteilt [20]. Der Vorteil bei diesem Instrument besteht darin, dass es nicht invasiv oder beeinträchtigend ist und trotz der Basierung auf subjektiven Antworten von Befragten gegenüber dem objektiven „Goldstandard“, dem 48-h-Einlagen-Test, gleichwertige Ergebnisse aufweist. Objektiv dargebotene Daten, die Aussagen bezüglich der Sensitivität und Spezifität dieses Instrumentes zulassen, fehlen jedoch in beiden Publikationen. Nichtsdestotrotz werden Frauen, die angeben, dass sie weniger als einmal im Monat ungewollt tröpfchenweise Urin verlieren, als (leicht) inkontinente Frauen diagnostiziert. Es ist deshalb fraglich, ob die konsequente Anwendung dieses Instruments diejenigen Frauen, die keine Probleme mit ihrem Kontinenzstatus empfinden, klar von denjenigen trennt, die so häufig Urin verlieren, dass sie die Diagnose Inkontinenz als Beschwerde (complaint) äußern und empfinden und damit das Krankheitsbild wirklich „verdienen“.

Da das Instrument in beiden Studien an hochselektierten Kollektiven (post OP wegen Inkontinenz und bei inkontinenten Patientinnen) untersucht wurde, lässt es sich nicht auf epidemiologische Untersuchungen in der Gesamtbevölkerung der Frauen übertragen. Für diese Art von Erhebung muss ein Instrument die Qualität und Intention eines diagnostischen Tests, genauer eines Screening-Tests aufweisen, um Kranke von Gesunden genau zu trennen [22].

## Fazit

Anhand dieser kurzen Literaturrecherche konnte festgestellt werden, dass die Aussagen zur Prävalenz weiblicher Inkontinenz durch die Art der Definition von Inkontinenz, der Wahl des Erhebungsinstruments und der Population determiniert ist.

Es gilt eine ärztlicherseits behandlungsbedürftige von einer nicht behandlungsbedürftigen Inkontinenz zukünftig genauer zu unterscheiden.

Bislang existiert kein validiertes Instrument, um die Inkontinenzrate von Frauen mit der wissenschaftlich erforderlichen Genauigkeit zu ermitteln. Die Standardisierungsbemühungen der ICS allein führen höchstwahrscheinlich zu einer Überinterpretation

erhobener Daten. Durch die zusätzlichen Bemühungen der Hilfsmittelindustrie und der Pharmaindustrie wird aus einem Gesundheitszustand, der „normalerweise“, d.h. bei 80% der von der Diagnose Betroffenen, keine therapeutischen Konsequenzen haben würde, ein Krankheitsbild mit hoher Prävalenz „geschaffen“. Die Folgen eines so motivierten Krankheitsbegriffs und die damit einhergehende Etikettierung Gesunder als Behandlungsbedürftige sind noch nicht absehbar. Es sollte die behandlungsbedürftige Inkontinenzrate bei Frauen durch geeignete validierte Instrumente aufgrund expliziter Definitionen erfasst werden.

## Literatur

- 1 Gesellschaft für Inkontinenzhilfe (GIH). Die Situation der Harninkontinenz in Deutschland. <http://www.gih.de/default1.htm> 6–6-2000
- 2 Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886–891
- 3 Anonymous: Sickness sells ... Pharmamarketing setzt auf veränderte Wahrnehmung von Krankheit. *Arzneimitteltelegramm* 2002; 33: 71–72
- 4 Melchior HJ. Harninkontinenz – Bedeutung für die Gesellschaft. *Gesellschaft für Inkontinenzhilfe (GIH) 2000*. Wuppertal: 12. Deutscher Kongress der GIH; 33
- 5 Fantl JA, Newman D. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. *Clinical practise guideline* 2002; No. 2: Update
- 6 Hampel C, Wienhold D, Benken N et al. Prevalence and Natural History of Female Incontinence. *Eur Urol* 1995; 32 (suppl 2): 3–12
- 7 Parazzini F, Colli E, Origgi G et al. Risk factors for urinary incontinence in women. *Eur Urol* 2000; 37: 637–643
- 8 Holtedahl K, Hunskaar S. Prevalence, 1-year incidence and factors associated with urinary incontinence: a population based study of women 50–74 years of age in primary care. *Maturitas* 1998; 28: 205–211
- 9 Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. *Scand J Uro Nephrol* 1988; 114 (suppl): 5–19
- 10 Molander U. Urinary incontinence and related urogenital symptoms in elderly women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 158: 1–22
- 11 Abrams P, Cardozo L, Fall M et al. The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Funktion: Report from the Standardisation Sub-committee fo the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 167–178
- 12 Mohide E. The prevalence and scope of urinary incontinence. *Clinical Geriatric Medicine* 1986; 2: 639–655
- 13 Yarnell JW, Voyle GJ, Richards CJ et al. The prevalence and severity of urinary incontinence in women. *J Epidemiol Community Health* 1981; 35: 71–74
- 14 Chiarelli P, Cockburn J. Promoting urinary continence in women after delivery: randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 324: 1241
- 15 Sleep J, Grant A. West Berkshire perineal management trial: three year follow up. *BMJ (Clin Res Ed)* 1987; 295: 749–751
- 16 Sibbald B, Addington-Hall J, Brenneman D et al. Telephone versus postal surveys of general practitioners: methodological considerations. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 297–300
- 17 Sandvik H, Seim A, Vanvik A et al. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighting tests. *Neurourol Urodyn* 2000; 19: 137–145
- 18 Gesellschaft für Inkontinenzhilfe (GIH). Problem Harninkontinenz. [http://www.gih.de/harn\\_inko.htm](http://www.gih.de/harn_inko.htm) 6–6-2002
- 19 Sandvik H. The epidemiology of female urinary incontinence. <http://www.uib.no/isf/people/doc/epidem.html> 6–6-2002
- 20 Sandvik H, Hunskaar S, Seim A et al. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47: 497–499
- 21 Hanley J, Capewell A, Hagen S. Validity study of the severity index, a simple measure of urinary incontinence in women. *BMJ* 2001; 322: 1096–1097
- 22 Gray JA. Evidence-based screening in the United Kingdom. *Int J Technol Assess Health Care* 2001; 17: 400–408