

DEGAM-Leitlinie Harninkontinenz – eine gekürzte Fassung der Langversion: Wie viel Diagnostik und welche Therapien sind sinnvoll?

C. J. Niederstadt

*DEGAM Guidelines on Urinary Incontinence: What Level of Diagnostic
and which Therapies are Useful?*

Zusammenfassung

Die im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) entwickelte evidenzbasierte Leitlinie zur hausärztlichen Versorgung der Harninkontinenz Erwachsener hat zum Ziel, mit Hilfe praxisgerechter Empfehlungen in Diagnostik und Therapie die Differenzierung der Vorgehensweise in Notwendiges, Wünschenswertes, Überflüssiges und Obsoletes zu ermöglichen. Besonderer Gewichtung erfahren die Patientenbedürfnisse und die Patientenmotivation, die ein wesentliches Kriterium auf allen Entscheidungsebenen darstellen. Daneben betont diese Leitlinie die Bedeutung der Schnittstellen zwischen hausärztlich ambulanter Diagnostik und Therapie und spezialärztlich ambulanter bzw. stationärer Diagnostik und liefert Begründungen für jede Überweisungs-Empfehlung. Auch Hilfestellungen für die Patientenberatung als Begleitung spezialistischer, vor allem invasiver Diagnostik und Therapie werden gegeben.

Schlüsselwörter

Harninkontinenz · Leitlinie · Allgemeinmedizin · evidenzbasierte Medizin · Diagnostik · Therapie · Stressinkontinenz · Dranginkontinenz

Abstract

The aim of the guideline for management of urinary incontinence in primary care developed by the German Society for General Practice and Family Medicine (DEGAM) is to assist working general practice professionals with their choices of action by delineating measures that are absolutely necessary, or nice-to-have, or superfluous, or plainly obsolete. The guideline puts quite a bit of emphasis on patient needs and patient motivation. Patient preferences are considered main selection criteria whenever alternative options are available. The subject of interdisciplinary collaboration is also quite prominent within the guideline framework. Referral criteria for specialist consultation or transfer to a hospital are explained in detail at all levels of decision. The guideline also contains some in-detail explanations that can be used for patient counselling whilst they are undergoing specialist diagnostics and treatment.

Key words

Urinary incontinence · guideline · evidence based medicine · primary care · diagnostics · therapy

Einleitung

Häufigkeit und Relevanz

Die Angaben zur Prävalenz, also der Häufigkeit des Symptoms in der Bevölkerung, schwanken in der Literatur sehr stark, zwischen fünf und über fünfzig Prozent; nach einer systematischen Übersicht, die demnächst im Berichtsband „Harninkontinenz“

der Bundesgesundheitsberichterstattung erscheinen wird, ist von etwa 5 % bis 20% Betroffenen mit signifikanter Inkontinenz über 65 Jahren in der Allgemeinbevölkerung auszugehen.

Der Tabucharakter, der dem Symptom anhaftet, macht eine Aufdeckung der Betroffenen schwierig. Zudem existiert auch eine schwer ausrottbare Überzeugung bei Ärzten wie Patienten, dass

Korrespondenzadresse

Dr. Christina Niederstadt, MPH · Wollweg 2 · 30519 Hannover · E-mail: niederstadt@email.de

Bibliografie

Z Allg Med 2004; 80: 523–528 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-832444
ISSN 0014-336251

Inkontinenz ein normaler Bestandteil des Alterungsprozesses und deswegen eine Behandlung weder notwendig noch erfolgversprechend sei. Unter Ärzten kursiert auch die Vorstellung, dass man bei Harninkontinenz „sowieso nichts machen“ kann, was auch als „therapeutischer Nihilismus“ bezeichnet wird.

Dies drückt sich unter anderem darin aus, dass mindestens rund 30% der mittel bis schwer betroffenen Patienten keine medizinische Behandlung erhalten.

Definition und Klassifikation der Harninkontinenz

Harninkontinenz bezeichnet ganz allgemein die Unfähigkeit, die Harnausscheidung hinsichtlich Zeit und Ort zu kontrollieren.

Bei der in der Hausarztpraxis beobachtbaren Harninkontinenz handelt es sich gemäß International Continence Society nicht um eine Erkrankung, sondern um ein Symptom, dem Störungen diverser Funktionskreise an unterschiedlichen Stellen zugrunde liegen können, woraus sich dann zum Teil auch unterschiedliche therapeutische Möglichkeiten ableiten.

Entsprechend der möglichen Störungen lassen sich verschiedene Formen oder Typen der Harninkontinenz beschreiben.

Harndranginkontinenz

Harndranginkontinenz ist gekennzeichnet durch ein starkes Harndranggefühl in Zusammenhang mit einem unwillkürlichen Urinverlust. Charakteristischerweise haben Betroffene oft einen so ausgeprägten Harndrang, dass es bereits auf dem Wege zur Toilette zum Urinverlust kommt.

Eine reine Dranginkontinenz ist bei Frauen unter 50 Jahren seltener als die Stressinkontinenz. Mit zunehmendem Lebensalter wird sie die vorherrschende Inkontinenzform, die dann bei vorher bestehender Stressinkontinenz zu einer Mischinkontinenz wird. Bei Männern ist die Dranginkontinenz in jedem Lebensalter die vorherrschende Inkontinenzform.

Die Harndranginkontinenz spricht von allen Inkontinenzformen am Besten auf medikamentöse Therapie-Ansätze an.

Harnstressinkontinenz

Die Bezeichnung Harnstressinkontinenz kann zu Fehlinterpretationen führen, da mit dem Wort Stress nur eine rein mechanische Belastung gemeint ist. Ein besserer, aber noch wenig gebräuchlicher, Ausdruck zur Beschreibung dieser Inkontinenzform ist daher der Begriff „Belastungsinkontinenz“. Es kommt hierbei zu unwillkürlichem Harnverlust bei Anstrengungen, z.B. beim Heben und Tragen, aber auch beim Niesen oder Husten, oder bei sonstigen körperlichen Arbeiten. Generell kann jede mechanische Belastung, die zu einer Erhöhung des Drucks im Bauchraum führt, eine Belastungsinkontinenz auslösen.

Die Harnstressinkontinenz ist die vorherrschende Inkontinenzform bei Frauen. Sie ist durch einen gestörten Harn-Verschlussapparat, oft im Zusammenhang mit einem geschwächten Beckenboden, z. B. nach Geburten, bedingt.

Mischharninkontinenz (Mixed Urinary Incontinence)

Als Mischharninkontinenz wird jede Inkontinenz bezeichnet, die Symptome der Drang- wie der Anstrengungsassoziierten Inkontinenz miteinander vereint.

Enuresis

Als Enuresis wird jeder unwillkürliche Harnverlust während des Schlafs bezeichnet.

Nachträufeln nach dem Wasserlassen und kontinuierlicher Harnverlust

Mit diesen Begriffen werden weitere Symptome beschrieben, die bis vor kurzem nach ICS unter dem Terminus „Unbewusste Inkontinenz“ eingeordnet wurden. Nachträufeln kommt bei Männern häufiger als bei Frauen vor und wird nicht immer als störend empfunden. Der kontinuierliche Harnverlust ist eine unbewusste Inkontinenzform, die nicht mit Harndrang einhergeht und im Moment des Harnverlustes auch nicht bewusst wahrgenommen wird.

Vorübergehende, funktionelle oder transiente Inkontinenz

Vor allem bei älteren Patienten findet sich oft eine reversible (transiente) Inkontinenz; häufig als Folge eingeschränkter Fähigkeiten im Bereich Mobilität oder Kognition. Unmittelbare Therapieansätze bestehen bei den Betroffenen in der Behandlung der zu Grunde liegenden Einschränkungen, z. B. durch geschickten Einsatz von Hilfsmitteln wie Aufsteh- oder Geh-Hilfen, Toilettensitz-erhöhungen und Ähnlichem.

Reflexinkontinenz und die Überlaufblase

Diese beiden Inkontinenztypen können letztlich nur mittels zys-tometrischer oder urodynamischer Diagnostik festgestellt werden.

Typischerweise spüren die Betroffenen bei Reflexinkontinenz keinerlei Harndrang, die Blase entleert sich selbständig und unwillkürlich oder auf Klopfreiz. Oft entleert sich die Reflexblase nur unvollständig, was dann die Gefahr von aufsteigenden Infektionen nach sich zieht.

Eine Überlaufblase kann neurologisch oder durch anatomische oder funktionelle Obstruktion des Harnabflusses entstehen.

Überlaufblase und Reflexblase sind immer „kompliziert“ und sollten spezialärztlich behandelt werden.

Wichtigste Differenzialdiagnosen sind entzündliche Prozesse im unteren Hartrakt und in unmittelbarer anatomischer Nähe zum Hartrakt sowie alle möglichen Neubildungen, die mit Inkontinenz als Symptom einhergehen könnten.

Typische Entzündungszeichen können in der Regel schon per Anamnese festgestellt und dann entsprechend mittels Untersuchung und Laborbefund weiter abgeklärt werden.

Generell gilt zur Abwendung möglicher gefährlicher Verläufe bei der Harninkontinenz: Geht die Harninkontinenz mit Schmerzen, neurologischen Symptomen, Fieber oder sonstigen Allgemeinsymptomen einher, so ist immer der Verdacht auf eine zugrunde liegende oder komplizierende Erkrankung gegeben. Dieser muss

abgeklärt werden, bevor eine hausärztliche Inkontinenztherapie eingeleitet werden kann

Prognose

Das Vorliegen einer Inkontinenz steigert aber das Risiko für eine Krankenhausaufnahme und auch für eine Heimaufnahme. Inkontinenz gilt als wesentlicher Indikator für den Schweregrad, Verlauf und Rehabilitation eines Schlaganfalls. Bestand eine Inkontinenz schon vor dem Schlaganfall, so besteht ein erhöhtes Risiko, an den Folgen des Schlaganfalls zu versterben. Die Dranginkontinenz stellt einen Risikofaktor für Stürze und bei Älteren für Frakturen dar.

Inkontinenz und Demenz beeinflussen sich gegenseitig, so dass über eine Besserung der Inkontinenz auch die Demenz gebessert werden kann und umgekehrt.

Insbesondere in Einrichtungen der stationären Pflege ist die Inkontinenz ein wesentlicher Risikofaktor für das Entstehen von Wundliegen und Entzündungen der Haut im Intimbereich, was wiederum zu aufsteigenden Infektionen führen kann. Auch die bei Inkontinenz gehäuft auftretenden Harnwegsinfektionen können zu ernsthaften Folgen in Form von Nierenbeckenentzündungen und Sepsis führen. Genaue Zahlen über diese Ereignisse lassen sich nicht erheben.

Lebensbedrohliche Erkrankungen als Komplikation einer Drang- oder Stressinkontinenz sind – abgesehen von diesen, durch gute Pflege vermeidbaren Sekundärfolgen bei multimorbiden, bettlägerigen Pflegebedürftigen – in der ambulanten Medizin und bei mobilen Patienten nicht zu erwarten.

Diagnostik

Die Anamnese ist das Wichtigste diagnostische Instrument für die Inkontinenzklassifikation und -behandlung.

Der Ausschluss einer komplizierten Inkontinenz gelingt mittels Fragen, die Aufschluss über mögliche neurologische Symptome oder Entzündungszeichen geben sowie Fragen nach möglichen Störungen des anatomischen Gefüges im kleinen Becken, wie Operationen oder Unfällen.

Hinweisen auf eine neurologische Erkrankung sollte selbstverständlich immer nachgegangen werden. Eine spezielle neurologische Diagnostik ist vor Einleitung einer konservativen Inkontinenztherapie in der Hausarztpraxis nicht notwendig.

Da eine Vielzahl von Medikamenten auf das autonome Nervensystem, und somit auch auf die Blasenfunktion, wirken, ist eine Revision aller vom Patienten oder der Patientin eingenommenen Medikamente fester Bestandteil der Inkontinenzdiagnostik und -therapie. Unter Umständen kann durch gezieltes Weglassen von Medikamenten oder das Austauschen bestimmter Medikamente gegen andere, ähnlich wirkende Substanzen oder durch eine Änderung der Einnahmezeiten dem Beratungsanlass bereits entsprochen werden.

Falls der inkontinenzbetroffene Patient in der Praxis nicht gut bekannt ist, ist es sinnvoll, sich einen Überblick über die allgemeine geistige und körperliche Beweglichkeit des Patienten zu verschaffen. Gerade im Hinblick auf eine mögliche reversible Inkontinenz könnten hier allgemein mobilisierende oder die Kognition verbessernde Trainingsprogramme helfen.

Weitere gezielte Fragen nach einzelnen Symptomen oder Risikofaktoren geben Hinweise auf die Inkontinenzform (dienen also vor allem der Klärung der Frage, ob eine Beckenbodenschwäche oder eine Steuerungsstörung wahrscheinlichere Auslöser sind) und liefern direkte therapeutische Ansatzpunkte.

Eine Adipositas ist offensichtlich – Inkontinenzbetroffene sollten darüber informiert werden, dass eine Reduktion des Übergewichtes auch die Harninkontinenz zu reduzieren vermag.

Personen mit chronischen Atemwegsinfekten und Raucher sollten die Information erhalten, dass häufiges Husten wegen der ständigen Druckstöße auf den Unterbauch eine Inkontinenz auslösen oder verstärken kann. Eine kausale Behandlung besteht in diesem Fall darin, alles weg zu lassen, was die Atemwege reizt und eine ggf. bestehende Therapie, z. B. bei Asthma, zu optimieren.

Vor allem ältere Männer sollten immer nach den typischen Symptomen einer Prostatahyperplasie gefragt werden: abgeschwächerter oder „stotternder“ Harnstrahl oder eine verzögerte Entleerung, verstärktes „Nachtröpfeln“ nach dem Wasserlassen oder „Dauertröpfeln“ sind hier wichtige Hinweise.

Dem Hausarzt sind in der Regel die meisten der vom Patienten regelmäßig eingenommen Präparate bekannt, doch kann es nicht schaden, nach Medikamenten zu fahnden, die der Patient vielleicht einnimmt, ohne dass der Hausarzt davon weiß. Eine große Zahl von Medikamenten beeinflusst die Kontinenzfunktion, so dass eine Überprüfung aller bei Auftreten der Inkontinenz zuletzt eingenommenen Medikamente sinnvoll ist.

Als hilfreiches Instrument für eine gezielte Anamnese in diesem Sinn enthält das Leitlinien-Set einen Fragebogen zur Anamnese, der vom Patienten ausgefüllt und anschließend am besten gemeinsam mit dem Patienten besprochen werden sollte.

Dieser Fragebogen enthält Fragen, die hohe Sensitivität und Spezifität für Störungen der Beckenbodenfunktion (relevant bei Stressinkontinenz) und der Blasen-Kontrollfunktionen (relevant bei Dranginkontinenz) besitzen.

Daneben werden noch Ursachen in den Bereichen Entleerungsstörung – Obstruktion (mögliche Prostatavergrößerung oder neurologische Ursache), Infektionen, ernährungsabhängige Probleme – Obstipation, neurologische Störungen, Rückenprobleme, psychosomatische Syndrome, Senkungsbeschwerden und Herzinsuffizienz erfasst.

Die Auswertung des Fragebogens liefert ein Muster der möglichen Inkontinenzursachen des betreffenden Patienten.

Ist der Punktwert für Beckenbodenschwäche hoch, so sollte ein Beckenbodentraining angeboten werden.

Ist der Punktwert für Harndrangprobleme hoch, so sollten ein Kontinenztraining und bei starken Drangbeschwerden eine medikamentöse Therapie angeboten werden.

Hinweise auf eine Entleerungsstörung oder eine Obstruktion führen zur Wertung der Inkontinenz als kompliziert und müssen zunächst weiter abgeklärt werden, bevor andere Entscheidungen mit dem Patienten getroffen werden.

Weitere Fragen betreffen die Ernährung und die Trinkmenge, das Vorhandensein von Rückenschmerzen und Entleerungsstörungen sowie Hinweisen auf mögliche Harnwegsinfektionen, Nykturie und Senkungsbeschwerden.

Hilfreich erweist sich der Fragebogen auch auf dem sensiblen Gebiet der Psychosomatik. Die Antworten auf die mit „P“ gekennzeichneten Fragen können zum unmittelbaren Gesprächseinstieg dienen und eine stützende hausärztliche Gesprächstherapie einleiten.

Hinweise auf eine erschwerte Entleerung

Hat der Fragebogen Hinweise auf eine erschwerte Entleerung ergeben, ist eine Bestimmung des Restharns (Urinmenge, die nach einer Blasenentleerung ungewollt noch in der Blase verbleibt) notwendig. In der Hausarztpraxis kann der Verdacht auf klinisch relevanten Restharn zunächst durch Betasten der Blasenregion erhärtet werden; bei Vorhandensein eines Ultraschallgerätes kann die Restharnbestimmung mittels Ultraschall vorgenommen werden. Wird ein Restharn per Tastuntersuchung festgestellt, besteht mit großer Wahrscheinlichkeit eine Störung, die der spezialärztlichen Intervention bedarf und der Patient muss überwiesen werden. Bei der Restharnbestimmung im Ultraschall tritt die Schwierigkeit auf, dass kein allgemein anerkannter Schwellenwert existiert, ab dem eine Überweisung notwendig ist. Unterhalb einer Restharnmenge von maximal 50 Milliliter liegt mit größter Wahrscheinlichkeit keine urologische Erkrankung vor.

Laboruntersuchungen

Wegen der relativen Häufigkeit des Blasenkarzinoms bei Älteren und um gleichzeitig evtl. vorhandener Infektionen aufzuspüren, deren Sanierung die Inkontinenz möglicherweise günstig beeinflusst, wird für alle inkontinenten Patienten eine einfache Urinuntersuchung empfohlen. Besteht eine Hämaturie trotz Infektsanierung weiter, sollte ein zytologischer Test auf ein Blasenkarzinom angefordert werden. Dieser Test ist für die Patienten nicht belastend und liefert kaum Falsch-Positive. Als Suchtest ist er – wenn keine weiteren Hinweise auf einem möglichen Tumor vorliegen – gut geeignet.

Bei älteren und bei Pflegeheimpatienten ist eine Blutuntersuchung des Serumnatriumspiegels empfehlenswert. Eine Hyponatriämie findet sich mit einer Prävalenz zwischen 7% bei nicht hospitalisierten älteren Personen und über 20% bei älteren Bewohnern von Langzeitpflegeinstitutionen. Da diese Veränderung auf eine Störung der ADH-Sekretion und damit der nächtlichen Harn-Konzentrationsfähigkeit schließen lässt, sind bei einer Hyponatriämie unmittelbare und einfache Konsequenzen im Hinblick auf Ernährung und Getränkeversorgung möglich.

Nicht notwendig ist die Bestimmung des Serumkreatinins, wenn keine weiteren Hinweise auf eine Nierenfunktionsstörung vorliegen, da es keine wissenschaftliche Belege dafür gibt, dass Inkontinenz oder erhöhter Restharn mit einer erhöhten Rate an Nierenversagen einhergehen.

Bei Hinweisen auf verzögerte oder seltene Entleerung erscheint auch ein Diabetes-Suchtest gerechtfertigt, da Entleerungsstörungen, vor allem mit seltener Entleerung, zu den häufigeren Symptomen einer diabetischen Zystopathie gehören.

Körperliche Untersuchungen

Körperliche Untersuchungen sind vom Einzelfall abhängig – bei Anzeichen einer eingeschränkten Mobilität ist eine Mobilitätsprüfung, idealerweise mit Augenscheinnahme evtl. vorhandener häuslicher „Stolperfallen“ sinnvoll.

Hoffnung besteht, hier erkannte Defizite durch gezieltes Training bessern zu können.

Eine Beweglichkeits- und Schmerzprüfung der Wirbelsäule kann bei Hinweisen aus dem Fragenbogen nützlich sein, um das Problem weiter einzugrenzen und ggf. im Sinne der Leitlinie „Kreuzschmerzen“ weiteres zu veranlassen.

Nicht sinnvoll sind die vielfach geforderte rektal-digitale Untersuchung, eine neurologische Untersuchung ohne Vorliegen konkreter Hinweise auf eine entsprechende Störung, und eine vaginale Untersuchung bei unkomplizierter Inkontinenz ohne Hinweise auf Organsenkungen oder Entzündungen oder raumfordernde Prozesse im Beckenbereich. Bei Patientinnen mit Operationen oder Unfallfolgen im Beckenbereich ist eine solche Untersuchung hingegen erforderlich.

Miktionskalender und Vorlagentest

Wichtig und sinnvoll sind noch gezielte Befragungen zu den Entleerungsgewohnheiten und die Ausgabe eines Miktionskalenders, der über drei Tage geführt werden sollte. Diese Maßnahme stellt eine validierte diagnostische Methode dar, mit deren Hilfe sowohl der Schweregrad als auch der Typ der Inkontinenz zuverlässig eingeschätzt werden können.

Therapieempfehlungen

Hausärztliches Beratungskonzept

So wie für die Diagnostik die Anamnese, ist für die Therapie das ärztliche Beratungsgespräch die wichtigste Intervention.

Allen Patienten sollte zunächst eine Ernährungsberatung und Getränkeberatung gegeben werden, um die Prinzipien der Obstipationsvermeidung zu vermitteln (Ballaststoffe, genug Kalium und Magnesium, Trinkmengen ausreichend und über den Tag verteilt, nicht zu viele harntreibende Getränke, schleimhautreizende Stoffe vermeiden).

Zur „Entleerungs-Etikette“ gehört auch Aufklärung über „genügend Zeit lassen für körperliche Bedürfnisse“ sowie der Hinweis darauf, dass ständiges und vermehrtes Pressen zur Entleerung den Beckenboden schädigen kann.

Ältere und bewegungseingeschränkte Patienten profitieren von einer Bekleidungs- und Wohnumfeldberatung, die auch von einer geschulten Kontinenzfachkraft – sofern vorhanden – durchgeführt werden kann. Diese zielt darauf, Kleidung und Wohnung im Wesentlichen behindertengerecht zu optimieren.

Speziell bei Hinweisen auf psychologische oder psychosomatische Hintergründe des Problems, aber auch bei allen anderen Patienten, sollte eine allgemeine Lebensberatung angeboten werden; diese ist u.a. erforderlich zur Problembewältigung des Symptoms „Harninkontinenz“. Aber auch ganz allgemeine und reale Probleme sollten erörtert werden, wie z.B. Reorganisation körperlich belastender Tätigkeiten im Haushalt etc., da das Vermeiden schwerer körperlicher Tätigkeit wahrscheinlich günstige Effekte auf eine Inkontinenz hat.

Ein wichtiges Feld ist die Hygiene- und Hilfsmittelberatung.

Trotz Nutzung aller Therapieoptionen kommt es bei einer Vielzahl der Patienten nicht zu einer komplett wieder hergestellten Kontinenz, sondern oft nur zu einer Teilkontinenz, z.B. tageszeitlich abgestuft – oder auch nur zur Linderung der Symptomatik. Zu Beginn einer Therapie benötigen in der Regel alle mittel- und schwerinkontinenten Patienten Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln.

Es ist sinnvoll, das zu verordnende Hilfsmittel für jeden Patienten und jede Patientin möglichst individuell zu wählen und auf die Bedürfnisse (Verlustmenge, Mobilität, Verträglichkeit von Substanzen zur Flüssigkeits- und Geruchsbindung) abzustimmen.

Bei selbst konstruierten „Urinauffang- oder Sammeleinrichtungen“ oder Monatsbinden aus dem Supermarkt entstehen Geruchs- und Geräuschbelästigungen, zudem kommt es zu Nässe in der Kleidung. Solche Provisorien können zu sozialer Isolation führen. Zudem kann es bei ungenügender Feuchtigkeitsabsorption oder Verwendung ungeeigneter Materialien auch zu Hautproblemen, Infektionen und Allergien kommen.

Daher ist es erforderlich, die Patienten auf die Möglichkeit der kassenfinanzierten Hilfsmittelversorgung aufmerksam zu machen, wenn diese medizinisch indiziert ist.

Hilfsmittel sind durch die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem so genannten Hilfsmittelkatalog erfasst. Verordnungsfähig zulasten der GKV sind alle in diesem Katalog aufgenommenen Produkte sowie Hilfsmittel, deren Aufnahme in den Katalog beantragt ist. Voraussetzung einer Verordnung ist, dass das verordnete Hilfsmittel der Behandlung (= Linderung, Besserung, Heilung) der Inkontinenz dient; oder erst durch das Hilfsmittel eine Teilnahme am sozialen Leben ermöglicht wird; oder wenn das Hilfsmittel zur Vermeidung oder Behandlung von Entzündungen oder krankhaften Hautveränderungen erforderlich ist. Bei Frauen besteht eine geeignete Versorgung meist in größen- und saugfähigkeits-angepassten Vorlagen, für Männer mit schwerer Inkontinenz kommen Kondomurinale infrage.

Nicht verordnet werden sollten Endloswindeln, Flockenwindeln oder Penisbändchen- oder Klemmen. Dies sind keine sinnvollen Hilfsmittel.

Von der Verordnung von Dauerkathetern sollte möglichst komplett abgesehen werden, da diese nach einigen Wochen zu fast 100%iger Infektionsrate führen.

Spezifische Therapie

Medikamentöse Therapie

Eine medikamentöse Therapie kann die Häufigkeit ungewollter Urinverluste bei der Dranginkontinenz reduzieren. Daneben können Medikamente eine sinnvolle Hilfe sein, um den Einstieg in ein Verhaltenstraining mit dem Blasenkalender zu erleichtern. Auch als eine Art „Rückversicherung“ vor besonderen Belastungen oder Unternehmungen wie Ausflügen oder Kinobesuchen etc., bei denen Symptome des Harndrangs sehr störend sein würden, können Medikamente sehr nützlich sein.

Die zur Zeit (im Jahr 2004) am besten erprobten Wirkstoffe zur Behandlung von Harndrang gehören zur Gruppe der Anticholinergika. Diese Medikamente beruhigen die Blasenmuskulatur und erhöhen das Blasenfüllungsvolumen. Damit verspüren die Betroffenen ihren ausgeprägten Harndrang seltener und es kommt seltener zum Einnässen. Da die Medikamente auf das vegetative Nervensystem wirken, beeinflussen sie verschiedene andere Organe. Nebenwirkungen können sein: trockener Mund, verschwommenes Sehen, Tachykardie, Übelkeit etc. Bei Engwinkelglaukom sind sie kontraindiziert. Im Patientengespräch sollte die Auswahl eines geeigneten Medikaments und die Art der Einnahme besprochen werden.

Spezifische, nicht-medikamentöse Therapieoptionen

Abhängig von den durch Anamnese, Untersuchungen und Fragebogen ermittelten „Problemfeldern“ sollten Therapieoptionen für die einzelnen Patienten angeboten werden.

Bei Harndrangproblemen sollte ein Verhaltenstraining mit Hilfe des erwähnten Miktionskalenders angeboten werden. Ziel des Trainings ist es, die Zahl der Toilettengänge sowie die Intervalle zwischen den Toilettengängen systematisch auf ein normales Maß zu reduzieren oder zu erhöhen. „Nebenbei“ kann auch noch die Trinkmenge dem Bedarf angepasst und die Art der Getränke kontrolliert werden. Die Methode zielt auf eine Änderung des Verhaltens im Alltag und der Erfolg des Trainings ist von der Mitarbeit und Motivation der Betroffenen abhängig. Unter Umständen kann die Übungstherapie delegiert werden an Angehörige folgender Berufsgruppen: Kontinenzberater, psychotherapeutisch tätige Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten.

Für Pflegepatienten besteht die Möglichkeit, mit Hilfe der Miktion nach der Uhr, also indem zu festen Zeiten alle zwei oder drei Stunden die Toilette aufgesucht wird oder eine Bettpfanne oder ein Toilettenstuhl zum Gebrauch angeboten werden, eine Verbesserung der Blasenfunktion zu erreichen.

Liegen überwiegend Hinweise auf eine Beckenbodenschwäche vor, so ist Therapieoption der ersten Wahl das Beckenbodentraining. Zwar gibt es Bücher und Anleitungen zu diesem Training, doch existieren vielfache Hinweise darauf, dass ein solches Training die beste Wirkung nur bei geschulter Anleitung durch speziell dafür ausgebildete Physiotherapeuten oder Kontinenztrainer erzielt.

Unterstützt werden kann dieses Training mit einer Elektrostimulationsbehandlung, die vor allem anfänglich das Gefühl für den Beckenboden verbessern hilft. Fortgeschrittenere Patientinnen können auch mit Vaginalgewichten (verordnungsfähig) üben, doch sollte dies nicht ohne eine professionelle Anleitung erfolgen.

Da die unkomplizierte Harninkontinenz nicht mit schweren oder gar lebensbedrohlichen Folgen belastet ist, sollten die Patienteninteressen immer wesentliches Entscheidungskriterium für oder gegen alle diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen sein.

Führt eine hausärztliche Therapie mit den hier beschriebenen Maßnahmen nicht innerhalb eines akzeptablen Zeitrahmens zum Erfolg und wünscht die Patientin oder der Patient mit Nachdruck eine Besserung, so sollte eine Überweisung zum Urologen oder Gynäkologen erwogen werden. Die Langfassung der Leitlinie gibt weitere Hinweise, die vor allem bezüglich der Patientenberatung im Hinblick auf eine Operation beachtet werden sollten.

Zur Person



Dr. med. Christina Niederstadt, MPH, Praktische Ärztin, Public Health-Wissenschaftlerin und Medizininformatikerin, hat sich über mehrere Jahre mit dem Thema Harninkontinenz beschäftigt.

Sie findet, dass dieses Thema sehr viel interessanter ist, als die meisten Leute glauben und hat selbst eine Menge aus der Beschäftigung mit der Problematik gelernt.

„was haben sie? was fehlt ihnen?“

Praxisorientiertes NLP im Gesundheitswesen

Rosenthaler, Fitzgerald (Hrsg.)

Springer-Verlag, 2004, EUR 39,80. ISBN: 3-211-00826-8

Auf 362 durchaus kurzweiligen Seiten beschreiben die Autoren Anwendungen des Neurolinguistischen Programmierens (NLP) im medizinischen Alltag. Auf wertvolle Hinweise für verbesserte Kommunikation im Kapitel „Beziehungsweise“ folgen Zielformulierungen, NLP-Vorannahmen und -Methoden sowie z.T. sehr verständlich formulierte Tipps für den Kontakt zu Patienten, dies wird schließlich abgerundet durch Erklärungen von z.T. recht komplizierten Techniken, die Patienten in verschiedenen Situationen helfen sollen.

Als NLP-Trainer und Allgemeinarzt war ich sehr gespannt auf dies Buch. Wie würden die Autoren die Schwierigkeit lösen, eigentlich nur persönlich und mündlich zu lehrende Methoden schriftlich zu fixieren und lesbar zu machen? Ich habe immer Bedenken bei Menschen, die im medizinischen und kommunikativen Bereich nur Angelesenes anwenden. Und diese Skepsis hat sich wieder bestätigt. Dabei ist es ein wirklich gutes NLP-Buch geworden, welches ich sicher in meinen NLP-Kursen empfehlen werde. Für die Zielgruppe Krankenhauspersonal, die vorher nichts davon verstanden, fürchte ich aber, dass sie auch nach der Lektüre des Buchs wenig konkret anwendbares gelernt haben. NLP ist vielleicht doch nicht in Büchern lehr- und lernbar.

Dr. Peter Schröder,
Allgemeinarzt, Psychotherapeut, NLP-Trainer, Freiburg