

Die Harninkontinenz der Frau – unterschätzt und unterbehandelt

Urinary Incontinence – Underestimated and Undertreated

Jörg Humburg

Zusammenfassung: Die Harninkontinenz der Frau ist ein häufiges und unterschätztes Leiden. Sie ist ein zunehmendes, altersabhängiges Problem, das sich am häufigsten als Belastungsinkontinenz, hyperaktive Blase oder Mischform präsentiert. Die Basisabklärung umfasst gezielte Anamnese, Infektausschluss, Resturinbestimmung und das Führen eines Miktionskalenders. Gelegentlich sind weiterführende Untersuchungen, wie Zystoskopie, Urodynamik und Ultraschall notwendig. Die Therapie der Belastungsinkontinenz besteht im ersten Schritt aus einer Beckenbodentherapie; bei Versagen dieser Option kann eine operative Versorgung erfolgen (heute in Form der Einlage suburethraler Schlingen, einem minimalinvasivem Vorgehen). Die Behandlung der hyperaktiven Blase erfolgt durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen, unterstützt durch Anticholinergika.

Schlüsselwörter: Belastungsinkontinenz; hyperaktive Blase; Beckenbodengymnastik; Anticholinergika

Summary: Female urinary incontinence is a frequent and underestimated disease. It is a progressive, age-related problem. Main types are stress urinary incontinence, overactive bladder and mixed urinary incontinence. The diagnosis requires a medical history, ruling out an infection, measurement of postvoid residual volume and a micturition diary. In some cases cystoscopy, urodynamics or ultrasound can be necessary. Firstline therapy for stress urinary incontinence is pelvic floor muscle training. If this is not successful, a tension free vaginal tape, a minimal-invasive procedure, can be inserted under the urethra. An overactive bladder (OAB) is treated with behavioural strategies and antimuscarinics.

Keywords: Stress Urinary Incontinence; Urinary Incontinence; Urge; Overactive Bladder; Pelvic Floor Muscle Training; Antimuscarinics

Einleitung

Eine Inkontinenz ist der Verlust der Fähigkeit den Urin zu speichern oder Urin kontrolliert auszuscheiden. Die ICS (International Continence Society) definiert eine Urininkontinenz als jeglichen unwillkürlichen und störenden Urinabgang. Eine sehr allgemeine Definition, die für den klinischen Alltag nur tauglich ist, wenn zusätzlich Angaben über Art, Schweregrad, Häufigkeit, Lebensqualität und ihre sozialen Auswirkungen folgen [1].

Die WHC-Versorgungsstudie (Women's Health Coalition) [2] zur Harninkontinenz in Deutschland, die 2007 publiziert wurde, beschreibt eindrucksvoll die aktuelle Situation für inkontinente Frauen in Deutschland. Wie sicherlich auch in vielen anderen Ländern werden

die Urininkontinenz der Frau, ihre Häufigkeit und ihre Auswirkung auf die Lebensqualität unterschätzt. Das Wissen über dieses Leiden, Diagnostik und Therapie bei Betroffenen und Versorgern kann sicherlich optimiert werden (Tab. 1).

Epidemiologie

Die Urininkontinenz ist eine häufige Erkrankung bei Frauen – häufiger als Diabetes, Depression und Hypertonie bei Frauen [3]. Sie wird jedoch aufgrund von mangelndem Interesse und Wissen, Scham oder Tabuisierung, aber auch in Unkenntnis der durch sie verursachten Kosten, so in der Öffentlichkeit nicht wahrgenommen.

Die Prävalenz der Erkrankung variiert in der Literatur zwischen 25 % und 45 %;

dabei unterscheiden sich die Prävalenzwerte in verschiedenen Lebensabschnitten oder -umständen erheblich. Sie liegt bei älteren Frauen zwischen 30 % und 60 % und nimmt im Alter zu; bei Altersheimbewohnerinnen schwankt sie zwischen 59 % und 80 % [4]. Da die Prävalenz der verschiedenen Formen der Urininkontinenz von verschiedenen Faktoren abhängt, wie zum Beispiel der Form der Erfassung oder der Diagnosestellung, ist es schwierig, präzise Angaben zu machen. Die Belastungsinkontinenz ist bei Frauen bis zum sechzigsten Lebensjahr die häufigste Form der Urininkontinenz, anschließend wird sie von der Mischinkontinenz abgelöst. Die Dranginkontinenz nimmt zwischen dem zwanzigsten bis zum sechzigsten Lebensjahr ab, steigt dann an und erreicht ihren Höhepunkt mit dem neunzigsten Lebensjahr.

Formen der Urininkontinenz

Eine *Belastungsinkontinenz* (früher Stressinkontinenz) ist dadurch gekennzeichnet, dass es unter körperlicher Belastung zum Urinabgang kommt. Eine im klinischen Alltag häufig verwendete Graduierung nach Ingelmann-Sundberg erlaubt sowohl eine recht präzise Einteilung als auch eine Therapieerfolgskontrolle. Dabei entspricht der Urinabgang beim Husten dem ersten, Urinabgang beim Heben von Lasten dem zweiten und ein Urinabgang beim Abwärtsgehen dem dritten Grad. Die Belastungsinkontinenz ist durch eine Funktionschwäche des Harnverschlussapparates bedingt und steht oft im Zusammenhang mit einem geschwächten Beckenboden.

Die *hyperaktive/überaktive Blase* mit und ohne Inkontinenz (früher Dranginkontinenz), auch *OAB* (*overactive Bladder dry* oder *wet*), volkstümlich Reizblase genannt, ist ein Syndrom, das gekennzeichnet ist durch einen imperativen Harndrang, eine Pollakisurie (mehr als 7 Miktionen pro 24 Stunden) und Nykturie (mehr als einmal pro Nacht); die Inkontinenz ist fakultativ. Übernimmt man die Vorstellung einer „feuchten“ und einer „trockenen“ Form der hyperaktiven Blase, so ist die Prävalenz der feuchten Form niedriger als bei der trockenen Form [4].

Die negativen Auswirkungen der hyperaktiven Blase auf die Lebensqualität werden in ihrem Ausmaß nur von denen einer Depression übertroffen [5].

Da die Betreuung der selteneren Formen der Urininkontinenz der Frau in der Regel durch Spezialisten oder Zentren erfolgt, soll aus Gründen der Übersichtlichkeit und im Rahmen dieser Übersichtsarbeit nur kurz auf diese Formen eingegangen werden.

Eine neurogene Form einer Inkontinenz tritt auf, wenn Nervenbahnen und -zentren, die für die Steuerung der Blase verantwortlich sind, geschädigt werden oder ausfallen wie z.B. bei Querschnittslähmung, Multipler Sklerose, Schlaganfall, Zustand nach Operationen im kleinen Becken. Die Therapie richtet sich nach der Grunderkrankung. Bei einer *Inkontinenz bei chronischer Restharnbildung* liegt eine erhöhte Resturinmenge vor, bedingt durch eine intravesikale Abflussstörung oder eine chronisch überdehnte Blasenwand, bei welcher

Harninkontinenz ist mit ca. 8 Millionen betroffenen Frauen in Deutschland ein gesellschaftlich relevantes Thema:

43 % der betroffenen Frauen leiden bereits seit mehreren Jahren an Harninkontinenz.
Frauen mit Harninkontinenz weisen gegenüber Frauen ohne Harninkontinenz signifikant schlechtere Werte bezüglich ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit auf.
23 % der Betroffenen berichten von einem sehr großen Leidensdruck, der mit dem Schweregrad der Erkrankung korreliert.
Nur 45 % der betroffenen Frauen kontaktieren einen Arzt.
60 % der Betroffenen erhalten von den Ärzten die Empfehlung, zu Hause Beckenbodengymnastik zu machen.
Lediglich 23 % der Frauen erhalten eine Empfehlung, zum Physiotherapeuten zu gehen.
12 % bekommen ein Medikament verschrieben.
8 % werden zu einer Operation ins Krankenhaus überwiesen.
Wichtigste Informationsquellen der befragten Frauen sind Gesundheitszeitschriften in der Apotheke (36 %), das Fernsehen (32 %), Frauenzeitschriften (23 %) sowie Gesundheitszeitungen der Krankenkassen (15 %).
21 % informieren sich in der Arztpraxis.
Mit zunehmendem Alter der Frauen steigt die Bedeutung der Apothekenzeitschriften, aber auch die Bedeutung der Gesundheitszeitungen der Krankenkassen.
33 % der befragten harninkontinenten Frauen fühlen sich nicht ausreichend informiert.
Alle Angaben beziehen sich auf die Studienpopulation (n = 2004 Frauen) der WHC-Versorgungsstudie: Harninkontinenz bei Frauen in Deutschland.

Tabelle 1 WHC-Versorgungsstudie (Auszüge)

der Detrusormuskel nicht mehr die für eine Blasenentleerung notwendige Kontraktionskraft aufbringt. Dabei werden zum Teil sehr unterschiedliche Grenzwerte verwendet. Im klinischen Alltag sind diese Werte häufig wenig hilfreich, da sie die funktionelle (individuelle) Blasenkapazität nicht berücksichtigen. Dies ist insofern relevant, da eine vollständige Blasenentleerung gar nicht mehr möglich ist, wenn die bestehende Resturinmenge die funktionelle Blasenkapazität um mehr als ein Drittel überschreitet. Die Therapie liegt in der Beseitigung der Abflussstörung oder einer Verbesserung der Kontraktilität. Die medikamentöse Therapie der Abflussstörung durch Alpha-Blocker ist bei Frauen häufig wenig erfolgreich, auch eine operative Sanierung einer Zystozele oder die Lösung von Kolposuspensionsfäden kann, besonders falls schon eine chronisch überdehnte Blasenwand vorliegt, erfolglos sein. Erfolgversprechender ist die Therapie durch Cholinergika. Eine *extraurethrale Inkontinenz* liegt dann vor, wenn der Urinabgang nicht über die Harnröhre, sondern zum Beispiel über die Scheide erfolgt, Ursachen sind Fisteln nach radikalen Voroperationen im kleinen Becken, Bestrahlung, selten Geburten, Missbildungen oder Traumata.

Zwei weitere Inkontinenzformen gewinnen im Rahmen der demogra-

fischen Entwicklung zunehmend an Gewicht. Eine *funktionale Inkontinenz* liegt vor, wenn der Betroffene aufgrund körperlicher oder kognitiver Einschränkungen den Toilettengang nicht mehr selbstständig durchführen kann, aber keine urogenitalen Erkrankungen vorliegen. Eine *passagere Inkontinenz* besteht nur zeitweilig und wird durch verschiedene Faktoren ausgelöst, die unter der englischen Abkürzung **DIAPPERS** firmieren (**D**elirium, **I**nfection, **A**trophic vaginitis, **P**harmaceuticals, **P**sychological, **E**xcess urine output, **R**educed mobility, **S**tool impaction and other factors).

Diagnosestellung

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) hat gemeinsam mit anderen Gesellschaften im deutschsprachigen Raum ihre Empfehlungen in Leitlinien zusammengefasst. Danach beinhaltet die Basisdiagnostik der Urininkontinenz

- eine vertiefte Anamnese,
- das Führen eines Miktionstagebuches für 2 bis 5 Tage,
- eine körperliche Untersuchung, inklusive einem gynäkologischen Status,
- eine Resturinbestimmung
- sowie einen Infektausschluss.

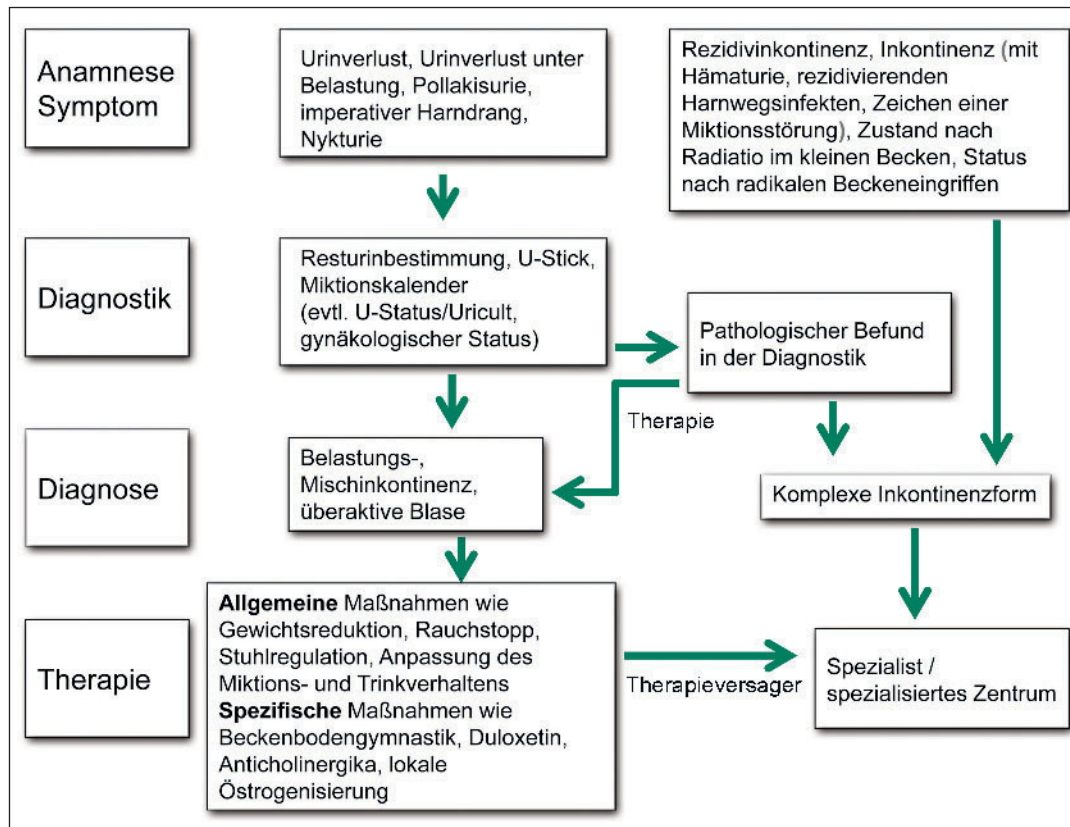


Abbildung 1
Modifizierter
Algorithmus
nach ICS 2009

Die Autoren der Leitlinie halten in einem Statement dazu fest, dass Empfehlungen zur Diagnostik nur als Expertenmeinung mit einem niedrigen Evidenzlevel abgegeben werden können, da es keine prospektiv-randomisierten Studien gibt, welche die Notwendigkeit bestimmter diagnostischer Maßnahmen belegen. Ergänzend soll dazu ein Hustentest im Stehen und im Liegen durchgeführt werden. Ein bei einer Blasenfüllung von über 200 ml hustensynchron beobachteter Urinaustritt aus der Harnröhre gilt als klinischer Nachweis einer Belastungsinkontinenz.

Für den klinischen Alltag in einer nicht spezialisierten Praxis erscheint folgendes Vorgehen ausreichend: eine Inkontinenzanamnese, ein Infektausschluss (Harnröhre und Blase), eine Restharnbestimmung und das Führen eines Miktionskalenders. Ziel der Basisdiagnostik ist es, das Ausmaß der Harninkontinenz zu beurteilen und erste Hinweise für die dominierende Form der Harninkontinenz zu erheben.

Eine gezielte Inkontinenzanamnese kann aus sehr wenigen gezielten Fragen bestehen:

- Seit wann besteht der Urinverlust?
- Bei welcher Gelegenheit tritt er auf, am Tag oder in der Nacht?
- Wie stark ist der Urinverlust?

- Müssen Einlagen oder Binden getragen werden, sind sie feucht?
- Wie groß ist die Trinkmenge?
- Besteht ein Harndrang?

Wie gut sich anamnestisch eine Urininkontinenz zuordnen und damit auch korrekt behandeln lässt, ist wissenschaftlich ebenso ungeklärt wie die Frage, wieviel Diagnostik in der Erstlinienversorgung notwendig ist.

Ein Infektausschluss ist notwendig, da Entzündungen der Harnwege die Symptomatik einer überaktiven Blase imitieren oder eine bestehende Inkontinenz verstärken können. In der Regel wird eine Untersuchung mittels Urinstick ausreichen, bei Verdacht auf rezidivierende Harnwegsinfekte kann das Anlegen einer Urinkultur notwendig werden, um eine resistenzgerechte Therapie oder eine Prophylaxe zu ermöglichen. Bei Verdacht auf eine Urethritis, welche ebenfalls die Symptome einer überaktiven Blase zeigen kann und deren antibiotische Therapie sich von derjenigen einer Zystitis unterscheidet, sollte ein Urethralabstrich erfolgen.

Eine erhöhte Restharnmenge kann zu einer Reduktion der funktionellen Blasenkapazität führen, was sich in einer Pollakisurie, imperativem Harndrang, Nykturie und Inkontinenz mani-

festieren kann, daher erscheint diese einfache Untersuchung sinnvoll. Zudem liegt bei rund einem Drittel der älteren Patienten eine Schwäche des Detrusormuskels vor, was zu einer Restharnbildung führen kann. Aufgrund der Wirkungsweise von Anticholinergika in der Behandlung der überaktiven Blase sollte eine entsprechende Kontrolle vor und während der Anticholinergikatherapie insbesondere bei älteren Menschen erfolgen.

Ein Miktionskalender ist ein einfacher Weg einerseits die Diagnose einer hyperaktiven Blase zu untermauern, andererseits auch eine simple Möglichkeit, den Erfolg einer Therapie zu überwachen und für die Patientin sichtbar zu machen. Dabei ist darauf zu achten, die Geduld der Patientin mit dem Führen des Kalenders nicht zu überstrapazieren. Im Rahmen der Diagnostik ist ein Führen des Kalenders über drei Tage ausreichend. Soll er dazu dienen, die Umsetzung der Therapieempfehlungen, wie zum Beispiel die Erhöhung der Trinkmenge zu überwachen oder die Beurteilung des Therapieerfolges ermöglichen, ist das Führen während eines Tages pro Woche ausreichend.

Weiterführende Abklärungen wie der Ausschluss einer Niereninsuffizienz, eine Bildgebung, die Durchführung ei-

Subjektiv	unbeabsichtigt (Einnahme wird vergessen) Einnahme erfolgt nicht korrekt Bewusste Entscheidung, ein Medikament nicht einzunehmen Bedenken bez. Sicherheit des Präparates Bedenken bez. Notwendigkeit der Einnahme (Kosten)
Objektiv	Andere Pathologien des unteren Harntraktes (z.B. Zystitis, interstitielle Cystis (neu: painful bladder syndrom), Urethritiden etc. Frühere Eingriffe, welche die Anatomie verändert haben (zum Beispiel Bänder, Kolposuspension etc.) Anatomie: Rectozele +/- Obstipation Psychiatrische Erkrankungen Exazerbation vorbestehender Leiden unter Anticholinergika: Obstipation Verschiedene Erkrankungen: Diabetes mellitus und insipidus, (psychogene) Polydipsie, Parkinson, MS

Tabelle 2 Therapieversagen unter Anticholinergika

ner Zystoskopie, eine urodynamische Abklärung sind erst bei entsprechendem klinischen Verdacht oder dem Vorliegen einer komplexen Inkontinenz mit Algurie und Hämaturie gerechtfertigt. Dann sollte die Überweisung an den Spezialisten, respektive an ein entsprechendes Zentrum erfolgen (Abb. 1).

Therapie

Vor Therapiebeginn ist es sinnvoll, den Leidensdruck zu erfassen, mögliche therapeutische Maßnahmen anzusprechen und mit der Patientin ein realistisches Therapieziel zu formulieren. Kontinenz kann zum Beispiel durch Medikamente, eine Operation oder ein Verhaltenstraining erreicht werden. Je nach Ausgangslage ist eine soziale Kontinenz durch Kontinenzhilfen ein realistisches Ziel oder auch eine betreute Kontinenz mit Unterstützung durch Partner, Angehörige oder Pflegende. Die Vorstellungen über eine Kontinenz können sehr stark variieren [6]. Für die beiden Hauptformen der Inkontinenz, aber auch für ihre Mischform gibt es wirksame therapeutische Maßnahmen, die in erster Linie ein konservatives Management beinhalten. Kontinenzhilfen sollten frühzeitig und zumindest bis zum Wirkungseintritt der ergriffenen Maßnahmen entsprechend den Wünschen und Bedürfnissen der betroffenen Frauen verordnet werden. Für die folgenden Empfehlungen sind unter anderem die Leitlinien der DGGG (deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.) sowie die Empfehlungen der ICS verwendet worden.

Generelle Empfehlungen für die Therapie der Belastungs- und Mischinkontinenz sowie die der hyperaktiven Blase umfassen konservative Maßnahmen, wie Verhaltensänderungen (Gewichtsreduktion, Rauchstopp), Stuhlregulation, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Anpassung des Miktions- und Trinkverhaltens und bei entsprechender Indikation eine lokale Östrogenisierung. Der Vorteil dieser Maßnahmen ist, dass durch sie ein nachhaltiger Therapieerfolg erzielt werden kann.

Therapie der Belastungsinkontinenz

Eine Beckenbodengymnastik unter physiotherapeutischer Anleitung ist Mittel der Wahl bei der Belastungsinkontinenz. Ziel ist die Verbesserung der Wahrnehmung und die Stärkung der Beckenbodenmuskulatur sowie die Fähigkeit zum reflexartigen Einsatz. Eine subjektive Besserung oder Heilung zeigt sich in einer Literaturübersicht in 46 bis 75 % [7]. Bei Frauen, die eine kurze Einführung erhalten oder mithilfe von schriftlichen Anleitungen Übungen durchführen, aktivieren nur etwa 50 % tatsächlich ihren Beckenboden [8]. Insbesondere das Training mit einer Vaginalsonde mit Elektrostimulation und Biofeedback kann hilfreich sein. Bei vielen Frauen verbessert sich die Lebensqualität deutlich und ein Eingriff kann zumindest vorübergehend vermieden werden.

Eine medikamentöse Therapie ist mit Duloxetine (Cymbalta®, Generika) möglich. Dieser Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Hemmer soll über eine gesteigerte

Neurotransmitter-Konzentration den Tonus und die Kontraktilität des Blasenverschlusses verbessern. Inkontinenzepisoden konnten um bis zu 50 % reduziert werden, jedoch waren aufgrund von Nebenwirkungen Therapieabbrüche in Langzeitstudien sehr häufig [9].

Die Einlage eines Vaginaltampons aus Schaumstoff oder von Urethralpessaren kann insbesondere jungen Patientinnen angeboten werden, die nur unter bestimmten Umständen (z.B. beim Sport) Urin verlieren. Auch als flankierende oder überbrückende Maßnahme ist sie geeignet. Bei älteren, inoperablen Patientinnen kann sie auch längerfristig angewendet werden. Durch Anheben der vorderen Scheidenwand erhöht sich der Urethralverschlussdruck, was zur Kontinenz führt.

Nach dem Versagen der konservativen Maßnahmen sind Inkontinenzeingriffe indiziert. Dabei gilt heute eine suburethrale Schlingeneinlage (TVT: tensionfree vaginal tape) als Goldstandard. Dieser Eingriff ist komplikationsarm, einfach in der Durchführung, wenig belastend und auch bei Patientinnen mit höherem Alter oder Adipositas gut möglich. Periurethrale Unterspritzungen mit unterschiedlichen Substanzen können gelegentlich eine wirksame Therapieoption darstellen, die Datenerhebung erlaubt aber keine generelle Empfehlung.

Therapie der hyperaktiven Blase

Verhaltensmedizinische Maßnahmen, wie die Aufklärung über das richtige Trinkverhalten (richtige Menge zur rechten Zeit), die Vermeidung von Reizstoffen (Koffein u.a.), ein Blasen- und Drangtraining (Blasenentleerung alle 1–3 Stunden, Intervall langsam in Schritten von 15–30 Minuten verlängern) und Techniken zur Drangunterdrückung („Panikgefühl“ unterdrücken, Beckenboden anspannen, ruhiges Atmen, langsam auf die Toilette gehen) sind erwiesenermaßen wirksam in der Behandlung der hyperaktiven Blase und führen zur Reduktion der Inkontinenz in Raten zwischen 60 % und 80 % [10]. Diese Maßnahmen können eine Anticholinergikatherapie unterstützen und deren Erfolgsrate steigern [11]. Verhaltenstherapeutische Maßnahmen können zu einem längerfristigen und nachhaltigen Erfolg führen (der Erfolg der Anticholinergika sis-

tiert nach deren Beendigung). Diverse Anticholinergika stehen zur Verfügung (Trospiumchlorid, Tolterodin, Fesoterodin, Solifenacin und Darifenacin, zusätzlich mit lokalanästhetischer Wirkung Oxybutinin und Propiverin). Es gibt bisher keinen Algorithmus zu ihrer Applikation. Trotz ihrer unterschiedlichen Rezeptorselektivität bzw. Wirkmechanismen sind sich diese Präparate in ihrer Wirksamkeit und in ihrem Nebenwirkungsprofil ähnlich.

Es gibt zahlreiche Gründe, warum eine anticholinerge Therapie von den betroffenen Frauen abgebrochen wird, gemäß einer kürzlich publizierten Studie sind es wider Erwarten nicht hauptsächlich die Nebenwirkungen, sondern ein fehlender Erfolg [12].

Für das Versagen der Therapie gibt es zahlreiche objektive und subjektive Gründe, deren Ausschluss respektive Behandlung zum Therapieerfolg führen kann (Tab. 2).

Verschiedenen Maßnahmen können begleitend zur Therapieoptimierung eingesetzt werden (Tab. 3). Die Vermittlung von Wissen, wie die Blase und Kontinenz funktioniert, kann das Verständnis für das richtige Trink- und Miktionsverhalten fördern. Realistische Therapieziele können die Motivation (Adhärenz) verbessern, ebenso, wie ein Empowerment (variables Einnahmeschema/zwei Dosierungen verwenden) motivierend wirken kann. Wichtig sind die offene Aufklärung über Nebenwirkungen – der Hinweis, dass Nebenwirkungen, wie Obstipation und Mundtrockenheit nach 3 Monaten abnehmen, ist evident – und das Management von Nebenwirkungen.

Bei postmenopausalen Frauen kann eine lokale Therapie mit einem östrogenhaltigen Präparat die Drangsymptomatik lindern. Es ist wichtig bei der Verschreibung darauf hinzuweisen, dass bei lokaler Verwendung in der Regel keine systemisch wirksame, relevante Dose-

Formulierung realistischer Therapieziele <ul style="list-style-type: none"> • konkret • messbar • realistisch • den Möglichkeiten der Patientin angepasst • erfolgsorientiert
Vermittlung von Basiswissen zur Blasenfunktion und den Kontinenzmechanismus
Information über richtiges Trink- und Miktionsverhalten
Motivation durch Information
Empowerment (variable Einnahmeschemata/2 Dosierungen)
Auslassversuch zeigt die Wirksamkeit nach Einnahmeende
Aufklärung über Nebenwirkungen
Management von Nebenwirkungen <ul style="list-style-type: none"> • Einnahme am Abend • Präparatewechsel, andere Applikationsform • Dosisanpassung • Laxanzienverordnung/Ernährungsberatung • Trinkmenge anpassen • Information, dass die Nebenwirkungen nach 3 Monaten abnehmen

Tabelle 3 Unterstützende Maßnahmen

rung erreicht wird. Da eine Endometriumphyperplasie nur selten auftritt, ist eine sequenzielle Gabe von Gestagenen unnötig. In der Regel sollte während 3–4 Wochen einmal täglich, am besten vor dem Schlafen die Creme (mittels eines Applikators) oder ein Zäpfchen eingeführt werden – die Wahl sollte am besten der Frau überlassen werden. Dies verhindert ein Herauslaufen und ein unangenehmes Verschmieren. Anschließend kann dann eine Erhaltungstherapie mit einer Applikation zwei Mal pro Woche erfolgen. Bei Versagen der konservativen Therapie der hyperaktiven Blase können eine Botoxinjektion, eine Neurostimulation oder auch chirurgische Eingriffe, wie eine Blasenaugmentation, diskutiert werden.

Die Evidenz für alternativ- oder komplementärmedizinische Ansätze, wie Akupunktur, Kinesiologie, Homöo-

pathie etc. ist für eine generelle Empfehlung unzureichend. Im Rahmen der Diskussion mit betroffenen Frauen über die verschiedenen Therapieoptionen können sie in einzelnen Fällen entsprechend gewichtet angesprochen werden.

Die Behandlung von Frauen, die unter einer Urininkontinenz leiden, sollte aufgrund ihrer multifaktoriellen Ursachen ganzheitlich und individualisiert, aber auch interdisziplinär und evidenzbasiert, erfolgen. Die Betreuung der betroffenen Patientinnen ist anspruchsvoll und teilweise für alle Beteiligten frustrierend. Da jedoch mit wenig Aufwand eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden kann, ist diese Anstrengung lohnenswert.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Dr. med. Jörg Humburg ...



... ist seit März 2011 stellvertretender Chefarzt der Frauenklinik Bruderholz am Kantonsspital Baselland (Schweiz). Nach dem Medizinstudium in Basel (Schweiz) hat er sich im Verlauf seiner klinischen Ausbildung zum Gynäkologen sehr intensiv mit der Urogynäkologie befasst und führt in seiner jetzigen Funktion unter anderem eine entsprechende Ambulanz. Er ist Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie der Schweiz.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Jörg Humburg
Chefarzt-Stellvertreter Frauenklinik
Kantonsspital Baselland
Bruderholz
CH-4101 Bruderholz, Schweiz
Tel.: +41 (0)61 4362179
Fax: +41 (0)61 4363666
joerg.humburg@ksbh.ch

Literatur

1. Abrams P, Andersson KE, Birder L. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010; 29: 213–240
2. www.w-h-c.de (letzter Zugriff am 1.6.2013)
3. Hampel C, Wienhold D, Benken, Eggersmann C, Thüroff JW. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology* 1997; 50: 4–14
4. Hunskaar S, Burgio K, Clark A, et al. Epidemiology of urinary incontinence and fecal incontinence and organ prolapse. In : Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (eds.). 4th consultation in Incontinence, ICI Book 2009. Health Public Ltd. 2009: 35–112
5. McGhan WE. Cost effectiveness and quality of life considerations in the treatment of patients with overactive bladder. *Am J Manag Care* 2001; 7: 62–75
6. Johnson TM, Ouslander JG, Uman GC, Schnelle JF. Urinary incontinence treatment preferences in long term care. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 710–18
7. Betschart C, Scheiner D, Fink D, Percuchini D. Konservative Therapie von Harninkontinenz, Drangsymptomen und Genitaldeszenus. *J Urol Urogynäk* 2008; 15: 23–30
8. Bump RC, Hurt WG, Fantl JA, Wyman JF. Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 156: 322–7
9. Mariappan P, Alhasso A, Ballantyne Z, Grant A, N'Dow J. Duloxetine, a serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor (SNRI) for the treatment of stress urinary incontinence: a systematic review. *Eur Urol* 2007; 51: 67–74
10. Burgio KL. Behavioral treatment of urinary incontinence, voiding dysfunction, and overactive bladder. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009; 36: 475–491
11. Burgio KL, Locher JL, Goode PS. Combined behavioral and drug therapy for urge incontinence in older women. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 370–374
12. Benner JS, Nichol MB, Rovner ES, et al. Patient-reported reasons for discontinuing overactive bladder medication. *BJU Int* 2010; 5: 1276–82



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es eine Kurzfassung als laminierte, zweiseitige Tischkarte im A5-Format. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (<http://leitlinien.degam.de>) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Kontakt:

Philipp Gehring
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Telefon: 069 65007245
Fax: 069 68974602
E-Mail: presse@degam.de
Homepage: www.degam.de

Dr. phil. Anja Wollny
DEGAM-Geschäftsstelle „Leitlinien“
c/o Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Rostock
Doberaner Str. 142
18057 Rostock
Telefon: 0381 4942484
Fax: 0381 4942482
E-Mail: degam.leitlinien@med.uni-rostock.de