Universität Ulm

Institut für Allgemeinmedizin

Leiter: Prof. Dr. med. Hans-Peter Zeitler

Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis - eine praxisepidemiologische Querschnittstudie

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der

Medizin

der Universität Ulm

vorgelegt von

Christoph Johannes Röll

geboren in

Geislingen an der Steige

2011

Amtierender Dekan:	Prof. Dr. Thomas Wirth
1. Berichterstatter:	Prof. Dr. Hans-Peter Zeitler
2. Berichterstatter:	Prof. Dr. Thorsten Nikolaus
Tag der Promotion:	19.10.2012

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis III

1. Einleitung - 1 -

1.1. Definition - 1 -

1.2. Prävalenz von Obstipation und Bedeutung für das Gesundheitswesen - 3 -

1.3. Ätiologie - 4 -

1.4. Therapie - 6 -

1.5. Zielsetzung der Arbeit - 8 -

2. Material und Methoden - 9 -

2.1. Studiendesign - 9 -

2.2. Studienzentren - 9 -

2.3. Patientenauswahl - 12 -

2.4. Patientenidentifikation und –rekrutierung - 12 -

2.5. Fragebogen - 13 -

2.6. Datenerfassung - 14 -

2.7. Datenauswertung - 14 -

3. Ergebnisse - 15 -

3.1. Bezugspopulation und Quartalskontaktgruppen der einzelnen Praxen - 15 -

3.2. Gesamtzahl der dokumentierten Patientenkontakte und Ausschluss von Patienten und Praxen - 16 -

3.3. Anzahl der ausgewerteten Patientenkontakte pro Praxis und Quartal und deren relative Häufigkeit in der Bezugspopulation - 17 -

3.4. Geschlechtsverteilung und Altersstruktur - 18 -

3.5. Berufsstatus - 18 -

3.6. Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch - 19 -

3.7. Beschwerdedauer zum Zeitpunkt des Arztkontaktes - 19 -

3.8. Ursachen nach Ansicht der Patienten ..... - 21 -
3.9. Stuhlfrequenz ..... - 22 -
3.10. Stuhlkonsistenz ..... - 24 -
3.11. Begleitsymptome ..... - 25 -
3.12. Körperliche Untersuchung ..... - 26 -
3.13. Relevante Komorbiditäten und Begleitumstände ..... - 27 -
3.14. Relevante Medikation ..... - 30 -
3.15. Kausalität nach Einschätzung der teilnehmenden Ärzte ..... - 31 -
3.16. Diagnose ..... - 32 -
3.17. Weiteres Vorgehen ..... - 33 -
3.18. Therapie ..... - 34 -
4. Diskussion ..... - 36 -
4.1. Kritische Zusammenfassung der Ergebnisse ..... - 36 -
4.2. Methodenkritik ..... - 39 -
4.3. Diskussion der Ergebnisse ..... - 42 -
4.4. Schlussfolgerung ..... - 52 -
5. Zusammenfassung ..... - 53 -
6. Literaturverzeichnis ..... - 55 -
Anhang ..... - 60 -

Abkürzungsverzeichnis

n	Anzahl der Beobachtungen
NAMCS	National Ambulatory Medical Care Survey
	➔ Datenbank, im Rahmen derer Daten über den von niedergelassenen Ärzten versorgten ambulanten medizinischen Sektor in den USA gesammelt werden
NDTI	National Disease and Therapeutic Index
	➔ Datenbank, im Rahmen derer vierteljährlich in den USA über einen Zeitraum von 48 Stunden Daten über alle Patientenkontakte von 4000 niedergelassenen Ärzten gesammelt werden.
NHAMCS	National Hospital Ambulatory Care Survey
	➔ Datenbank, im Rahmen derer Daten über den von Klinikambulanzen versorgten ambulanten medizinischen Sektor in den USA gesammelt werden
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
o.n.A.	ohne nähere Angabe
PNP	Polyneuropathie
Z.n.	Zustand nach

1. Einleitung

Schon seit jeher spielt der regelmäßige oder unregelmäßige Stuhlgang eine große Rolle im Leben der Menschen. Dies zeigt Christoph Mörgeli, Professor am Institut für Geschichte der Medizin an der Universität Zürich, in seinem 1997 im NZZ Folio erschienenen Artikel „Hüter des Afters“ in überzeugender Weise auf. So berichtet er, dass bereits im Jahre 1550 vor Christus auf einer ägyptischen Papyrusrolle das Wort Verstopfung ein Dutzend Mal erwähnt worden sei und auf derselben Rolle auch Ratschläge zur Behandlung nachzulesen seien. Auch werde die Verdauung seit jeher von der Menschheit als entscheidend für das körperliche und psychische Wohlbefinden betrachtet. Auf den Punkt trifft es aber der erste Satz seines Artikels, in dem er den französischen Mathematiker und Literaten Jean Le Rand d'Alembert (1717-1783) mit dem Satz „Das einzige Vergnügen im Leben ist es, jeden Morgen das Größte unserer Bedürfnisse befriedigen zu können“, zitiert. Mit dem Größten der Bedürfnisse sei die tägliche Darmentleerung gemeint [38].

1.1. Definition

Ein Problem epidemiologischer Untersuchungen zum Symptom Obstipation stellt die lange Zeit unklare und immer noch im Fluss befindliche Definition des Symptoms dar. Ärzte sind dazu geneigt, Obstipation über eine geringe Stuhlfrequenz zu definieren, wohingegen dies für Patienten eher eine untergeordnete Rolle spielt. Für diese sind bezüglich der Definition weniger die Stuhlfrequenz, sondern vor allem die Stuhlkonsistenz und Begleitsymptome wie zum Beispiel vermehrtes Pressen beim Stuhlgang oder Schmerzen bei der Defäkation von Bedeutung [20]. Diese Tatsache berücksichtigen die 1992 in ihrer ersten Version veröffentlichen Rome-Kriteren zur Diagnose von funktionellen Störungen des Gastrointestinaltraktes. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung für die vorliegende Untersuchung stellten die Rome-II-Kriterien die aktuellste Fassung dar. Hier wurde Obstipation folgendermaßen definiert:

Vorhandensein von zwei der folgenden Symptome für mehr als drei Monate bei mindestens 25% der Defäkationen innerhalb der letzten 12 Monate:

- Pressen beim Stuhlgang
- klumpiger oder harter Stuhl
- Gefühl der unvollständigen Entleerung
- Gefühl einer anorektalen Obstruktion oder Blockade
- manuelle Hilfsmanöver
- weniger als drei Stuhlentleerungen pro Woche

Außerdem dürfen die Kriterien für ein Reizdarmsyndrom nicht erfüllt sein [48].

Für die tägliche Praxis spielen diese Kriterien allerdings keine allzu große Rolle, wie in verschiedenen Studien gezeigt werden konnte [2, 49]. Dies war neben dem Vorhandensein neuer Untersuchungsmethoden und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse bezüglich funktioneller Beschwerden des Gastrointestinaltraktes der Grund dafür, diese Kriterien im Jahr 2006 zu modifizieren. Eine wesentliche Änderung in den nun gültigen Rome-III-Kriterien besteht in der Verkürzung der Zeiträume, während derer die genannten Symptome auftreten müssen [10]. Dennoch ist diese Definition nicht umfassend, da sie nur eine chronische funktionelle Obstipation berücksichtigt, akut auftretende und nicht funktionelle Beschwerden sind nicht beinhaltet.

Die wohl umfassendste und am ehesten praktikable Definition stammt von Erckenbrecht, der Obstipation sehr allgemein als „subjektiven Eindruck, den Darminhalt nicht in adäquater Häufigkeit, ausreichender Menge, der notwendigen Konsistenz oder nur unter Beschwerden ausscheiden zu können“, beschreibt [12].

Nicht nur die Stuhlfrequenz zur Definition der Obstipation heranzuziehen ist jedoch kein neuer Ansatz. Bereits in seinem 1919 in zweiter Auflage herausgegebenen Buch „Constipation and allied intestinal disorders“ [30] definiert Albert F. Hurst Obstipation neben einer geringen Stuhlfrequenz auch über eine harte Stuhlkonsistenz und eine verminderte Quantität der Entleerung. Er wirft außerdem die Frage auf, was unter normaler Stuhlfrequenz verstanden werden soll und stellt fest, dass auch Personen mit einer sehr geringen Stuhlfrequenz sich in perfektem Gesundheitszustand befinden können [30]. Dies unterstreicht den nicht allzu

hohen Stellenwert der Stuhlfrequenz zur Definition und auch zum individuellen Empfinden von Obstipation.

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass lediglich ein Drittel der Patienten, die unter Obstipation leiden, einen Arzt diesbezüglich konsultiert [9], ist es von besonderem Interesse, die Begleitsymptome, Stuhlkonsistenz und –frequenz der Patienten zu erfassen, die den Arzt aufgrund ihrer Stuhlverstopfung aufsuchen. Dies lässt indirekt Rückschlüsse auf die individuelle Definition der Patienten von Obstipation zu und gibt Hinweise auf Determinanten, die Patienten dazu bewegen, den Arzt mit dem Beratungsanlass Obstipation aufzusuchen.

1.2. Prävalenz von Obstipation und Bedeutung für das Gesundheitswesen

Nicht nur, wie oben bereits beschrieben, in früheren Zeiten, sondern auch in der heutigen Zeit spielt die Obstipation eine bedeutende Rolle, auch wenn das Symptom häufig als Banalität oder Normalität im fortgeschrittenen Lebensalter betrachtet wird [36]. So wurden in der Allgemeinbevölkerung Prävalenzraten von bis zu 29,5% ermittelt [17], wobei durchaus, unter anderem auch abhängig von Definition und Studiendesign, eine deutliche Variationsbreite festzustellen ist [21]. Aber auch im System professioneller Gesundheitsfürsorge tritt das Symptom häufig auf. Dies untersuchten unter anderem Sonnenberg et al., die Daten des National Disease and Therapeutic Index (NDTI), in dem seit 1958 die Häufigkeit von Arztkonsultationen für verschiedene Krankheitsbilder in den USA erfasst werden, verwendeten. Für den Zeitraum zwischen 1958 und 1989 ergab sich hier für die Obstipation eine Prävalenz von 1,2% [44]. Eine ähnliche Studie führten Shah et al. für die Jahre zwischen 1993 und 2004 durch. Hierbei zeigte sich, dass zwischen 2001 und 2004 0,72% der ambulanten Arztkontakte in den USA in diesem Zeitraum aufgrund des Symptoms Obstipation zustande kamen. Insgesamt war das Symptom Obstipation in den USA in den Jahren 2001 bis 2004 laut dieser Studie für fast 8 Millionen ambulante Arztkonsultationen verantwortlich und das mit steigender Tendenz [43]. Die durch das Symptom Obstipation in den Vereinigten Staaten verursachten direkten medizinischen Kosten von 235 Millionen Dollar jährlich sind durchaus beträchtlich [35]. Als Grundlage für die

Studie von Shah et al. dienten Daten des National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS) und des National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS), welche sowohl Ärzte aller niedergelassenen Fachgruppen als auch Klinikambulanzen und Notaufnahmen einschließen. Ähnlich der Studie von Sonnenberg et al. fielen auch hier zwischen 33,4% (2001-2004) und 41,3% (1993-1996) der Fälle auf die in der vorliegenden Studie untersuchten Hausarztpraxen. Als Einschlusskriterium galt entweder eine Verschlüsselung der Diagnose Obstipation im Rahmen der Konsultation oder die Angabe, dass der Besuchsgrund des Patienten das Symptom Obstipation war. Somit beruhen die Einschlusskriterien im Gegensatz zur Studie von Sonnenberg et al. nicht allein auf der Diagnose des Arztes, sondern auch auf dem individuellen Empfinden des Patienten [43, 44]. Welche Rolle das Symptom Obstipation im deutschen Gesundheitswesen und hier vor allem im Primärversorgungsbereich spielt wurde bisher nicht untersucht.

1.3. Ätiologie

Die Frage nach den Ursachen und Folgen von Obstipation stellen sich die Menschen wahrscheinlich schon genauso lange, wie sie sich mit dem Thema Verdauung beschäftigen.

Frau Fischer-Dückelmann nennt in ihrem Buch „Die Frau als Hausärztin“, das nach der ersten Ausgabe im Jahr 1901 in einer Millionenauflage verkauft wurde, „verschiedenste Übel, deren Entstehung man üblicherweise nicht im Darm sucht“ als Folgen von Stuhlverstopfung. Hierzu zählt sie „zahlreiche Nervenleiden, Augen- und Zahnkrankheiten, Kopfschmerzen, Gemütsdruck, usw.“ Außerdem führe Obstipation bei Frauen zum Wachstum von Geschwüren im Becken [15]. Diese Vermutungen beruhen wohl am ehesten auf Beobachtungen von Krankheiten, die häufig mit dem Symptom Obstipation zusammen auftreten, so dass es sich nicht nur wie behauptet um Folgen, sondern vielmehr auch um Ursachen der Obstipation handeln kann. So fanden Talley et al. im Jahr 2003 zum Beispiel eine besonders hohe Korrelation zwischen neurologischen Erkrankungen, und Obstipation, wobei diese Erkrankungen als Ursache zu sehen sind [47].

Zunächst einmal ist es jedoch wichtig zwischen primärer/funktioneller Obstipation und sekundärer Obstipation, die als Folge einer Grunderkrankung oder als Nebenwirkung von Medikamenten auftreten kann, zu unterscheiden. Die primäre Obstipation teilt man wiederum nach den zwei zugrunde liegenden Funktionsstörungen ein: zum einen gibt es die „slow transit constipation“, die auf verlangsamter Passage des Stuhls durch das Kolon beruht, zum anderen kann die Obstipation auch auf einer funktionellen anorektalen Obstruktion beruhen, wodurch eine Defäkationsstörung zustande kommt [13]. Die sekundäre Obstipation kann man nach ihrer Ursache folgendermaßen einteilen [11]:

1.) organische Ursachen → z.B. kolorektale Tumore, ischämisch bedingt

2.) endokrine oder metabolische Ursachen → z.B. Diabetes mellitus, Hypothyreose, chronische Niereninsuffizienz, Schwangerschaft

3.) neurologische Ursachen → z.B. Morbus Parkinson, Multiple Sklerose

4.) myogene Ursachen → z.B. Dermatomyositis

5.) anorektale Ursachen → z.B. Analfissur

6.) Medikamente → z.B. Opiate, trizyklische Antidepressiva, Eisenpräparate

7.) Ursachen, bedingt durch Ernährungsgewohnheiten und den Lebensstil

1.4. Therapie

Einen Grund für den wichtigen Stellenwert der Verdauung in der Medizin sieht Christoph Mörgeli in seinem bereits oben erwähnten Artikel darin, dass der Gastrointestinaltrakt therapeutischen Maßnahmen leicht zugänglich sei. Vor allem erwähnt er hierbei Einläufe und Klistiere, die in früheren Zeiten als „Allheilmittel“ sehr häufig verabreicht worden seien [38]. Aber auch andere Maßnahmen wurden bereits in früherer Zeit in der Therapie der Obstipation eingesetzt. So schreibt Frau Fischer-Dückelmann in ihrem Buch „Die Frau als Hausärztin“ unter dem Stichwort „Stuhlverstopfung“: „ Wenn der Stuhlgang versagt und sehr hart ist und seine Entleerung daher schwierig wird, so ist energisches Eingreifen notwendig.“ Sie empfiehlt Bauchmassagen, Gymnastik, tägliche Sitzbäder und eine Diät, die aus saftigen Früchten, Schrotbrot, täglich Salat, reichlich Öl und einer Vielzahl weiterer Nahrungsmittel bestehen soll [15]. Das Spektrum an therapeutischen Möglichkeiten hat sich mit der Zeit natürlich vor allem um die verschiedenen Laxantienklassen erweitert. Dennoch spielen auch heute noch die schon von Frau Fischer-Dückelmann propagierten Allgemeinmaßnahmen eine Rolle, auch wenn deren Wirksamkeit durchaus kritisch betrachtet werden muss [51]. In den gängigen Therapiealgorithmen stehen sie dennoch an erster Stelle vor Einleitung einer medikamentösen Therapie [46].

Bei den Laxantien unterscheidet man drei verschiedene Klassen: hydragoge Laxantien (z.B. Bisacodyl), Füll- und Quellmittel (z.B. Methylcellulose) sowie osmotisch wirksame Laxantien (z.B. Polyethylenglykol und Laktulose) [51].

Die Wirkweise der hydragogen Laxantien beruht auf einer Hemmung der Resorption von Wasser und Elektrolyten im Dickdarm, was zu einer lokalen Erhöhung der Peristaltik des betroffenen Darmabschnittes führt. Füll- und Quellmittel sind Substanzen, welche nicht resorbiert werden und deren Volumen sich durch Wasseraufnahme erhöht, was zu einer gesteigerten Peristaltik führt. Osmotisch wirksame Laxantien führen über einen osmotischen Gradienten zu einem Einstrom von Flüssigkeiten ins Darmlumen [34].

Neuere medikamentöse Therapiemodalitäten sind Prucaloprid, ein selektiver Serotoninrezeptoragonist, und Lubiprostone, welches über Aktivierung von

Chloridkanälen die intestinale Flüssigkeitssekretion erhöht, in Deutschland jedoch nicht zugelassen ist [46].

Die größte Rolle in der medikamentösen Therapie spielen jedoch aktuell die osmotisch wirksamen Laxantien [43], für die im Gegensatz zu den Füll- und Quellmitteln neuere Studien einen Wirksamkeitsnachweis erbringen konnten [6, 51], was auch für hydragoge Laxantien gegenüber Placebo gilt [3, 39].

Rund der Hälfte der Patienten, die einen Arzt aufgrund des Symptoms Obstipation aufsuchen, wird ein Laxans verschrieben [43]. Eine große Rolle spielt jedoch auch die Selbstmedikation mit frei verkäuflichen stuhlregulierenden Mitteln [36]. Harari et al. stellten in ihrer Studie fest, dass von zufällig ausgewählten Personen 6,2% der unter 40 jährigen, 17,7% der 60 bis 69 jährigen und gar 33,7% der über 80 jährigen mindestens einmal pro Monat ein Laxans einnehmen [18] .

Daten über das therapeutische Vorgehen bei Obstipationsproblemen von Hausärzten in Deutschland liegen bisher nicht vor. Hierbei ist es von besonderem Interesse, welche Rolle schon seit langem praktizierte Allgemeinmaßnahmen im Vergleich zu einer medikamentösen Behandlung spielen.

1.5. Zielsetzung der Arbeit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Stuhlgang im Allgemeinen und hierbei das Symptom Obstipation im Besonderen ein Thema ist, welches im Leben der Menschen einen hohen Stellenwert besitzt. Auf der anderen Seite gibt es jedoch in Deutschland keine Basisdaten darüber, welche Rolle dieses Symptom in der täglichen Arbeit eines hausärztlich tätigen Arztes spielt und welche Schlüsse der Arzt daraus zieht. Ebenfalls fehlen Daten über das Kollektiv, welches den Hausarzt mit diesem Symptom als Beratungsanlass konsultiert. Daher hat diese Arbeit folgende Ziele:

1.) Es soll Häufigkeit des Symptoms Obstipation als Beratungsanlass bei über 18-jährigen Patienten in hausärztlichen Praxen bezogen auf die Quartalskontaktgruppe festgestellt werden.

2.) Es sollen demographische Daten über das Kollektiv, das den Arzt mit dem Symptom Obstipation als Beratungsanlass konsultiert, erhoben werden.

3.) Es sollen die Stuhlfrequenz, die Stuhlkonsistenz, Begleitsymptome sowie relevante Begleitumstande und Medikamente der Patienten, die den Hausarzt mit dem Symptom Obstipation als Beratungsanlass aufsuchen, erfasst werden.

4.) Das diagnostische und therapeutische Verhalten der teilnehmenden Ärzte soll beschrieben werden.

2. Material und Methoden

2.1. Studiendesign

Zur Beantwortung der oben aufgeführten Fragen wurde eine prospektive multizentrische Querschnittstudie mit Hilfe eines selbst entworfenen Fragebogens in acht Hausarztpraxen (sieben Allgemeinarztpraxen, eine hausärztlich tätige internistische Praxis) durchgeführt.

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich vom 01.04.2006 bis zum 31.03.2007 (vier Quartale). Es nahmen insgesamt acht Praxen an der Erhebung teil, wobei nicht alle Praxen über den gesamten Zeitraum beteiligt waren.

Allen beteiligten Ärzten wurden das Studiendesign und die Studienziele ausführlich in persönlichen Gesprächen dargelegt. Regelmäßige Kontaktaufnahmen mit den beteiligten Praxen gewährleisteten, dass diese auch verstanden und umgesetzt wurden.

2.2. Studienzentren

Wie bereits in Punkt 2.1 erwähnt, beteiligten sich acht in der hausärztlichen Versorgung tätige Praxen (sieben Allgemeinarztpraxen, eine hausärztlich tätige internistische Praxis) an der Datenerhebung, wobei jedoch nur eine Praxis über den gesamten Zeitraum an der Studie beteiligt war. Über drei Quartale beteiligten sich drei der acht Praxen und weitere drei Praxen wirkten über jeweils ein Quartal an der Datenerhebung mit. Eine Praxis wurde von der Studie ausgeschlossen. Die Tatsache, dass nur eine Praxis über den gesamten Zeitraum beteiligt war, liegt darin begründet, dass die Studie zunächst auf drei Quartale angelegt war, jedoch aufgrund des Ausscheidens mehrerer Praxen bereits nach dem ersten Erhebungsquartal um ein Quartal verlängert wurde. Hierzu erklärte sich jedoch nur eine der beteiligten Praxen bereit. Zusätzlich zu dieser Praxis konnte noch die Praxis H für das Quartal I/07 neu rekrutiert werden.

Ein Großteil dieser Praxen war bereits an wissenschaftlichen Projekten der Universität Ulm oder anderer Universitäten beteiligt, andere Praxen sind durch die Teilnahme an Lehrveranstaltungen eng mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität Ulm verbunden. Es wurde darauf geachtet, sowohl Praxen aus ländlichen Regionen, als auch städtische Praxen an der Datenerhebung zu beteiligen. Drei der beteiligten Zentren sind als Gemeinschaftspraxis mit jeweils zwei Ärzten organisiert, fünf als Einzelpraxis.

Tabelle 1: An der Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ teilnehmende Hausarztpraxen (anonymisiert), deren Organisationsform und Umfeld.

Studienzentrum	***Organisationsstruktur***	***Umfeld***
Praxis A	Gemeinschaftspraxis mit zwei Ärzten	Stadt mit 2307 Einwohnern [28]
Praxis B	Einzelpraxis	Teilort (ca. 2000 Einwohner [24]) einer Stadt mit 41562 Einwohnern [25]
Praxis C	Gemeinschaftspraxis mit zwei Ärzten	Stadt mit 13022 Einwohnern [23]
Praxis D	Gemeinschaftspraxis mit zwei Ärzten	Stadt mit 120664 Einwohnern [29]
Praxis E	Einzelpraxis	Stadt mit 120664 Einwohnern [29]
Praxis F	Einzelpraxis	Gemeinde mit 6344 Einwohnern [26]
Praxis G	Einzelpraxis	Gemeinde mit 5690 Einwohnern [27]
Praxis H	Einzelpraxis	Teilort (ca. 11500 Einwohner [22]) einer Stadt mit 120664 Einwohnern [29]

2.3. Patientenauswahl

Es sollten alle Patienten über 18 Jahre in die Studie aufgenommen werden, die bei der Konsultation des Arztes über das Symptom „Obstipation“ klagten. Hierbei spielte es keine Rolle, ob die Konsultation während der Sprechstunde oder im Rahmen eines Hausbesuchs erfolgte. Voraussetzung für die Aufnahme in die Studie war des Weiteren das Einverständnis zur anonymen Dokumentation der erhobenen Daten.

2.4. Patientenidentifikation und –rekrutierung

Es wurden alle Patienten über 18 Jahre, die im Rahmen der Konsultation des Arztes über das Beschwerdebild Obstipation klagten, in die Studie aufgenommen. Für die Rekrutierung der Patienten waren drei verschiedene Szenarien mit folgender Vorgehensweise vorgesehen:

Szenario 1: Der Patient äußerte bereits bei der Terminvereinbarung oder der Anmeldung zu einem Sprechstundenbesuch, unter Obstipation zu leiden:

In diesem Fall bekam der Patient bereits an der Anmeldung von der Medizinischen Fachangestellten einen Patientendokumentationsbogen ausgehändigt, den er dann ins Sprechzimmer des Arztes mitnahm und mit diesem gemeinsam ausfüllte.

Szenario 2: Der Patient äußerte erst während der Konsultation wegen eines anderen Beschwerdebildes, unter Obstipation zu leiden:

Für diesen Fall wurden auch in den Sprechzimmern der Ärzte Patientendokumentationsbögen deponiert und dann bei der Äußerung des Symptoms durch den Patienten von Arzt und Patient gemeinsam ausgefüllt.

Szenario 3: Der Patient äußerte die Beschwerden während eines Hausbesuches:

Für diesen Fall wurden auch in der Hausbesuchstasche des Arztes Fragebögen deponiert und im Fall eines Beratungsanlasses zum Symptom Obstipation gemeinsam von Arzt und Patient ausgefüllt.

2.5. Fragebogen

In einem iterativen Verfahren unter Beteiligung mehrerer Fachärzte für Allgemeinmedizin wurde ein standardisierter Erhebungsbogen entworfen. Dieser wurde von den an der Studie teilnehmenden Ärzten auf Praktikabilität überprüft und für angemessen empfunden.

Mit Hilfe des Fragebogens wurden von allen Patienten, welche die Einschlusskriterien erfüllten und in die Dokumentation einwilligten, zunächst soziodemographische Daten erhoben. Des Weiteren wurden Angaben zur Symptomatik, eventuelle Untersuchungsbefunde, relevante Komorbiditäten und Medikamente, die nach Ansicht des Arztes einen Einfluss auf die Symptomatik hatten, dokumentiert. Eine Einschätzung der Kausalität der Obstipation seitens des Arztes, dessen Arbeits- bzw. Verdachtsdiagnose und Angaben zum weiteren diagnostischen und therapeutischen Vorgehen komplettieren den Fragebogen, der im Anhang dieser Arbeit in vollem Umfang zu finden ist.

Bei der Erstellung des Fragebogens wurden, soweit dies möglich war, Standards bezüglich der Erstellung, Verteilung und Auswertung von Fragebögen als wissenschaftliches Instrument, wie sie beispielsweise im British Medical Journal [4, 5] publiziert wurden, beachtet. So wurde explizit darauf geachtet, dass die Patienten den Fragebogen mit dem Arzt zusammen ausfüllten, um Missverständnissen und Unklarheiten vorzubeugen. Auch wurden die Anforderungen an einen standardisierten Fragebogen, der in gleicher Form allen Teilnehmern vorliegen sollte, erfüllt. Lediglich die Forderung, einen bereits in wissenschaftlichen Studien erprobten Fragebogen zu verwenden, um auch die Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu gewährleisten, konnte nicht erfüllt werden. Der Grund hierfür liegt darin, dass im Rahmen dieser Studie in diesem Kollektiv bisher nicht vorhandene Basisdaten gesammelt werden sollten.

Auch wurden bei der Erhebung der Daten die Rome-II-Kriterien zur Diagnose einer funktionellen Obstipation nicht im Wortlaut und in allen Aspekten berücksichtigt, da sie nicht das gesamte Krankheitsbild abdecken und in der Arbeit niedergelassener Ärzte in der Primärversorgung eine untergeordnete Rolle spielen. So waren in einer Studie von Bellini et al. nur rund ein Drittel der teilnehmenden Ärzte mit diesen Kriterien vertraut und nur rund 21% verwendeten sie auch in ihrer täglichen Praxis [2]. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in einer Studie von Vandvik et al., in der sich zeigt, dass bei der Diagnostik des Reizdarmsyndroms die ärztlichen Diagnosen nur in rund der Hälfte der Fälle mit den Rome-II-Kriterien vereinbar sind [49].

2.6. Datenerfassung

Die Daten wurden mittels des Computerprogramms Microsoft Excel XP erfasst und auf ihre Plausibilität überprüft.

2.7. Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte mit Hilfe des Statistikpakets SSPS10 und den Methoden der deskriptiven Statistik. Weiterführende statistische Tests waren aufgrund der unklaren Zusammensetzung der Grundgesamtheit nicht sinnvoll möglich. Dies beruht auf der Tatsache, dass mit der in den teilnehmenden Praxen vorhandenen Software nur eine Erfassung der Quartalskontakte möglich war, jedoch keine genauere Aufschlüsselung nach Alter oder Geschlecht.

3. Ergebnisse

3.1. Bezugspopulation und Quartalskontaktgruppen der einzelnen Praxen

Als Bezugspopulation wurde die Quartalskontaktgruppe nach Mildenstein und Beyer [37] herangezogen. Insgesamt liegt der Untersuchung eine Bezugspopulation von 21816 Patienten zu Grunde, die sich folgendermaßen auf die einzelnen Erhebungsquartale und die teilnehmenden Praxen verteilen:

Tabelle 2: Quartalskontakte der an der Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ teilnehmenden Praxen und Gesamtzahl der Kontakte über den Erhebungszeitraum, bezogen auf die einzelnen Praxen und die gesamte Studie.

	Anzahl Patienten (Quartalskontakte)				
Praxis	**Quartal II/06**	**Quartal III/06**	**Quartal IV/06**	**Quartal I/07**	**Gesamt**
A	2490	2359	2417	2534	9669
B	1198	nicht teilgenommen	nicht teilgenommen	nicht teilgenommen	1198
C	ausgeschlossen	ausgeschlossen	nicht teilgenommen	nicht teilgenommen	0
D	1336	nicht teilgenommen	nicht teilgenommen	nicht teilgenommen	1336
E	993	1001	1070	nicht teilgenommen	3064
F	754	722	802	nicht teilgenommen	2278
G	1108	1150	1076	nicht teilgenommen	3334
H	nicht teilgenommen	nicht teilgenommen	nicht teilgenommen	806	806
Gesamt	7879	5232	5365	3340	21816

3.2. Gesamtzahl der dokumentierten Patientenkontakte und Ausschluss von Patienten und Praxen

Insgesamt wurden von den teilnehmenden Praxen 276 Erhebungsbögen dokumentiert, von denen 252 in die Auswertung gelangten. Alle zehn dokumentierten Bögen der Praxis C mussten von der Auswertung ausgeschlossen werden, da in dieser Praxis erhebliche Unregelmäßigkeiten bei der Dokumentation der Bögen festgestellt wurden. Nachforschungen ergaben, dass in dieser Praxis auch keine lückenlose Erfassung der Patienten mit Obstipation stattfand. Bei neun Bögen aus anderen Praxen war keine Einverständniserklärung des Patienten zur anonymen Dokumentation der Daten vorhanden und auf weiteren fünf Erhebungsbögen waren Patienten unter 18 Jahren erfasst, so dass auch diese von der Auswertung ausgeschlossen wurden.

3.3. Anzahl der ausgewerteten Patientenkontakte pro Praxis und Quartal und deren relative Häufigkeit in der Bezugspopulation

Tabelle 3: Anzahl der Patienten in absoluten und relativen Zahlen bezogen auf die Quartalskontaktgruppe, welche im Rahmen der Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ einen hausärztlich tätigen Arzt mit dem Symptom „Obstipation“ konsultierten, aufgeschlüsselt nach Verteilung auf die einzelnen Praxen und die jeweiligen Erhebungsquartale.

Praxis	**Quartal II/06**	**Quartal III/06**	**Quartal IV/06**	**Quartal I/07**	**Gesamt**
A	31 (1,24 %)	13 (0,55 %)	16 (0,66 %)	30 (1,18 %)	**90 (0,93 %)**
B	22 (1,84 %)	nicht teilgenommen	nicht teilgenommen	nicht teilgenommen	**22 (1,84 %)**
D	18 (1,34 %)	nicht teilgenommen	nicht teilgenommen	nicht teilgenommen	**18 (1,34 %)**
E	24 (2,41 %)	19 (1,90 %)	18 (1,68 %)	nicht teilgenommen	**61 (1,99 %)**
F	3 (0,39 %)	3 (0,42 %)	5 (0,62 %)	nicht teilgenommen	**11 (0,48 %)**
G	18 (1,62 %)	11 (0,96 %)	6 (0,56 %)	nicht teilgenommen	**35 (1,05 %)**
H	nicht teil-genommen	nicht teilgenommen	nicht teilgenommen	15 (1,86 %)	**15 (1,86 %)**
Gesamt	**112 (1,42 %)**	**50 (0,96 %)**	**45 (0,84 %)**	**45 (1,34 %)**	**252 (1,16 %)**

Es zeigen sich zum Teil erhebliche Schwankungen des relativen Anteils der eingeschlossenen Patienten sowohl zwischen den Praxen, als auch zwischen den jeweiligen Erhebungsquartalen in derselben Praxis.

Insgesamt ergibt sich über den gesamten Erhebungszeitraum in allen Praxen eine Prävalenz von 1,16 % bei einer Bezugspopulation von 21816 Patientenkontakten. Auf eine Praxis mit 1000 Behandlungsfällen im Quartal gerechnet, ergibt dies eine erwartete Zahl von 12 (11,6) Patienten über 18 Jahre pro Quartal, die den Hausarzt mit dem Symptom „Obstipation“ aufsuchen.

3.4. Geschlechtsverteilung und Altersstruktur

Unter den Patienten der 252 ausgewerteten Fragebögen waren 157 (62,3 %) weiblichen Geschlechts und 95 (37,7 %) männlichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter der eingeschlossenen Patienten lag bei 63,8 Jahren, der Altersmedian bei 69 Jahren.

Teilt man die dokumentierten Fälle nach dem Alter in 5-Jahres-Abschnitte ein, erkennt man einen deutlichen Anstieg der Kontakte von Patienten, die zwischen 60 und 85 Jahre alt sind. Betrachtet man die Patienten über 84 Jahre, so kommt es wieder zu einem Abfall auf das anfängliche Niveau.

3.5. Berufsstatus

Tabelle 4: Berufsstatus der in die Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ aufgenommenen Patienten.

Berufsstatus	Häufigkeit in absoluten Zahlen	Häufigkeit in Prozent der dokumentierten Fälle
Voll-/Teilzeit berufstätig	65	25,8
Haushalt	16	6,3
keine Berufstätigkeit	171	67,9

Die Mehrheit der Patienten und Patientinnen, die mit dem Symptom Obstipation den Hausarzt aufsuchten, gingen keiner Berufstätigkeit nach (67,9%). Dies überrascht jedoch bei der Betrachtung der Altersverteilung nicht, da sich ein Großteil der Patienten im Rentenalter befindet.

3.6. Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch

Bei insgesamt 42 (16,2%) Patienten und Patientinnen lag eine Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch vor. Hiervon waren 20 Patienten in die Pflegestufe 1 eingruppiert, 14 erhielten Leistungen der Pflegestufe 2 und sechs Patienten gehörten der Pflegestufe 3 an. Bei weiteren 8 Patienten war lediglich die Pflegebedürftigkeit, nicht jedoch die Pflegestufe dokumentiert. 42,9% der pflegebedürftigen Patienten waren männlichen Geschlechts, 57,1% weiblich.

3.7. Beschwerdedauer zum Zeitpunkt des Arztkontaktes

Bei der größten Gruppe (28,6%) der dokumentierten Fälle von Obstipation war dieses Symptom bereits seit mehr als einem Jahr vorhanden, dicht gefolgt von den Patienten, die erst seit einer Woche bis einem Monat an diesem Symptom litten (28,2%). 17,9% der dokumentierten Patienten suchten bereits bei unter einer Woche bestehenden Beschwerden den Hausarzt auf. Bei weiteren 15,5% der dokumentierten Behandlungsfälle bestand das Symptom Obstipation seit einem Monat bis einem halben Jahr, 8,3% hatten zwischen einem halben und einem Jahr Beschwerden. Dies verdeutlicht, dass es sich hierbei um zwei verschiedene Patientenkollektive handelt: zum einen Patienten mit Obstipation als akutem und zum anderen solche mit Obstipation als chronischem Problem.

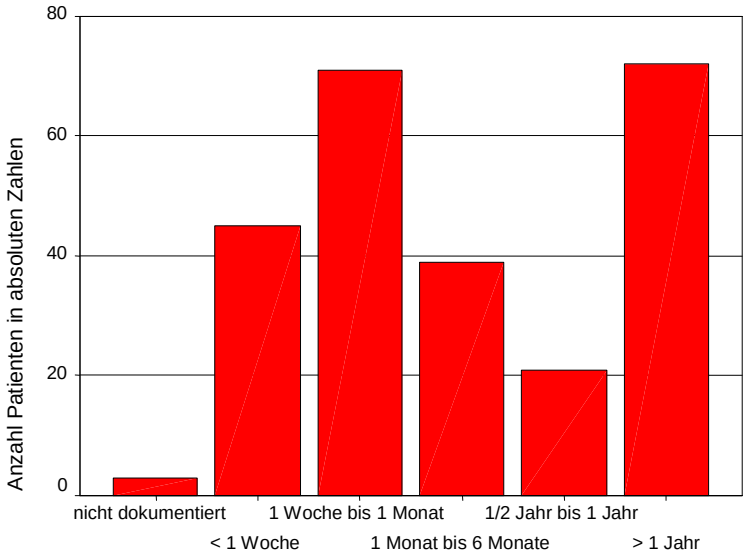


Abbildung 1: Beschwerdedauer der in die Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ aufgenommenen Patienten zum Zeitpunkt des dokumentierten Arztkontaktes, Angaben in absoluten Häufigkeiten.

Dies spiegelt sich auch in der Einschätzung der Krankheitsbezeichnung durch die Ärzte wider:

Tabelle 5: Einteilung der Beschwerdedauer, der in die Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ aufgenommenen Patienten nach Einschätzung des Arztes in chronisch, chronisch-rezidivierend, rezidivierend und Ersterkrankung und deren Häufigkeiten.

Erkrankungsdauer	Häufigkeit in absoluten Zahlen	Häufigkeit in Prozent der dokumentierten Fälle (n=252)
Ersterkrankung	92	36,5
chronische Obstipation	63	25,0
rezidivierende Obstipation	83	32,9
chronisch-rezidivierende Obstipation	7	2,8
keine Angabe	7	2,8

3.8. Ursachen nach Ansicht der Patienten

Tabelle 6: Ursachen der Obstipation nach Ansicht der Patienten im Rahmen der Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“, Mehrfachnennungen möglich.

Ursache nach Ansicht des Patienten	Häufigkeit in absoluten Zahlen
Flüssigkeitsmangel	26
Komorbidität	37
Bewegungsmangel	44
Alter	39
empfindlicher Magen/Darm	78
Medikamente	51
Ernährung/verdächtige Nahrungsmittel	21
keine Angabe	26
anderes	39

Wie aus Tabelle 6 ersichtlich ist, gab der größte Teil (31%) der dokumentierten Patienten einen „empfindlichen Magen/Darm“ als vermutliche Ursache für ihre Obstipation an. Insgesamt 39 Patienten gaben einen Grund für ihre Beschwerden an, der nicht auf dem Fragebogen vorgegeben war und somit unter „anderes“ fiel. Am häufigsten wurde unter der Rubrik „anderes“ Stress als Ursache genannt. Zehn Patienten sahen den Grund ihrer Beschwerden in einer vererbten Veranlagung zur Obstipation. Weitere Nennungen waren Urlaub/Reise (2 Patienten) und eine Darmoperation (3 Patienten). Alle weiteren Nennungen kamen jeweils nur einmal vor und bedürfen daher keiner näheren Betrachtung. Von den 51 Patienten, die Medikamente als Ursache angaben, machten 16 nähere Angaben zu diesen (Mehrfachnennungen möglich). Je dreimal wurden Antidepressiva und Betablocker genannt, zwei Nennungen entfielen auf Opiate, ACE-Hemmer und Diuretika. Des Weiteren wurden je einmal Eisenpräparate, Kalziumkanalblocker und Kaliumpräparate als Ursache gesehen. Zwei Patienten

gaben an, dass alle ihre Medikamente im Zusammenwirken der Grund für die Obstipation seien.

3.8.1 Anzahl genannter Ursachen pro Patient

Unter dem Punkt „Ursache nach Ansicht des Patienten“ waren Mehrfachnennungen möglich. Abbildung 3 zeigt, dass für die Beschwerden beim größten Teil der Patienten (62,8%) nur eine Ursache verantwortlich gemacht wird.

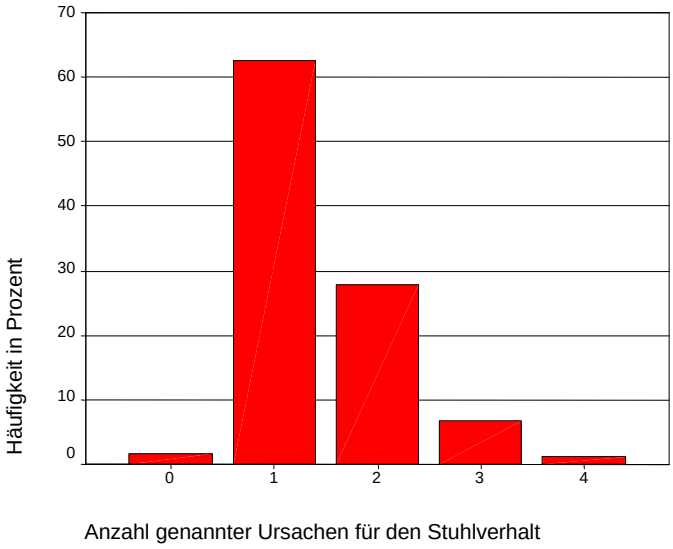


Abbildung 2: Anzahl der Ursachen für Obstipation, die von den in die Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ eingeschlossenen Patienten genannt wurden und deren Häufigkeit in Prozent bezogen auf die Gesamtzahl der in die Studie eingeschlossenen Patienten (n=252)

3.9. Stuhlfrequenz

Tabelle 7: Stuhlfrequenz der in die Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ eingeschlossenen Patienten in den letzten sieben Tagen vor dem dokumentierten Arztkontakt.

Anzahl der Stuhlgänge in den letzten sieben Tagen	Anzahl Patienten in absoluten Zahlen	Häufigkeit in Prozent der in die Studie eingeschlossenen Patienten (n=252)
0	4	1,6
1	50	19,8
2-3	151	59,9
4-7	47	18,7

In rund 60% der dokumentierten Fälle hatten die Patienten eine Stuhlfrequenz von 2-3 Mal in den letzten sieben Tagen vor dem Arztkontakt. 18,7% hatten 4-7 Mal Stuhlgang bevor sie den Hausarzt mit dem Symptom Obstipation aufsuchten. Bei 19,8% der Patienten war dies einmal der Fall und 1,6% hatten in den letzten sieben Tagen vor dem Arztkontakt keinen Stuhlgang.

3.10. Stuhlkonsistenz

Tabelle 8: Stuhlkonsistenz nach Angaben der in die Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ eingeschlossenen Patienten in absoluten Zahlen, Mehrfachnennungen möglich.

Stuhlkonsistenz	Anzahl der Patienten in absoluten Zahlen
normal	44
hart	135
weich	4
inhomogen	35
Teerstuhl	6
Verstopfungsdurchfall	11
teils/teils	32

Auffällig ist, dass lediglich rund die Hälfte der Patienten die eigentlich bei Obstipation zu erwartende harte Konsistenz des Stuhlganges festgestellt hat. Die Tatsache, dass 44 Patienten sogar über eine normale Konsistenz des Stuhlgangs berichteten, wirft die Frage auf, ob diese Patienten das Symptom Obstipation nicht über die Konsistenz, sondern vielmehr über die Stuhlfrequenz definieren. In der genaueren Auswertung zeigt sich, dass 34 dieser Patienten eine Frequenz von < 3 in den letzten sieben Tagen vor dem Beratungsanlass hatten. Zehn Patienten, die angaben, eine normale Stuhlkonsistenz festgestellt zu haben, gaben zusätzlich eine Frequenz von 4-7 Stuhlgängen in den letzten sieben Tagen an.

3.11. Begleitsymptome

Tabelle 9: Häufigkeit der abgefragten Begleitsymptome bei Patienten, die in die Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ aufgenommen wurden, in absoluten Zahlen.

Begleitsymptome	Häufigkeit in absoluten Zahlen
keine	21
Analschmerz	22
Leibschmerz	118
Tenesmen	32
Kolik	11
Inappetenz	29
Flatulenz	112
Schwäche	38
Übelkeit/Erbrechen	42

Nur bei 21 der in die Studie aufgenommenen Patienten wurden keine Begleitsymptome dokumentiert. Dies spricht dafür, dass die meisten Patienten erst dann einen Arzt aufsuchen, wenn zusätzlich zu einer geringen Stuhlfrequenz oder harter Stuhlkonsistenz noch Leibesempfindungen aufgetreten sind.

3.12. Körperliche Untersuchung

Tabelle 10: Anzahl der in die Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ aufgenommenen Patienten, bei denen eine körperliche Untersuchung durchgeführt wurde und Anzahl derer, bei denen dies nicht für notwendig befunden wurde in absoluten Zahlen und in Prozent der in die Studie aufgenommenen Patienten.

	Häufigkeit in absoluten Zahlen	Häufigkeit in Prozent der eingeschlossenen Patienten
keine Dokumentation ob Untersuchung durchgeführt wurde	5	2,0
Untersuchung nicht notwendig	58	23,0
Untersuchung durchgeführt	189	75,0
Gesamt	252	100,0

In der Mehrzahl der Fälle wurde bei den Patienten, die den Arzt aufgrund des Symptoms Obstipation konsultierten, eine körperliche Untersuchung durchgeführt. Bei den Patienten, die nicht körperlich untersucht wurden, handelt es sich zum größten Teil um Patienten, die angaben, schon seit langer Zeit unter Obstipation zu leiden und bei denen eine chronische, rezidivierende oder chronisch-rezidivierende Obstipation diagnostiziert wurde. Jedoch wurde auch bei acht Patienten, die zum ersten Mal über das Symptom Obstipation klagten, keine körperliche Untersuchung durchgeführt.

Bei den untersuchten Patienten wurde in 118 Fällen (62,4%) ein pathologischer Befund erhoben. Diese Befunde wurden nach Art und Lokalisation dokumentiert, woraus sich folgendes Bild ergibt:

Tabelle 11: Übersicht über die Lokalisation und Häufigkeit der körperlichen Untersuchungsbefunde bei den im Rahmen der Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ untersuchten Patienten, Angabe in absoluten Zahlen.

	Untersuchungsbefund				
Lokalisation	Spontanschmerz	Druckschmerz	Meteorismus	Resistenz	Abwehr-spannung
rechter Oberbauch	1	3	56 Lokalisation nicht zuzuordnen	0	1
linker Oberbauch	2	3		0	1
rechter Unterbauch	2	19		3	8
linker Unterbauch	2	37		1	16
periumbilical	0	2		0	2
epigastrisch	0	7		0	0
diffus	1	2		0	2
keine Angabe	0	6		1	6

Weiterhin war im Rahmen der körperlichen Untersuchung eine Beurteilung der Peristaltik gefordert. Es fehlte hierzu jedoch in mehr als 80% der Fälle eine Dokumentation, so dass hierüber keine Aussage getroffen werden kann.

3.13. Relevante Komorbiditäten und Begleitumstände

In 70,2% (n=177) der Fälle bestanden nach Einschätzung der teilnehmenden Ärzte eine oder mehrere relevante Komorbiditäten. Hierbei war bei 90 Patienten nur eine relevante Komorbidität vorhanden, bei 88 Patienten zwei oder mehr. In Tabelle 12 sind die einzelnen Komorbiditäten und ihre Häufigkeit dargestellt.

Tabelle 12: Für das Symptom Obstipation relevante Komorbiditäten und Begleitumstände in der Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ und deren absolute und relative Häufigkeiten unter den in die Studie eingeschlossenen Patienten. Mehrfachnennungen möglich.

Komorbidität/Begleitumstand	Häufigkeit in absoluten Zahlen	Häufigkeit in Prozent der in die Studie eingeschlossenen Patienten (n=252)
Schwangerschaft	1	0,4%
Fasten/Diät	3	1,2%
Hämorrhoidalleiden	15	6,0%
Laxantienabusus	4	1,6%
Stuhlinkontinenz	3	1,2%
Somatisierungsstörung/Reizdarmsyndrom	25	9,9%
Diabetes	42	16,7%
Polyneuropathie	16	6,3%
Drogenabusus	1	0,4%
Hypothyreose	4	1,6%
Harninkontinenz	13	5,2%
Adipositas	35	13,9%
Morbus Crohn/ Colitis ulcerosa	3	1,2%
Z.n. gastrointestinaler OP	18	7,1%
Z.n. intestinaler Diagnostik	1	0,4%
Fehl-/Mangelernährung	11	4,4%
Demenz	15	6,0%
Megacolon	1	0,4%
anderes	99	39,3%
Gesamt	310	

Unter der Rubrik „anderes“ wurden von den teilnehmenden Ärzten im Freitextfeld 45 verschiedene nach subjektiver Einschätzung relevante Komorbiditäten genannt, welche zum Teil jedoch nur einmal auftraten. Erwähnenswert sind aufgrund häufiger Nennung und objektiver Relevanz Depression (n=21), Apoplex (n=9) und die Divertikulose beziehungsweise Divertikulitis (n=5).

3.14. Relevante Medikation

In 37,3% der Fälle nahmen die in die Studie aufgenommenen Patienten mindestens ein Medikament ein, das dazu geeignet ist, eine Verstopfung zu verursachen. Im Folgenden sind die jeweiligen Medikamente und die Häufigkeit ihres Vorkommens dargestellt:

Tabelle 13: Auflistung der Medikamente, die von den in die Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ aufgenommenen Patienten eingenommen wurden und eine Obstipation begünstigen können. Angabe in absoluten Zahlen und in Relation auf die in die Studie eingeschlossenen Patienten. Mehrfachnennungen möglich.

Medikamente	Häufigkeit in absoluten Zahlen	Häufigkeit in Prozent der in die Studie eingeschlossenen Patienten (n=252)
Opiate/Opioide	15	6,0
Eisenpräparate	7	2,8
Thyreostatika	3	1,2
Loperamid	3	1,2
Laxantien (Langzeit)	6	2,4
Neuroleptika	7	2,8
Antidepressiva (anticholinerg)	27	10,7
Codein/Paracodein	4	1,6
α1-Blocker	7	2,8
anderes	23	9,1

3.15. Kausalität nach Einschätzung der teilnehmenden Ärzte

Von den Ärzten, die Patienten in die Studie aufnahmen, war des Weiteren eine Einschätzung der Kausalität der Obstipation bei den jeweiligen Patienten gefordert. Hierbei ergab sich folgendes Bild:

Tabelle 14: Kausalität der Obstipation bei den in die Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ aufgenommenen Patienten nach Einschätzung der teilnehmenden Ärzte. Mehrfachnennungen möglich

Kausalität der Obstipation	Häufigkeit in absoluten Zahlen
funktionell (K 59)	105
somatoform (F 45)	34
psychosomatisch (F 54/59)	15
Diätfehler/Nahrungsunverträglichkeit	12
Flüssigkeitsmangel	38
Symptom einer Grunderkrankung	56
Medikamentennebenwirkung/iatrogen	59

Weiterhin sollte unter den Punkten „Symptom einer Grunderkrankung“ und „Medikamentennebenwirkung/iatrogen“ eine genaue Benennung derselben erfolgen. Unter dem Punkt „Symptom einer Grunderkrankung“ wurden 22 verschiedene Krankheiten als im jeweiligen Fall verantwortlich für das Auftreten der Stuhlverstopfung gewertet. Am häufigsten wurden hierbei mit acht Fällen eine kolorektale Neoplasie, mit fünf Fällen Diabetes mellitus und mit vier Fällen der Apoplex benannt. Unter die Rubrik „Medikamentennebenwirkung/iatrogen“ fielen 20 verschiedene Medikamente, wobei hier Opioidanalgetika und anticholinerge Antidepressiva im Vordergrund standen.

3.16. Diagnose

Im weiteren Verlauf des Fragebogens waren die teilnehmenden Ärzte aufgefordert, im jeweiligen Fall eine Diagnose zu stellen und sich festzulegen, ob es sich hierbei um eine Arbeits- oder eine Verdachtsdiagnose handelt. In 78 (31%) Fällen war zu der Frage Arbeits- oder Verdachtsdiagnose keine Antwort markiert. Eine Arbeitsdiagnose wurde in 127 (50,4%) Fällen gestellt, eine Verdachtsdiagnose in 47 (18,7%) Fällen. Die einzelnen Diagnosen mit ihrer Häufigkeit sind in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Diagnosen, die im Rahmen der Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ bei den in die Studie eingeschlossenen Patienten von den teilnehmenden Ärzten gestellt wurden. Mehrfachnennungen möglich.

	Häufigkeit in absoluten Zahlen
Obstipation o. n. A.	106
Reizdarm (K58.x)	27
kolorektaler Tumor	11
funktionelle Darmstörung (PNP, funkt. Megacolon, etc.)	27
Colitis ulcerosa (K 51.x)	1
Morbus Crohn (K50.x)	2
Tumorerkrankung (paraneoplastisches Syndrom)	10
andere nichtinfektiöse Enteropathie (K 52.x)	1
Arzneimittelnebenwirkung	45
anderes	41
Gesamt	271

Unter der Rubrik „anderes“ wurde eine Fülle von Diagnosen genannt, auf die jedoch aufgrund sehr geringer Zahlen der einzelnen Diagnosen nicht näher eingegangen werden soll.

Auffällig ist die häufige Nennung von kolorektalem Tumor (11 Patienten) und Tumorerkrankung/paraneoplastisches Syndrom (10 Patienten). Bei den Patienten

mit der Verdachts- beziehungsweise Arbeitsdiagnose kolorektaler Tumor handelt es sich ausschließlich um Patienten, die älter als 65 Jahre sind. Sechs dieser Patienten wurden zu einem Gastroenterologen überwiesen, bei zwei Patienten erfolgte eine stationäre Einweisung. Dies zeigt, dass es sich bei der Häufigkeit dieser Diagnose um eine plausible Zahl handelt, wobei offen bleibt, bei wie vielen dieser Patienten die Diagnose kolorektaler Tumor schließlich gesichert werden konnte.

3.17. Weiteres Vorgehen

Ebenfalls von Interesse war das weitere Vorgehen des Arztes im jeweiligen Behandlungsfall. Bei 95 Patienten war bereits schon ein oder mehrmals Diagnostik im Zusammenhang mit dem Symptom Obstipation durchgeführt worden. Betrachtet man diese Untergruppe genauer, so stellt man fest, dass dies, wie zu erwarten war, vor allem Patienten sind, die schon lange unter diesem Symptom leiden.

Am häufigsten (n=118 Fälle) wurde „abwartendes Offenhalten“ als weitere Vorgehensweise gewählt. Dies bedeutet, dass vorläufig keine weitergehende Diagnostik durchgeführt wird. Es soll jedoch durch eine Verlaufsbeobachtung eine Klärung herbeigeführt werden.

Bei 17 Patienten erfolgte eine stationäre Einweisung. Hierbei handelt es sich in mehr als der Hälfte der Fälle (52,2%) um Patienten, die seit weniger als einer Woche über das Symptom Obstipation klagen und zu 41,2% in den letzten sieben Tagen nur einmal oder gar keinen Stuhlgang hatten. Alle weiteren Vorgehensweisen und deren Häufigkeit sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Weitere Vorgehensweise der behandelnden Ärzte, welche von Patienten mit dem Symptom Obstipation in der Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ konsultiert wurden. Mehrfachnennungen möglich.

Vorgehensweise	Häufigkeit in absoluten Zahlen
es wurde schon ein-/mehrmals Diagnostik durchgeführt	95
keine weitere ärztliche Maßnahme geplant	51
abwartendes Offenhalten	118
weitere hausärztliche Diagnostik	32
Wiedereinbestellung	21
- wegen Obstipation	14
- aus anderem Grund	4
Überweisung an Internisten/Gastroenterologen	23
stationäre Einweisung	17
Überweisung an anderen Facharzt	7

3.18. Therapie

Bei den therapeutischen Maßnahmen gilt es, zwischen medikamentösen und nichtmedikamentösen Modalitäten zu unterscheiden.

Die nichtmedikamentösen Therapiemodalitäten, welche in 94,4% der Fälle angeraten wurden, umfassen Verhaltensempfehlungen, wie auf vermehrte Flüssigkeitszufuhr (194 Fälle) und vermehrte Bewegung (128 Fälle) zu achten. Auch wurden in 123 Fällen spezielle Nahrungsempfehlungen gegeben und 29 Patienten wurde geraten, bestimmte Nahrungsmittel zu meiden. Eine weitere nichtmedikamentöse Therapiemaßnahme stellt die Darmmassage dar, welche 71 Patienten nahegelegt wurde. In 7 Fällen wurden physikalische Maßnahmen durchgeführt.

Im Rahmen der medikamentösen Therapie wurde unterschieden zwischen der Modifikation einer bereits bestehenden medikamentösen Therapie einer Grunderkrankung, was in 23 Fällen erfolgte, der allgemeinen Empfehlung frei verkäuflicher Medikamente zur Stuhlregulierung (38 Fälle) und der Verschreibung von Laxantien. Insgesamt wurde in 108 Fällen ein Laxans, in acht Fällen zwei Präparate und in einem Fall gleich drei verschiedene Laxantien verschrieben, wobei Kombinationspräparate nur einmal gezählt wurden. Am häufigsten handelte es sich hierbei um Lactulose (54 Verschreibungen), Bisacodyl (30 Verschreibungen) und pharmakologische Kombinationspräparate (19 Verschreibungen). Aufgeteilt nach verschiedenen Wirkstoffgruppen ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 17: Häufigkeit der Verschreibung/Empfehlung der verschiedenen Laxantienklassen von den teilnehmenden Ärzten im Rahmen der Studie „Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis“ in Prozent.

Laxantienklasse	Häufigkeit in Prozent
hydragoge Laxantien	24,6%
osmotisch wirkende Laxantien	54,0%
stuhlaufweichende Mittel	0%
Füll-/Quellmittel	0%
Kombinationspräparate	15,1%
andere	6,3%

Betrachtet man die Verschreibungspraktiken in den einzelnen Praxen, so ist auffällig, dass der Großteil der Verschreibungen eines bestimmten Präparates auf jeweils eine bestimmte Praxis fällt.

4. Diskussion

4.1. Kritische Zusammenfassung der Ergebnisse

In dieser Studie wurden über einen Zeitraum von vier Quartalen in sieben Hausarztpraxen alle Fälle von Obstipation als Beratungsanlass dokumentiert. Es liegen der Studie über alle vier Quartale knapp 22000 Kontakte zugrunde, wovon für über 1% der Beratungsanlass Obstipation dokumentiert wurde.

Rund 2/3 der eingeschlossenen Patienten waren weiblichen Geschlechts und es zeigte sich ein deutlicher Anstieg ab einem Alter von 60 Jahren.

Diese Altersstruktur ist auch ein Grund dafür, dass die meisten der in die Studie eingeschlossenen Patienten keiner Berufstätigkeit nachging und bei 16,2% eine Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch vorlag.

Im Punkt „Beschwerdedauer bis zum Arztkontakt“ zeigt sich deutlich, dass es sich um zwei verschiedene Patientenkollektive handelt: Knapp ein Drittel der Patienten konsultierten den Arzt nach einer Beschwerdedauer von mehr als einem Jahr, was auf eine chronische Erkrankung schließen lässt. Bei fast der gleichen Zahl von Patienten stellte sich die Obstipation als akutes Problem dar, da sie bereits nach einer Woche bis einem Monat die Hilfe des Arztes in Anspruch nahmen.

Rund 30% der Patienten führten ihre Beschwerden auf einen empfindlichen Darmtrakt zurück, des Weiteren machten viele Patienten ihre Medikamente und Komorbiditäten für die Beschwerden verantwortlich.

In rund 60% der dokumentierten Fälle wurde eine Frequenz von 2-3 Stuhlgängen in der Woche vor dem Arztkontakt festgestellt. 18,7% der Patienten, die den Arzt mit dem Beratungsanlass Obstipation aufsuchten, berichteten, in den letzten sieben Tagen 4-7 Stuhlgänge gehabt zu haben. Lediglich 1,6% hatten in diesem Zeitraum gar keinen Stuhlgang.

Rund die Hälfte der Patienten gab an, dass die Konsistenz des Stuhls hart gewesen sei, allerdings stellten auch 44 Patienten eine normale Stuhlkonsistenz fest.

Bei neun von zehn Patienten lagen zum Zeitpunkt der Konsultation Begleitsymptome wie zum Beispiel Leibschmerzen, Flatulenz und Übelkeit vor.

Eine körperliche Untersuchung wurde von den teilnehmenden Ärzten in 75% der Beratungsanlässe für notwendig befunden und durchgeführt. Hier zeigte sich in knapp zwei Drittel ein pathologischer Befund, wobei dies am häufigsten Druckschmerzen und Meteorismus waren.

Bei 70,2% der in die Studie eingeschlossenen Patienten lagen eine oder mehrere relevante Komorbiditäten vor. Hierbei handelte es sich vor allem um Diabetes mellitus (16,7%), Adipositas (13,9%) und um eine Somatisierungsstörung beziehungsweise ein Reizdarmsyndrom (9,9%).

Medikamente, die geeignet sind eine Obstipation zu verursachen, nahmen 37,3% der Patienten ein. Am häufigsten genannt wurden in diesem Punkt anticholinerge Antidepressiva, die insgesamt 10,2% und Opioide, die 6,0% der Patienten einnahmen.

Des Weiteren war von den teilnehmenden Ärzten und Ärztinnen im jeweiligen Fall eine Einschätzung der Kausalität der Erkrankung gefordert. In 105 Fällen wurde eine funktionelle Obstipation vermutet, bei 51 Patienten wurden Medikamente und in 56 Fällen eine Grunderkrankung für die Beschwerden verantwortlich gemacht.

„Obstipation ohne nähere Angabe“ und „Medikamentennebenwirkung“ waren die häufigsten Diagnosen, die letztendlich von den Ärzten gestellt wurden.

Ein weiteres Ziel der Studie bestand darin, das weitere Vorgehen der Ärzte festzustellen. Bei 95 Patienten waren bereits bei vorhergehenden Konsultationen diagnostische Maßnahmen in Bezug auf die Obstipation eingeleitet worden. Abwartendes Offenhalten war das am häufigsten von den Ärzten gewählte Vorgehen, weitere hausärztliche Diagnostik wurde in 32 Fällen durchgeführt. 23 Patienten wurden zu einem Internisten überwiesen und 17 Patienten stationär eingewiesen.

Bei fast allen Patienten wurden nichtmedikamentöse therapeutische Maßnahmen eingeleitet. Am häufigsten handelte es sich hierbei um Verhaltensregeln, wie beispielsweise auf vermehrte Bewegung und Flüssigkeitszufuhr zu achten. 46,4% der Patienten wurde mindestens ein Laxans verschrieben. Die am häufigsten

verwendete Medikamentenklasse stellen hierbei mit einem Anteil von 54% die osmotisch wirksamen Laxantien dar. Füll- und Quellmittel sowie stuhlaufweichende Medikamente spielten keine Rolle.

4.2. Methodenkritik

4.2.1. Studienzentren

Es wurde darauf geachtet, sowohl Landarztpraxen als auch Praxen in städtischem Umfeld für die Datenerhebung zu rekrutieren. Weiterhin sind die teilnehmenden Praxen allesamt sowohl im Rahmen früherer Forschungsprojekte als auch durch Lehrtätigkeiten eng mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität Ulm verbunden und in der Datenerhebung erfahren.

Dennoch sind zum Teil deutliche Unterschiede in der Häufigkeit des Symptoms Obstipation zwischen den einzelnen Praxen zu erkennen. Hierfür gibt es verschiedene mögliche Erklärungen: Zum einen kann durchaus ein tatsächlicher Unterschied in der Prävalenz des Symptoms Obstipation zwischen den einzelnen Praxen bestehen, wofür zum Beispiel auch unterschiedliche Altersstrukturen der in den verschiedenen Praxen betreuten Patienten verantwortlich sein könnten. So sind in einer Praxis mit hohem Anteil an jungen Patienten oder gar Kindern, die aufgrund der Einschlusskriterien nicht in die Studie aufgenommen wurden, geringere Prozentzahlen zu erwarten als in einer Praxis mit einem hohen Anteil älterer Patienten. Zum anderen können diese Unterschiede jedoch auch auf unterschiedlicher Motivation zur Datenerhebung beruhen, was sich auch darin ausdrückt, dass nur eine Praxis bereit war, über den gesamten Zeitraum Patienten in die Studie aufzunehmen. Mit diesem Problem hatten auch Mihaylov et al. zu kämpfen, die feststellten, dass chronische Obstipation im Rahmen der Allgemeinmedizin für weniger wichtig als andere Krankheiten erachtet wird und somit von Seiten der an ihrer Studie teilnehmenden Ärzte wenig Interesse am Krankheitsbild chronische Obstipation als Forschungsthema bestand [36]. Durch Plausibilitätskontrollen und häufige Gespräche mit den teilnehmenden Ärzten während der Datenerhebung konnten in unserem Fall jedoch schon in frühem Stadium Praxen, welche die Einschlusskriterien missachteten und wenig Motivation zeigten, identifiziert werden, was dann auch zum Ausschluss von Praxis C aus der Studie führte.

Es besteht eine deutlich eingeschränkte Interpretierbarkeit der Ergebnisse dieser Arbeit, weil außer der Zahl der Patientenkontakte pro Quartal keine detaillierten

Informationen über die der Studie zugrunde liegende Grundgesamtheit erhoben werden konnten. Dies lag daran, dass dies mit der in den teilnehmenden Praxen verwendeten Praxissoftware zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht möglich war. Es sollte daher bei künftigen Forschungsprojekten Wert darauf gelegt werden, dass nur Praxen, in denen Software mit den entsprechenden Möglichkeiten verwandt wird, rekrutiert werden.

Eine weitere Schwierigkeit in der Interpretation der Daten ergibt sich aus der bereits oben beschriebenen Tatsache, dass nur eine Praxis bereit war über den gesamten Zeitraum an der Studie teilzunehmen. Da dies auch noch die Praxis mit den höchsten Scheinzahlen war, führte dies dazu, dass 44,3% der rekrutierten Patienten aus dieser Praxis stammen (Vgl. Tabelle 2) und somit dem Vorgehen und Behandlungsregime der beiden Ärzte dieser Gemeinschaftspraxis unterlagen.

4.2.2. Studiendesign

Die Untersuchung wurde als prospektive multizentrische Beobachtungsstudie konzipiert. Dies stellt einen adäquaten Ansatz dar, diese Fragestellung zu beantworten, da es in Deutschland kein allgemeines Krankheitsregister gibt, das alle Leiden abdeckt. Alternativ wäre es möglich gewesen, im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse, beispielsweise aus Daten einzelner Krankenkassen, eine Prävalenz von Obstipation zu errechnen. Dies setzt jedoch eine andere Fragestellung voraus. Hiermit würde man die Häufigkeit der Diagnose Obstipation ermitteln. Es sollte mit dieser Arbeit jedoch die Häufigkeit des Beratungsanlasses Obstipation, der ja nicht in jedem Fall auch mit der Diagnose Obstipation einhergeht, ermittelt werden.

4.2.3. Einschlusskriterien

Es wurden alle Patienten in die Studie eingeschlossen, die bei der Konsultation des Arztes über das Symptom Obstipation klagten. Hierbei spielte es keine Rolle, ob dies während der Sprechstunde oder auf Hausbesuchen der Fall war und ob es sich um den Hauptgrund für die Inanspruchnahme des Arztes handelte oder nur nebenbei erwähnt wurde. Es wäre interessant gewesen, genauer zu erfragen, ob es sich um das Hauptsymptom oder um ein Nebensymptom handelte, was jedoch aus Praktikabilitätsgründen unterblieb und bei weiteren Studien beachtet werden sollte.

Auf den ersten Blick erscheinen die Einschlusskriterien sehr breit und ungenau. Dies entspricht jedoch der Fragestellung der Studie, da ja nicht nur Patienten, die nach Lehrbuchdefinition an Obstipation leiden, in die Studie aufgenommen werden sollten, sondern gerade auch diejenigen, die dies nur subjektiv so verspüren. Nur so kann die Häufigkeit von Obstipation als Beratungsanlass im hausärztlichen Bereich erfasst werden, da ja auch jene Patienten, die nur subjektiv an Obstipation leiden, einen Beratungsbedarf haben. Zusammenfassend ist also festzustellen, dass die Einschlusskriterien im Prinzip auf der Definition des Symptoms Obstipation aus der Sicht des jeweiligen Patienten beruhen.

4.2.4. Erhebungsbogen

Wie bereits im Abschnitt „Material und Methoden“ erwähnt, wurde der Erhebungsbogen in einem iterativen Verfahren unter Einbeziehung mehrerer Fachärzte für Allgemeinmedizin erstellt und von allen teilnehmenden Praxen für adäquat und praktikabel erachtet.

Bei der Auswertung sind dann folgende Schwachpunkte des Erhebungsbogens aufgefallen:

Wie bereits oben erwähnt, erfolgte keine Einteilung in Haupt- und Nebensymptom, was durchaus von Relevanz gewesen wäre. Des Weiteren deckten die Auswahlmöglichkeiten im Kapitel „relevante Komorbiditäten nach Ansicht des Arztes“ diese nicht vollständig ab, was sich an der häufigen Nennung von Depression unter dem Punkt „anderes“ zeigt.

Weiterhin wäre es von Vorteil gewesen, sich bei der Dokumentation der Beschwerden der Patienten näher an den Rome-II-Kriterien zu orientieren, um eine bessere Vergleichbarkeit der Studie mit anderen Ergebnissen aus der Literatur zu ermöglichen. Die Rome-II-Kriterien wurden jedoch zunächst bewusst weggelassen, da sie nicht Gegenstand der Einschlusskriterien waren und auch in der täglichen Praxis eine untergeordnete Rolle spielen, wie bereits im Abschnitt „Material und Methoden“ näher erläutert wurde.

4.3. Diskussion der Ergebnisse

4.3.1. Häufigkeit von Patienten mit Obstipation

In der vorliegenden Arbeit zeigte sich eine Häufigkeit von 1,16% der Patienten über 18 Jahre mit mindestens einem Arztkontakt pro Quartal, die den Arzt mit dem Beratungsanlasses Obstipation aufsuchten. Prävalenzangaben für Obstipation in der Literatur divergieren sehr stark, was an unterschiedlichen Definitionen des Symptoms liegt und auch auf verschiedener Herangehensweise beruht.

So war es Ziel einer Vielzahl von Studien, die Häufigkeit von Obstipation in der Allgemeinbevölkerung festzustellen, was in den meisten Fällen mit Hilfe von Telefoninterviews oder Fragebögen geschah. Hierbei zeigten sich Prävalenzraten zwischen 1,9 und 29,5% [17, 31, 45].

Garrigues et al. [17] nahmen die Population einer Stadt in Spanien, um diese Fragestellung zu untersuchen. Sie verschickten hierfür Fragebögen an 489 zufällig ausgewählte Personen in dieser Stadt. Hierbei ergab sich eine Prävalenz für chronische Obstipation von 29,5%. Interessant ist, dass es sich hierbei um Obstipation nach Ansicht des jeweiligen Patienten handelte und dies mit den Rome-I- und Rome-II-Kriterien verglichen wurde, worauf im nächsten Abschnitt näher eingegangen werden soll. Auf den ersten Blick ergibt sich somit eine deutliche Diskrepanz zwischen diesen Ergebnissen und unserer Studie. Man muss jedoch beachten, dass hier zwei völlig verschiedene Populationen betrachtet wurden. Im Fall von Garrigues et al. handelt es sich um die gesamte Bevölkerung in einer spanischen Stadt, in unserer Arbeit wurden Patienten in sieben verschiedenen Hausarztpraxen untersucht und somit nur die Patienten erfasst, die aufgrund ihrer Obstipation einen Arzt aufsuchten. Diese durchaus hohen Zahlen relativieren sich im Vergleich zu unseren Ergebnissen, wenn man bedenkt, dass lediglich 22% der unter Obstipation leidenden Patienten einen Arzt aufsuchen [9].

Das Ziel einer Studie von Galvez et al. war nun unter anderem herauszufinden, welche Patienten, die unter Obstipation leiden, den Arzt deswegen konsultieren. Hierbei zeigte es sich, dass neben der Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht und höherem Bildungsabschluss hierzu vor allem eine verlängerte Defäkation und Leibschmerzen führen [16]. Dies spiegelt sich auch in unseren Daten wieder. So klagten 46,8% der Patienten über Leibschmerzen, 62,3% waren weiblichen Geschlechts und insgesamt 78,8% erfüllten mindestens einen dieser beiden Parameter.

Am ehesten sind die im Rahmen dieser Arbeit erhobenen Daten mit Arbeiten vergleichbar, die als Grundlage Daten aus dem ambulanten ärztlichen Bereich verwenden. Dies ist bei der bereits in der Einleitung erwähnten Studie von Sonnenberg et al. der Fall. Für den Zeitraum zwischen 1958 und 1989 ergab sich hier für die Obstipation eine Prävalenz von 1,2% [44]. Diese Zahl deckt sich hervorragend mit unseren Ergebnissen, kann jedoch nicht ohne weiteres auf diese übertragen werden. Dies liegt zum einen daran, dass in unserer die individuelle Definition des einzelnen Patienten entscheidend für die Aufnahme war. Im NDTI hingegen wird die Diagnose vom Arzt verschlüsselt und somit beruht die Aufnahme in die Studie auf der Definition des Arztes. Betrachtet man nun unsere Daten, fällt auf, dass einige Patienten zwar subjektiv Obstipationsbeschwerden angaben, jedoch unter Beachtung gängiger Definitionen gar nicht unter diesem Symptom leiden. Hätte man also die Einschlusskriterien unserer Arbeit in der Studie von Sonnenberg et al. verwendet, so wäre mit einer höheren Zahl zu rechnen gewesen. Dies relativiert sich jedoch wieder, wenn man beachtet, dass Sonnenberg et al. mit Hilfe des NDTI Ärzte aller Fachrichtungen betrachteten, die in den USA niedergelassen sind. Aufgeschlüsselt nach Facharztgruppen zeigt sich dann, dass von den Patienten mit der Diagnose Obstipation nur 31% die in unserer Studie untersuchten hausärztlichen Praxen konsultierten. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass in der Studie von Sonnenberg et al. Patienten aller Altersgruppen betrachtet wurden, in unserem Fall jedoch nur Erwachsene über 18 Jahre. Zudem ist das ambulante Gesundheitswesen in den USA mit dem in Deutschland nicht vergleichbar, da auch andere Muster der Inanspruchnahme, insbesondere den Kostenfaktor einer Konsultation betreffend, vorherrschen.

Eine ähnliche Studie führten Shah et al. für die Jahre zwischen 1993 und 2004 durch. Hierbei zeigte sich, dass zwischen 2001 und 2004 0,72% aller ambulanten Arztkontakte in den USA in diesem Zeitraum aufgrund des Symptoms Obstipation zustande kamen. Als Einschlusskriterium galt entweder eine Verschlüsselung der Diagnose Obstipation im Rahmen der Konsultation oder die Angabe, dass der Besuchsgrund des Patienten das Symptom Obstipation war [43]. Somit beruhen die Einschlusskriterien im Gegensatz zur Studie von Sonnenberg et al. nicht allein auf der Diagnose des Arztes, sondern auch auf dem individuellen Empfinden des Patienten. Ein Unterschied zu unseren Einschlusskriterien besteht darin, dass in unsere Studie auch Patienten aufgenommen wurden, deren Konsultationsgrund nicht das Symptom Obstipation war, die jedoch im Verlauf der Konsultation über Obstipation als Nebensymptom klagten. Des Weiteren wurden auch in der Studie von Shah et al. im Gegensatz zu unserer Studie alle Altersgruppen berücksichtigt. Ein weiterer nicht zu unterschätzender Unterschied besteht auch darin, dass in der vorliegenden Arbeit nur die Quartalskontaktgruppe als Grundgesamtheit dienen kann, im Gegensatz zu der besprochenen Studie, bei der jeder einzelne Arztkontakt als Basis dient.

Abschließend ist zu diesem Punkt festzustellen, dass das Inanspruchnahmeverhalten des Arztes durch den Patienten aufgrund des Symptoms Obstipation in den USA und Deutschland ähnlich zu sein scheint, auch wenn die vorhandenen Studien nicht kritiklos mit den Daten der vorliegenden Arbeit verglichen werden dürfen.

4.3.2. Stuhlfrequenz und Definition von Obstipation

In unserer Arbeit wurden die Patienten nicht explizit nach ihrer Definition von Obstipation gefragt, dennoch sind aufgrund der Erhebung von anamnestischen Angaben und Untersuchungsbefunden durchaus Rückschlüsse auf die jeweilige individuelle Definition möglich. So war auffällig, dass 18,7% der Patienten in den letzten sieben Tagen eine Stuhlfrequenz von 4-7 angaben. Diese Patienten definierten Obstipation offensichtlich nicht über die Stuhlfrequenz, sondern über andere Parameter.

Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Harari et al., die feststellten, dass eine geringe Stuhlfrequenz bei über sechzigjährigen Patienten von sechs erhobenen Parametern am wenigsten stark mit dem Empfinden des Symptoms Obstipation verbunden war [19].

Harari et al. stellten in einer anderen Studie zudem fest, dass trotz fehlender Abnahme der Stuhlfrequenz mit dem Alter die Zahl subjektiv unter Obstipation leidender Menschen signifikant zunimmt [18].

Auch Ashraf et al. fanden heraus, dass Obstipation nicht durch eine vom Patienten berichtete geringe Stuhlfrequenz definiert werden sollte. In ihrer Studie galt eine von den Patienten berichtete Stuhlfrequenz von 3 Stuhlgängen pro Woche und weniger über einen Zeitraum von sechs Monaten oder mehr als Aufnahmekriterium. Personen, die nach eigenen Angaben diese Kriterien zu erfüllten, wurden aufgefordert, ein Stuhltagebuch über vier Wochen zu führen. Hierbei zeigte sich dann, dass lediglich 49% die Kriterien tatsächlich erfüllten und die übrigen 51% im Durchschnitt sechs Stuhlgänge pro Woche hatten und dennoch über Obstipation klagten [1].

Sandler et al. [42] fanden ebenfalls keine Korrelation zwischen Stuhlfrequenz und subjektiv empfundener Obstipation. So berichteten in ihrer Studie, die sich auf die gesamte Population der Vereinigten Staaten bezog, neun Prozent der Personen mit täglichem Stuhlgang und 30% derjenigen mit vier bis sechs Stühlen pro Woche über subjektiv empfundene Obstipation. Auf der anderen Seite klagten lediglich 67,8 Prozent der Befragten mit weniger als zwei Stühlen pro Woche über Obstipation.

Dennoch definieren laut Herz et al. 27% der Befragten Obstipation allein über eine geringe Stuhlfrequenz und 25% allein über eine harte Stuhlkonsistenz [20], die in der hier vorliegenden Studie bei 53,6% der Patienten vorhanden war. Laut Harari et al. [19] stellt eine harte Stuhlkonsistenz bei älteren Patienten neben der erschwerten Defäkation den für die Patienten wichtigsten Parameter zur Definition

von Obstipation dar, was sich somit auch in der vorliegenden Studie als häufig berichteter Parameter wiederfindet.

Dass es, wie auch in unserer Studie angedeutet, deutliche Differenzen zwischen der vom Patienten subjektiv empfundenen Obstipation und der Definition nach den Rome-I und Rome-II-Kriterien gibt, stellten Garrigues et al. in der bereits oben erwähnten Studie fest. So klagten ,wie bereits erwähnt, 29,5% der Befragten über subjektiv so empfundene Obstipation, während insgesamt nur 19,2% die Rome-I- und 14,3% die Rome-II-Kriterien erfüllten [17].

4.3.3. Altersstruktur und Geschlechtsverteilung

Es kommt es zu einem deutlichen Anstieg der Kontakte von Patienten ab einem Alter von 60 Jahren. Für diesen Anstieg gibt es verschiedene Erklärungsmodelle: Zum einen handelt es sich hierbei um Patienten, die sich an der Grenze zum Ruhestand befinden und eventuell durch die Aufgabe ihrer Berufstätigkeit mehr Zeit haben und auftretenden Symptomen eine höhere Aufmerksamkeit schenken. Weiterhin wäre es möglich, dass verminderte Aktivität oder auch psychologische Belastung gerade durch die Aufgabe des Berufes Auslöser von Obstipation sein könnten. Diese Thesen werden von verschiedenen Untersuchungen gestützt, die einen Zusammenhang zwischen subjektiv berichteter Obstipation und sozialer Isolation, schlechter Gesundheit und Depression aufzeigen konnten [8, 14, 33, 52]. Nicht zuletzt könnte die Zunahme des Symptoms Obstipation auch eine physiologische Veränderung bei zunehmendem Alter darstellen.

Es sollte Gegenstand einer weiteren Untersuchung sein, ob die Zunahme der Häufigkeit von Obstipation, die in der vorliegenden Arbeit gefunden wurde, auch statistisch signifikant ist, da dies aufgrund fehlender Daten über die Grundgesamtheit in der vorliegenden Untersuchung nicht möglich ist.

Dennoch ist diese Tendenz eindeutig sichtbar und findet sich auch in der Literatur wieder. So zeigte sich in der bereits an anderer Stelle besprochenen

Untersuchung von Sonnenberg et al. ein geschlechtsunabhängiger signifikanter altersabhängiger Anstieg von Patienten, bei denen vom Arzt Obstipation diagnostiziert wird. Die stärkste Zunahme zeigte sich hier auch bei Patienten mit 65 Jahren oder mehr [44].

Doch nicht nur bezogen auf die Population, die aufgrund dieser Beschwerden einen Arzt aufsucht, sondern auch auf die Allgemeinbevölkerung bezogen zeigt sich mit dem Alter eine deutliche Zunahme an Patienten, die subjektiv über Obstipation klagen [18].

Mit einem Anteil von 62,3% sind bezüglich der Geschlechterverteilung tendenziell Frauen häufiger betroffen. Auch hier zeigte sich bei Sonnenberg et al. und Shah et al. ein signifikantes Überwiegen des weiblichen Geschlechts [43, 44].

4.3.4. Kausalitätsvermutungen der Patienten

Die im Ergebnisteil am häufigsten genannten Kausalitätsvermutungen der Patienten finden sich auch in der Arbeit von Mihaylov et al. [36] wieder, wobei hier nur 19 Patienten befragt wurden, weshalb der Vergleich von Häufigkeiten wenig Sinn ergibt.

4.3.5. körperliche Untersuchung

In 75% der Fälle wurde bei den Patienten, die den Arzt mit dem Symptom Obstipation als Beratungsanlass aufsuchten, eine körperliche Untersuchung durchgeführt. Hierbei ist bei den Befunden vor allem die Nennung von „Abwehrspannung“ bei 32 Patienten auffällig (siehe Tabelle 11). Dies liegt weit über dem erwarteten Wert und ist nicht typisch für Obstipation. Die Tatsache, dass 25 dieser Fälle in nur einer Praxis vorkamen, legt die Vermutung nahe, dass hier von einer Fehldeutung dieses Untersuchungsbefundes auszugehen ist.

4.3.6. Relevante Begleiterkrankungen und Medikation

Ein weiteres Ziel dieser Studie war es, Begleiterkrankungen und Arzneimittel, die in Zusammenhang mit Obstipation stehen, zu erfassen. Wie in Abschnitt 3.13 ersichtlich ist, war bei lediglich 26,2% der in die Studie aufgenommenen Patienten keine relevante Komorbidität beziehungsweise kein relevanter Begleitumstand vorhanden. Die häufigste Begleiterkrankung stellt mit einem Anteil von 16,2% an der Grundgesamtheit der Diabetes mellitus dar, wobei hier nicht zwischen den verschiedenen Typen unterschieden wurde. Weiterhin wurden Adipositas und Somatisierungsstörung/Reizdarmsyndrom häufig zusätzlich zur Obstipation festgestellt. Fast keine Rolle spielen unter anderem eine Schwangerschaft als Begleitumstand und chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Es gilt jedoch zu beachten, dass Schwangere in der Regel vom Gynäkologen betreut werden und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen häufig bereits in gastroenterologischer Betreuung sind, so dass diese Patienten in der Hausarztpraxis wahrscheinlich weniger häufig vorstellig werden.

Anders stellt sich dies in einer Untersuchung von Talley et al. [47] dar, die Begleiterkrankungen und relevante Begleitumstände sowohl für Patienten mit explizit diagnostizierter chronischer Obstipation und für Patienten, bei denen keine weitere Spezifizierung der Dauer der Erkrankung vorgenommen wurde, erfassten. Als Grundkollektiv wählten sie ebenfalls Patienten allgemeinmedizinischer Praxen. Hier war überraschenderweise mit einem Anteil von 8,8% eine Schwangerschaft der häufigste festgestellte Begleitumstand, welcher bei Patienten mit chronischer Obstipation mit einem Anteil von 12,8% sogar noch höher ausfiel. Diabetes stellte auf der anderen Seite nur in 5,7% der Fälle mit nicht näher definierter Obstipation eine Begleiterkrankung dar.

Bei der Erfassung der relevanten Begleitmedikation waren in unserer Studie anticholinerge Antidepressiva, die von 10,8% der Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie eingenommen wurden und Opiate beziehungsweise Opioide, die 6,0% der Patienten einnahmen, die am häufigsten genannten Medikamente. Bei Talley et al. [47] waren dies Diuretika mit 34,5%, nach denen in unserer Studie nicht explizit gefragt wurde und die aus diesem Grund unter der

Rubrik „anderes“ nur eine geringere Rolle spielten und Antidepressiva mit 30,7%, die jedoch nicht in die verschiedenen Klassen eingeteilt wurden.

Diese zum Teil erheblich differierenden Zahlen sind auch der unterschiedlichen Herangehensweise geschuldet. So besteht zum ersten in den Aufnahmekriterien ein Unterschied. Die Kriterien unserer Studie wurden bereits näher betrachtet und so soll an dieser Stelle der erneute Hinweis genügen, dass sie auf dem individuellen Empfinden des Symptoms Obstipation des einzelnen Patienten beruhen und somit auch Patienten in die Studie aufgenommen wurden, denen der Arzt diese Diagnose nicht zugewiesen hat. Bei Talley et al. [47] beruht die Aufnahme hingegen auf der Einschätzung des Arztes. Der gravierendste Unterschied besteht jedoch in der Erfassung des Zeitpunktes der jeweiligen Komorbiditäten, Begleitumstände und der Medikamenteneinnahme. In unserer Studie wurden diese nur berücksichtigt, wenn sie zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie vorhanden waren. Talley et al. [47] erfassten die Komorbiditäten und relevanten Arzneimittel zu drei verschiedenen Zeitpunkten: zum einen vor der Diagnose der Obstipation, zum anderen nach der Diagnosestellung und zuletzt ohne Berücksichtigung des Zeitpunktes der Diagnose. Die oben genannten Zahlen beziehen sich auf den letztgenannten Zeitraum, so dass hierdurch die zunächst unplausibel hoch erscheinenden Raten an schwangeren Patientinnen erklärt werden können. Unsere Zahlen stellen in diesem Punkt aussagekräftigere Daten dar, da eine Schwangerschaft, die Jahre zurückliegt in der Regel keinen Zusammenhang mit Obstipation aufweist. Bei chronischen Erkrankungen , wie zum Beispiel Diabetes mellitus, ist dies jedoch kein Erklärungsmodell für die deutlich differierenden Zahlen. Hier könnten vielmehr die in Deutschland etablierten Disease Management Programme eine Rolle spielen, die von den eingeschriebenen Diabetikern zumindest eine Arztkonsultation pro Halbjahr fordern, womit dann auch einer Klage über Obstipation mehr Raum eingeräumt wird. Wie bereits oben beschrieben, konsultiert nur ein relativ geringer Anteil unter Obstipation leidender Patienten einen Arzt. Bei Diabetikern, die in die Chronikerprogramme eingeschrieben sind, fällt diese Hemmschwelle daher weg.

4.3.7. Therapie

Die an der vorliegenden Studie teilnehmenden Ärzte empfahlen in 94,4% der Fälle allgemeine Therapiemaßnahmen, wie beispielsweise eine Veränderung der Nahrungsaufnahme oder des Lebensstils. Diese hohe Zahl lässt sich vor allem mit der Einfachheit der Mittel und den damit für das Gesundheitssystem verbundenen geringen Kosten erklären. Des Weiteren stehen sie in den vorhandenen Therapiealgorithmen an erster Stelle, wobei es jedoch zu beachten gilt, dass es keine standardisierte Behandlungsleitlinie gibt, welche in die tägliche Arbeit Eingang gefunden hat [46]. In welchem Umfang diese Maßnahmen dann auch vom Patienten durchgeführt werden, wurde in dieser Untersuchung nicht erfasst.

Die Effektivität dieser Maßnahmen in Bezug auf die Stuhlkonsistenz und den Kolontransit ist jedoch durchaus kritisch zu betrachten. So gibt es keinen Nachweis für die Wirksamkeit von erhöhter Flüssigkeitszufuhr und vermehrter Bewegung [41], welche in unserer Studie mit 77% beziehungsweise 51,2% die am häufigsten empfohlenen Allgemeinmaßnahmen waren. Dieser fehlende Wirksamkeitsnachweis spiegelt sich auch in der Tatsache wieder, dass obstipierte Personen nicht weniger Flüssigkeit zu sich nehmen, als solche, die nicht unter Obstipation leiden [40]. Des Weiteren konnte durch erhöhte Flüssigkeitszufuhr auch keine Verbesserung des Stuhltransports nachgewiesen werden [7]. Im Gegensatz hierzu können spezielle Nahrungstipps, welche in unserer Untersuchung in 123 Fällen gegeben wurden, durchaus eine wirksame Therapiemodalität darstellen, vor allem wenn es sich hierbei um die vermehrte Aufnahme von Ballaststoffen handelt. Für diese konnte eine Erhöhung der Stuhlfrequenz und eine Abnahme der Transitzeit durch das Kolon nachgewiesen werden [32]. Hierbei gilt es jedoch die Genese der Obstipation zu beachten, da zum Beispiel beim Reizdarmsyndrom mit im Vordergrund stehender Obstipation kein Effekt hierfür nachgewiesen werden konnte [50].

Eine medikamentöse Therapie mittels Laxantien wurde in 41,4% der Fälle durchgeführt. Dieser Wert deckt sich mit den Ergebnissen von Shah et al., in deren bereits erwähnter Studie im Zeitraum zwischen 2001 und 2004 43,8% der Patienten mit Obstipation ein Medikament verschrieben wurde [43]. Ähnliche Zahlen fanden auch Bellini et al., in deren Studie dies bei 55,4% der Patienten, die

im Rahmen eines Reizdarmsyndroms unter Obstipation klagten, der Fall war [2]. Auffällig waren persönliche Präferenzen der teilnehmenden Ärzte in Bezug auf die Wahl des Laxans, die auch Mihaylov et al. beschrieben [36]. Die in unserer Studie am häufigsten verschriebene Medikamentenklasse stellen mit einem Anteil von 54% die osmotisch wirksamen Laxantien dar, gefolgt von hydragogen Laxantien und pharmakologischen Kombinationspräparaten, deren Zusammensetzung nicht erfragt wurde, weshalb hier keine Zuordnung der einzelnen Bestandteile zu den verschiedenen Gruppen möglich ist. Überhaupt keine Rolle spielten stuhlaufweichende Medikamente sowie Füll- und Quellmittel.

Shah et al. stellten in ihrer über den Zeitraum von 1993 bis 2004 angelegten Studie eine Veränderung in der Verordnungspraktik der Ärzte fest. So waren zunächst Füll- und Quellmittel die am häufigsten verschriebenen Laxantien, welche dann im Zeitraum zwischen 2001 und 2004 nur noch eine untergeordnete Rolle spielten und von den osmotisch wirksamen Laxantien, die in diesem Zeitraum wie auch in unserer Studie rund die Hälfte der verschriebenen Medikamente ausmachten, verdrängt wurden [43]. Somit finden sich also auch in diesem Punkt große Übereinstimmungen.

Dennoch sind unsere Zahlen in diesem Punkt vor dem Hintergrund der oben beschriebenen starken persönlichen Präferenzen und der relativ geringen Zahl der teilnehmenden Praxen nur bedingt repräsentativ. Auf der anderen Seite berücksichtigen sie jedoch auch Erkenntnisse zur Wirksamkeit der verschiedenen Laxanatienklassen. So wurde ein eindeutiger Wirksamkeitsnachweis für die osmotische wirksamen Laxantien Lactulose und Polyethylenglykol erbracht (Evidenzgrad A), wohingegen für Füll- und Quellmittel die Datenlage nicht in dieser Weise zu beurteilen ist [6].

4.4. Schlussfolgerung

Ziel dieser Studie war es, Basisdaten zum Symptom Obstipation im hausärztlichen Setting in Deutschland zu gewinnen. Es zeigte sich, dass das Symptom Obstipation in der täglichen Arbeit eines hausärztlich tätigen Arztes durchaus eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt. Vor allem betagte Patienten suchen aufgrund dieses Symptoms einen Arzt auf und das weibliche Geschlecht überwiegt tendenziell. Deutlich wurde auch, dass nicht allein die Stuhlfrequenz das entscheidende Kriterium ist, einen Arzt aufzusuchen, sondern vielmehr zusätzlich oder auch isoliert in den meisten Fällen abdominelle Beschwerden vorliegen. Es ist also davon auszugehen, dass ein gewisser Leidensdruck der Konsultation des Arztes mit dem Symptom Obstipation vorausgeht. Bezüglich des Umgangs mit diesem Symptom zeigte sich, dass fast allen Patienten zu Allgemeinmaßnahmen geraten wird, welche jedoch von zweifelhaftem Nutzen sind. Bei rund der Hälfte der Patienten wird eine medikamentöse Therapie eingeleitet, wobei sich diese vor allem an den Vorlieben der einzelnen Ärzte orientiert und nicht an wissenschaftlichen Erkenntnissen oder der Genese des Symptoms. Bei einem Großteil der Patienten wird keine weitere Diagnostik durchgeführt, sondern „abwartendes Offenhalten“ als Vorgehensweise gewählt. Hierbei bleibt jedoch unklar, über welchen Zeitraum dies als adäquate Vorgehensweise angesehen wird. Hier könnte es ein Ziel weiterer Studien sein, Leitlinien festzulegen, nach welchem Zeitraum des abwartenden Offenhaltens ohne Klärung des Krankheitsbildes weitere Diagnostik eingeleitet werden sollte. Hierfür wäre es auch von Wichtigkeit, Verlaufsbeobachtungen einzelner Patienten, die über das Symptom Obstipation klagen, über einen längeren Zeitraum durchzuführen und auch die Ergebnisse weiterführender Untersuchungen, zum Beispiel von Koloskopien zu berücksichtigen.

In dieser Studie wurden Basisdaten zum Symptom Obstipation im hausärztlichen Setting gesammelt. Ziel weiterführender Studien könnte es zudem sein, die oben beschriebenen Tendenzen bezüglich der Geschlechts- und Altersverteilung zu überprüfen.

5. Zusammenfassung

Obstipation ist ein in der Gesellschaft häufig vorkommendes Symptom, Basisdaten welche Rolle dieses Symptom in der täglichen Arbeit eines Hausarztes spielt, welche Konsequenzen daraus gezogen werden und welches Kollektiv überhaupt seinen Hausarzt diesbezüglich aufsucht sind jedoch für Deutschland nicht vorhanden.

Dies wurde in der vorliegenden Studie mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens in sieben Hausarztpraxen über einen Zeitraum von vier Quartalen untersucht.

Es zeigte sich, dass bei über 1% der Patienten, die den Hausarzt in einem Quartal kontaktieren, das Symptom Obstipation eine Rolle spielt. Diese Patienten sind in der Mehrzahl weiblich und es zeigt sich eine deutliche Zunahme ab einem Alter von 60 Jahren. Die Mehrzahl der Patienten hatte vor dem Arztkontakt eine Stuhlfrequenz von 2-3/Woche, es konsultierten jedoch auch Patienten mit einer Stuhlfrequenz von >4/Woche den Hausarzt aufgrund einer Obstipation. In den meisten Fällen wurde eine harte Stuhlkonsistenz berichtet, zudem lagen in rund 90% Kontakte auch Begleitsymptome, wie zum Beispiel Bauchschmerzen, vor. Es suchten sowohl Patienten mit chronischer Obstipation, als auch Patienten mit neu aufgetretener Obstipation den Arzt auf. Die weitere Vorgehensweise der Ärzte zeigt eine große Bandbreite vom „abwartenden Offenhalten“, welches als häufigste Vorgehensweise gewählt wurde, bis hin zur Krankenhauseinweisung. Therapeutisch wurde vor allem zu Allgemeinmaßnahmen, wie vermehrte Flüssigkeitszufuhr und Bewegung geraten. In beinahe der Hälfte der Fälle wurden jedoch auch medikamentöse Maßnahmen eingeleitet. Die Auswahl der verschriebenen Laxantien variiert hierbei sehr stark zwischen den Praxen und es sind individuelle Vorlieben festzustellen.

Die erhobenen Daten sind mit den bereits in anderen Ländern erhobenen Daten sowohl in der Häufigkeit der Inanspruchnahme des Arztes, als auch in Bezug auf die Therapie vereinbar.

Diese Studie sollte dazu dienen, Basisdaten zur Bedeutung des Symptoms Obstipation in der hausärztlichen Praxis zu sammeln. Es konnte gezeigt werden,

dass dieses Symptom eine nicht zu unterschätzende Rolle im deutschen Gesundheitswesen spielt. Ziel weiterer Untersuchungen sollte sein aufgezeigte Tendenzen bezüglich der Geschlechts- und Altersverteilung und bezüglich der Verordnungspraxis von Laxantien näher zu untersuchen. Des Weiteren gilt es, Leitlinien über das Vorgehen bei Patienten, die unter dem Symptom Obstipation leiden zu erarbeiten und zu etablieren.

6. Literaturverzeichnis

[1] Ashraf W, Park F, Lof J and Quigley EM: An examination of the reliability of reported stool frequency in the diagnosis of idiopathic constipation. Am J Gastroenterol 91:26-32 (1996)

[2] Bellini M, Tosetti C, Costa F, Biagi S, Stasi C, Del Punta A, Monicelli P, Mumolo MG, Ricchiuti A, Bruzzi P and Marchi S: The general practitioner's approach to irritable bowel syndrome: from intention to practice. Dig Liver Dis 37:934-9 (2005)

[3] Bosshard W, Dreher R, Schnegg JF and Bula CJ: The treatment of chronic constipation in elderly people: an update. Drugs Aging 21:911-30 (2004)

[4] Boynton PM and Greenhalgh T: Selecting, designing, and developing your questionnaire. Brit Med J 328:1312-5 (2004)

[5] Boynton PM: Administering, analysing, and reporting your questionnaire. Brit Med J 328:1372-5 (2004)

[6] Brandt LJ, Prather CM, Quigley EM, Schiller LR, Schoenfeld P and Talley NJ: Systematic review on the management of chronic constipation in North America. Am J Gastroenterol 100 Suppl 1:S5-S21 (2005)

[7] Chung BD, Parekh U and Sellin JH: Effect of increased fluid intake on stool output in normal healthy volunteers. J Clin Gastroenterol 28:29-32 (1999)

[8] Donald IP, Smith RG, Cruikshank JG, Elton RA and Stoddart ME: A study of constipation in the elderly living at home. Gerontology 31:112-8 (1985)

[9] Drossman DA, Sandler RS, McKee DC and Lovitz AJ: Bowel patterns among subjects not seeking health care. Use of a questionnaire to identify a population with bowel dysfunction. Gastroenterology 83:529-34 (1982)

[10] Drossman DA and Dumitrascu DL: Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders. J Gastrointestin Liver Dis 15:237-41 (2006)

[11] Eoff JC: Optimal treatment of chronic constipation in managed care: review and roundtable discussion. J Manag Care Pharm 14:1-15 (2008)

[12] Erckenbrecht JF: Epidemiologie der Obstipation. Zeitschrift für Gastroenterologie 38:3-5 (2000)

[13] Ercklenbrecht JF and Geppert M: Definition und Symptome, Epidemiologie, Diagnostik und Therapie - Obstipation - ein tägliches Problem. Klinikarzt 33:199-205 (2004)

[14] Everhart JE, Go VL, Johannes RS, Fitzsimmons SC, Roth HP and White LR: A longitudinal survey of self-reported bowel habits in the United States. Dig Dis Sci 34:1153-62 (1989)

[15] Fischer-Dückelmann A: Die Frau als Hausärztin, 2. Auflage, Süddeutsches Verlags-Institut, Stuttgart, S. 619 (1905)

[16] Galvez C, Garrigues V, Ortiz V, Ponce M, Nos P and Ponce J: Healthcare seeking for constipation: a population-based survey in the Mediterranean area of Spain. Aliment Pharmacol Ther 24:421-8 (2006)

[17] Garrigues V, Galvez C, Ortiz V, Ponce M, Nos P and Ponce J: Prevalence of constipation: agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain. Am J Epidemiol 159:520-6 (2004)

[18] Harari D, Gurwitz JH, Avorn J, Bohn R and Minaker KL: Bowel habit in relation to age and gender. Findings from the National Health Interview Survey and clinical implications. Arch Intern Med 156:315-20 (1996)

[19] Harari D, Gurwitz JH, Avorn J, Bohn R and Minaker KL: How do older persons define constipation? Implications for therapeutic management. J Gen Intern Med 12:63-6 (1997)

[20] Herz MJ, Kahan E, Zalevski S, Aframian R, Kuznitz D and Reichman S: Constipation: a different entity for patients and doctors. Fam Pract 13:156-9 (1996)

[21] Higgins PD and Johanson JF: Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. Am J Gastroenterol 99:750-9 (2004)

[22] http://boefingen.ulm.de/rpg/index.htm, aufgerufen am 15.12.2009

[23] http://www.augsburger-allgemeine.de/Home/Lokales/Illertissen/Lokalnachrichten/Artikel -E-i-K-N-s-l-a, 1753319_regid,8_puid,2_pageid,4498.html, aufgerufen am 22.07.2010

[24] http://www.goslar.de/buerger.htm, aufgerufen am 15.12.2009

[25] http://www.nls.niedersachsen.de/Tabellen/Bevoelkerung/Ranking_2009.html, aufgerufen am 15.12.2009

[26] http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/SRDB/Tabelle.asp?H=BevoelkGebiet&U=02&T=01035050&E=GE&K=116&R=GE116042, Daten für Quartal 2/2006, aufgerufen am 15.12.2009

[27] http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/SRDB/Tabelle.asp?H=BevoelkGebiet&U=02&T=01035050&E=GE&K=117&R=GE117033, Daten für Quartal 2/2006, aufgerufen am 15.12.2009

[28] http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/SRDB/Tabelle.asp?H=BevoelkGebiet&U=02&T=01035050&E=GE&K=117&R=GE117058, Daten für Quartal 2/2006, aufgerufen am 15.12.2009

[29] http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/SRDB/Tabelle.asp?H=BevoelkGebiet&U=02&T=01035050&E=GE&K=421&R=GE421000, Daten für Quartal 2/2006

aufgerufen am 15.12.2009

[30] Hurst AF: Constipation and allied intestinal disorders, 2. Auflage, Hodder and Stoughton, London, S. 69-71 (1919)

[31] Johanson JF, Sonnenberg A and Koch TR: Clinical epidemiology of chronic constipation. J Clin Gastroenterol 11:525-36 (1989)

[32] Klauser AG and Muller-Lissner SA: How effective is nonlaxative treatment of constipation? Pharmacology 47 Suppl 1:256-60 (1993)

[33] Levy N, Stermer E, Steiner Z, Epstein L and Tamir A: Bowel habits in Israel. A cohort study. J Clin Gastroenterol 16:295-9 (1993)

[34] Lüllmann H, Mohr K and Wehling M: Pharmakologie und Toxikologie, Georg Thieme Stuttgart New York, S. 233-235 (2003)

[35] Martin BC, Barghout V and Cerulli A: Direct medical costs of constipation in the United States. Manag Care Interface 19:43-9 (2006)

[36] Mihaylov S, Stark C, McColl E, Steen N, Vanoli A, Rubin G, Curless R, Barton R and Bond J: Stepped treatment of older adults on laxatives. The STOOL trial. Health Technol Assess 12:iii-iv, ix-139 (2008)

[37] Mildenstein K and Beyer M: Patientenstamm und Fluktuation in einer Hausarztpraxis über den Zeitraum von zehn Jahren - ein Beitrag zum Denominatorproblem. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 18:27-28 (2002)

[38] Mörgeli C: Hüter des Afters - eine kurze Geschichte der Verdauung. Neue Zürcher Zeitung Folio 4:49-53 (1997)

[39] Mueller-Lissner S, Kamm MA, Wald A, Hinkel U, Koehler U, Richter E and Bubeck J: Multicenter, 4-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial of sodium picosulfate in patients with chronic constipation. Am J Gastroenterol 105:897-903 (2010)

[40] Muller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C and Wald A: Myths and misconceptions about chronic constipation. Am J Gastroenterol 100:232-42 (2005)

[41] Ramkumar D and Rao SS: Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: systematic review. Am J Gastroenterol 100:936-71 (2005)

[42] Sandler RS, Jordan MC and Shelton BJ: Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. Am J Public Health 80:185-9 (1990)

[43] Shah ND, Chitkara DK, Locke GR, Meek PD and Talley NJ: Ambulatory care for constipation in the United States, 1993-2004. Am J Gastroenterol 103:1746-53 (2008)

[44] Sonnenberg A and Koch TR: Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. Dig Dis Sci 34:606-11 (1989)

[45] Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, Woods MS, Stemhagen A, Chee E, Lipton RB and Farup CE: Epidemiology of constipation (EPOC) study in the United States: relation of clinical subtypes to sociodemographic features. Am J Gastroenterol 94:3530-40 (1999)

[46] Tack J, Muller-Lissner S, Stanghellini V, Boeckxstaens G, Kamm MA, Simren M, Galmiche JP and Fried M: Diagnosis and treatment of chronic constipation - a European perspective. Neurogastroenterol Motil 23:697-710 (2011)

[47] Talley NJ, Jones M, Nuyts G and Dubois D: Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. Am J Gastroenterol 98:1107-11 (2003)

[48] Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ and Muller-Lissner SA: Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Gut 45 Suppl 2:II43-7 (1999)

[49] Vandvik PO, Kristensen P, Aabakken L and Farup PG: Abdominal complaints in general practice. Scand J Prim Health Care 22:157-62 (2004)

[50] Voderholzer WA, Schatke W, Muhldorfer BE, Klauser AG, Birkner B and Muller-Lissner SA: Clinical response to dietary fiber treatment of chronic constipation. Am J Gastroenterol 92:95-8 (1997)

[51] Wald A: Constipation in the primary care setting: current concepts and misconceptions. Am J Med 119:736-9 (2006)

[52] Whitehead WE, Drinkwater D, Cheskin LJ, Heller BR and Schuster MM: Constipation in the elderly living at home. Definition, prevalence, and relationship to lifestyle and health status. J Am Geriatr Soc 37:423-9 (1989)

Anhang

- **Fragebogen**
- **Danksagung**
- **Lebenslauf**

Obstipation als Beratungsanlass in der hausärztlichen Praxis

Patient

❒ Der Patient/ die Patientin ist mit der anonymen Dokumentation der Daten einverstanden

❒ weibl. ❒ männl. Alter |___| |___| Jahre

Datum des Beschwerde-Erstkontakts |__| |__|.|__| |__|.|__| |__|
Tag Monat Jahr

Beruf: ❒ **Voll-/Teilzeit Berufstätig** ❒ **Haushalt/Erziehung** ❒ **keine Berufstätigkeit**

Liegt Pflegebedürftigkeit/ eine Pflegestufe nach SGB vor?

❒ **Nein** ❒ **Pflegebedürftigkeit** ❒ **Stufe I** ❒ **Stufe II** ❒ **Stufe III**

Anamnese

Beschwerdedauer seit ❒ weniger als 1 Woche

❒ 1 Woche bis 1 Monat
❒ 1 bis 6 Monate (1/2 Jahr) ❒ 1/2 bis 1 Jahr ❒ seit mehr als 1 Jahr

❒ Ersterkrankung ❒ rezidivierend ❒ chronisch

❒ schon ein Kontakt wegen Obstipation im Erhebungszeitraum

***Ursache* nach Ansicht des Patienten**

❒ Flüssigkeitsmangel ❒ Komorbidität ❒ Bewegungsmangel

❒ Alter

❒ „empfindlicher Magen/Darm“ ❒ Medikamente .....

❒ Ernährung/ verdächtigte Lebensmittel: .....

❒ anderes: .....

aktuelle Symptomatik (Patientenangaben)

Stuhlfrequenz in letzten 7 Tagen

❒ 0 ❒ 1 ❒ 2 - 3 ❒ 4 - 7 ❒ > 7

Stuhlkonsistenz

❒ geformt/ normal ❒ hart ❒ weich/breiig ❒ inhomogen

❒ Teerstuhl ❒ Verstopfungsdurchfall ❒ teils/ teils

Begleitsymptome

❒ Analschmerz ❒ Leibschmerzen ❒ Tenesmen

❒ Koliken

❒ Inappetenz ❒ Flatulenz/ Meteorismus ❒ Schwäche/Krankheitsgefühl

❒ Übelkeit/ Erbrechen |___| mal

Untersuchungsbefunde

Stuhl-Beimengungen

❒ keine

❒ Blut ❒ Schleim ❒ ‚Fetzen' ❒ Nahrungsreste

❒ Parasiten

❒ selber gesehen ❒ anamnestisch

Körperliche Untersuchung

❒ In diesem Fall ist die körperliche Untersuchung *nicht notwendig*

❒ Untersuchung durchgeführt: *ohne auffälligen Befund*

Relevante/ pathologische Befunde:

❒ Spontanschmerz ↯

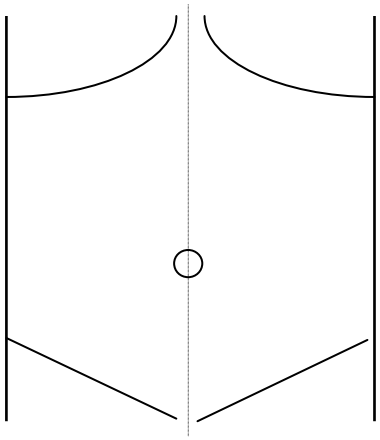
❒ Druckschmerz DS

❒ Resistenz R

❒ Abwehrspannung A

❒ Meteorismus M

❒ Peristaltik – / + / ++ / +++



Für das Beschwerdebild relevante, bekannte Komorbidität/ Begleitumstände

❒ **Keine**

❒ Schwangerschaft ❒ Diabetes mellitus ❒ M. Crohn/ Colitis ulcerosa

❒ Fasten/ Diät ❒ Polyneuropathie ❒ Z. n. gastrointestinaler OP

❒ Hämorrhoidalleiden ❒ Drogenabusus ❒ Z. n. intestinaler Diagnostik

❒ Laxantienabusus ❒ Hypothyreose ❒ Fehl-/Mangelernährung

❒ Stuhlinkontinenz ❒ Harninkontinenz ❒ dementielles Syndrom

❒ Somatisierungsstörung/ **Reizdarmsyndrom** ❒ Adipositas ❒ Megacolon

❒ anderes: .....

Für das Beschwerdebild möglicherweise relevante, bekannte Medikation

❒ **Keine**

❒ Opiate/Opioide (anticholinerg) ❒ Loperamid ❒ Antidepressiva

❒ Eisenpräparate ❒Laxantien (Langzeit) ❒ Codein/Paracodin

❒ Thyreostatika ❒ Neuroleptika ❒ α-1-Blocker (Prazosin, Doxazosin)

❒ anderes: .....

Diagnostik und Diagnose

Kausalität der Obstipation nach* vorläufiger *ärztlicher Einschätzung

❒ funktionell (ICD K 59) ❒ somatoform (ICD F 45) ❒ psychosomatisch (ICD F 54/59)

❒ Diätfehler/ Nahrungsunverträglichkeit ❒ Flüssigkeitshaushalt

❒ Symptom einer Grunderkrankung:

.....

❒ Medikamentennebenwirkung/ iatrogen:
.....

❒ **(Arbeits-)Diagnose** (= Therapieentscheidung getroffen) ❒ **Verdacht** (= weitere Diagnostik eingeleitet)

❒ Obstipation o.n.A. ❒ funktionelle Darmstörung (PNP, funkt. Megacolon, etc.) **(K59.X)**

❒ Reizdarm **(K58.X)** ❒ Colitis ulcerosa **(K51.X)** ❒ M. Crohn **(K50.X)**

❒ colorektaler Tumor ❒ Tumorerkrankung (paraneoplastisches Symptom)

❒ andere nichtinfektiöse (toxische/allergische) Enteropathie **(K52.X)**

❒ Arzneimittelnebenwirkung **(Y50 - Y59)** :
.....

❒ anderes: .....

Weiteres Vorgehen

❒ es wurde schon ein-/mehrmals Diagnostik durchgeführt

❒ keine weitere ärztliche Maßnahme geplant

❒ abwartendes Offenhalten (Wiedereinbestellung bei längeren, verschlechterten, neuen Beschwerden)

❒ weitere hausärztliche Diagnostik (Hämoccult, Labor, etc.)

❒ Wiedereinbestellung ❒ wegen Obstipation ❒ aus anderem Grund

❒ Überweisung an Internisten/ Gastroenterologen ❒ stationäre Einweisung

❒ Überweisung an .....

Therapie

❒ keine speziellen therapeutischen Empfehlungen oder Maßnahmen

Allgemeine Maßnahmen

❒ vermehrte Flüssigkeitszufuhr ❒ vermehrte Bewegung/ Trainingsprogramm

❒ spezielle Nahrungstipps (Leinsaat, Trockenobst, Joghurt, etc.) ❒ Darmmassage

❒ Meiden bestimmter Nahrungsmittel ❒ physik. Maßnahmen (manuell, Einläufe)

Medikamentöse Therapie

❒ Modifikation bestehender medikamentöser Therapie einer Grunderkrankung

❒ allgemeine Empfehlung frei verkäuflicher Mittel zur Stuhlregulierung

❒ Laxantien (orale Präparate)

❒ Sennablätter ❒ Rizinus ❒ Flohsamen ❒ phytotherapeutisches Kombipräparat

❒ Lactulose ❒ Bisacodyl (Dulcolax®, Laxoberal®, etc.) ❒ Na^{+}-Picosulfat (Liquedipur®, etc.)

❒ Macrogol (Laxofalk®) ❒ Glycerol ❒ Mg^{++}-Sulfat ❒ Paraffin-Lösung (Obstinol®)

❒ pharmakologisches Kombinationspräparat (Movicol®, etc.)

❒ andere:

.....

❒ **(Apothekenpflichtige) Klistiere/ Zäpfchen** .....

❒ **Homöopatika** .....

andere Therapiemodalitäten, bitte aufschreiben (z.B. Spezialdiät, physikalisch, etc.)

.....

.....

.....

✍ zusätzliche Anmerkung:

Danksagung

Ich bedanke mich sehr herzlich bei Herrn Prof. Dr. Zeitler für die freundliche Überlassung des Themas.

Besonderer Dank gilt Herrn Dr. Gulich, der mich während des gesamten Zeitraums der Datenerhebung und der Erstellung dieser Arbeit mit großem Engagement begleitete und immer ein offenes Ohr für auftretende Probleme hatte.

Des Weiteren ein herzliches Dankeschön den an dieser Untersuchung teilnehmenden Praxen, welche aus Datenschutzgründen nicht namentlich erwähnt werden möchten.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken, die mir dieses Studium ermöglicht haben und mit großer Ausdauer an der Korrektur der Arbeit beteiligt waren.

Lebenslauf

Lebenslauf aus Gründen des Datenschutzes entfernt