

Gekürzte Internetfassung

Passagen, an denen die gedruckte Langfassung der Leitlinie Vertiefungen und wissenschaftliche Belege bringt, sind mit **Langfassung** gekennzeichnet.

Die Langfassung mit den Anwendermodulen für Ärzte und Patienten erhalten Sie zum Preis von 18,40 € über:

omikron publishing

Schumannstr. 17

40237 Düsseldorf

Tel. 0211 - 683462 - Fax. 0211 - 6885695

<http://www.omikronverlag.de/leitlinien/>

Inhaltsverzeichnis

1	Ziele und Epidemiologie des Beratungsanlasses	3
1.1	Definition und Epidemiologie des Gesundheitsproblems	3
1.2	Abwendbar gefährliche Verläufe	7
2	Vorgehensweise	8
2.1	Anamnese	9
2.2	Das Patiententagebuch (Miktionskalender)	12
2.3	Untersuchungen	13
2.4	Behandlungsoptionen	18
3	Zusammenfassung der Empfehlungen	28
4	Methodik, Beweise und Auswahlkriterien	29
4.1	Datenbanken und wissenschaftliche Literatur	29
4.2	Internet-Quellen	31
4.3	Interviews und Hospitationen	32
4.4	Nicht-Wissenschaftliche ("Graue") Literatur	33
4.5	Evidenzbewertung	33
5	Verbreitungs- und Implementierungsplan	36
6	Evaluation und vergleichbare Leitlinien	36
7	Gültigkeitsdauer und Fortschreibung	40
8	Autoren, Kooperationspartner, Sponsoren und Konsensusverfahren	40
9	Anhang	46
9.1	Abkürzungen	46
9.2	Literatur (nur in Druckfassung)	46
9.3	Übersicht wichtiger Inkontinenzformen und Inkontinenzsymptome	47

1 Ziele und Epidemiologie des Beratungsanlasses

Ziel dieser Leitlinie ist es, die individuelle ärztliche Entscheidungs- und Therapiefreiheit zu unterstützen und nicht als Belehrung, sondern als "Richtschnur" zu dienen, an der sich ein nachvollziehbares ärztliches Handeln ausrichten kann.

Ziel der Leitlinie ist es nicht, Betroffenen Diagnosemethoden und Therapien vorzuenthalten.

Ziel ist es vielmehr, eine Enttabuisierung des Symptoms Harninkontinenz und damit eine sachgerechte Versorgung Betroffener unter Vermeidung von i-atrogener Schädigung für möglichst viele Patienten zu erreichen.

Empfehlungen in dieser Leitlinie gelten ausdrücklich für Hausärzte und sind nicht für spezialistische Fachärzte gedacht, da in Spezialpraxen andere Voraussetzungen für Diagnostik und Therapie bestehen.

Das Thema der Leitlinie ist die unkomplizierte Harninkontinenz, das Problem des unwillkürlichen Urinabgangs beim erwachsenen Menschen, der nicht Folge einer neurologischen, urologischen oder gynäkologischen Erkrankung ist.

1.1 Definition und Epidemiologie des Gesundheitsproblems

Die "International Continence Society" (ICS) hat zuletzt im Jahr 2002 die Definition der Inkontinenz erneuert. Nach der jetzt von der ICS vorgeschlagenen Definition ist Inkontinenz **"jeder unfreiwillige Harnverlust"**.

Diese Definition sowie der ausführliche Artikel (Abrams et al. 2002) des Standardisierungskomitees der ICS sind im Internet unter "www.icsoffice.org" abrufbar.

Betroffene leiden unter psychosozialen Auswirkungen der fehlenden Blasenkontrolle: Wer inkontinent ist, gerät leicht in den Verdacht, in der geistigen Leistungsfähigkeit eingeschränkt zu sein, und gilt schnell als sozial nicht akzeptabel. Die Kontinenzfunktion ist eine der ersten im Rahmen der kindlichen Entwicklung erlangten Kontrollfähigkeiten, und wird im allgemeinen als Indikator der Sozialfähigkeiten einer Person angesehen.

1.1.1 Prävalenz der Harninkontinenz

Die Angaben zur Prävalenz, also der Häufigkeit des Symptoms in der Bevölkerung, schwanken zwischen fünf und rund 25 Prozent - bei allerdings sehr unterschiedlichen Untersuchungsgruppen, Erhebungsmethoden und Inkontinenzdefinitionen. [Langfassung](#)

Schwierigkeiten bei epidemiologischen Erhebungen zur Harninkontinenz werden wahrscheinlich durch den Tabucharacter des Symptoms verstärkt. [Langfassung](#)

Definiert man Harninkontinenz als "das soziale Leben störendes oder die Lebensqualität beeinträchtigendes Symptom", kann aus dem vorliegenden Datenmaterial für die erwachsene Bevölkerung Nordamerikas und Mitteleuropas eine Prävalenz der Harninkontinenz von rund 6% abgeleitet werden. (Cheater und Castleden 2000)

[Langfassung](#) Infolge der demographischen Umschichtung in den kommenden Jahren ist mit einer weiteren Zunahme der Harninkontinenz in der Bevölkerung zu rechnen.

1.1.2 Aufdeckung der Harninkontinenz

Nicht nur der Tabucharacter, der dem Symptom anhaftet, macht eine Aufdeckung der Betroffenen schwierig. Es existiert auch eine schwer ausrottbare Überzeugung, dass Inkontinenz ein normaler Bestandteil des Alterungsprozesses und deswegen eine Behandlung weder notwendig noch erfolgversprechend sei. (Füsgen 1988; AHCPR 1992, Dallosso et al. 2003)

[Langfassung](#)

Diese Tatsache führt dazu, dass viele Betroffene erst dann zu einer medizinischen Therapie gelangen, wenn es für einfache, konservative Maßnahmen bereits zu spät - und der Erfolg invasiver, chirurgischer oder medikamentöser Maßnahmen nicht mehr gewährleistet ist.

1.1.3 Formen der Harninkontinenz

Es handelt sich bei der Harninkontinenz nicht generell um eine Erkrankung, sondern zunächst um ein Symptom, dem verschiedene Ursachen zugrunde liegen können.

Die Internationale Kontinenzgesellschaft (ICS; International Continence Society) unterscheidet bei der Harninkontinenz verschiedene Beschreibungsebenen, die unter Umständen mit den gleichen Termini belegt werden.

So kann Harninkontinenz je nach Beschreibungsebene folgendes sein:

- a) ein Symptom
- b) ein klinischer Hinweis (Zeichen)
- c) eine Erkrankung (Leiden, Zustand) [Langfassung](#)

Nur die als Erkrankung (Zustand oder Leiden) aufgefasste Inkontinenz entspricht einer urodynamischen Diagnosestellung. [Langfassung](#)

Zur weiteren Differenzierung der verschiedenen Inkontinenz-Symptome hat die ICS eine Einteilung vorgeschlagen, die folgende Formen unterscheidet.

1.1.3.1 Dranginkontinenz

Dranginkontinenz ist gekennzeichnet durch ein starkes Harndranggefühl in Zusammenhang mit einem unwillkürlichen Urinverlust.

In der deutschen Literatur findet sich für diese symptomatische Form der Inkontinenz des Öfteren die Bezeichnung "Reizblase" (Reuter et al. 1990). [Langfassung](#) Nach der neuesten Definition der Internationalen Kontinenzgesellschaft ICS (Abrams 2002) kann die Dranginkontinenz Teil des so genannten Syndroms der überaktiven Blase (engl. "overactive bladder", abgekürzt OAB) sein - wobei das Syndrom der überaktiven Blase allerdings auch ohne Inkontinenz auftreten kann, genau wie die Reizblase. Beide Begriffe sind im Wesentlichen begriffsgleich, also Synonyme.

Zur eindeutigen Kennzeichnung einer urodynamisch gesicherten Dranginkontinenz werden häufig Formulierungen verwendet wie "Überaktiver Detrusor, motorischer Harndrang" oder "Motorische Dranginkontinenz" oder "Detrusor-Hyperaktivität".

Eine reine Dranginkontinenz ist bei Frauen unter 50 Jahren seltener als die Stressinkontinenz. Sie tritt mit zunehmendem Lebensalter aber häufiger auf, so dass im höheren Alter relativ häufig eine Mischform aus Stress- und Dranginkontinenz gefunden wird. Bei Männern ist sie in jedem Lebensalter die vorherrschende Inkontinenzform.

1.1.3.2 Stressinkontinenz

Stressinkontinenz bezeichnet die Patienten-Angabe von Harnverlust unter körperlicher Anstrengung. [Langfassung](#)

Die Symptome der Stressinkontinenz sind die bei weitem häufigste symptomatische Inkontinenzform bei jungen Frauen bis etwa 50 Jahre. (Payne 1998)

1.1.3.3 Unbewusste Inkontinenz

"Unbewusste Inkontinenz" ist jeder Urinverlust, der weder mit Harndrang assoziiert ist noch überhaupt im Moment des Harnverlustes wahrgenommen wird. Eine unbewusste Inkontinenz ist immer ein Hinweis auf eine mögliche neurologische Erkrankung oder eine ernsthafte morphologische Veränderung und somit **immer eine "komplizierte" Inkontinenz** und **Anlass zur spezial-ärztlichen** (urologischen, gynäkologischen oder ggf. neurologischen) **Behandlung**. [Langfassung](#) Zu ihnen gehören:

- Die **Reflexinkontinenz**
- Die **Überlaufblase** [Langfassung](#)

1.1.3.4 Post-Miktionelles Tröpfeln

Als eigenständige Symptomform der Harninkontinenz wird das **post-miktionelle Tröpfeln** (Nachtröpfeln) angesehen [Langfassung](#)

1.1.3.5 Extraurethrale Inkontinenz

Jeder Urinverlust, der nicht durch die Urethra erfolgt, wird als extraurethrale Inkontinenz bezeichnet. Die extraurethrale Inkontinenz besteht meist von Geburt an und muss immer operativ behandelt werden. Diese Inkontinenzform ist daher ebenfalls immer als kompliziert anzusehen und nicht Gegenstand dieser Leitlinie.

1.1.3.6 Transiente oder funktionelle Inkontinenz

[Langfassung](#)

Die in der hier vorgestellten Leitlinie verwendete Einteilung der Inkontinenz-

formen soll eine Basis-Klassifikation der Inkontinenz-Symptome mit den Mitteln der hausärztlichen Praxis ermöglichen sowie Therapie-leitende Hilfestellung für den Hausarzt liefern. Gegenstand der hausärztlichen Diagnose und Therapie und somit dieser Leitlinie sind lediglich die unkomplizierten Formen der Inkontinenz, also vor allem die Stressinkontinenz- und die Dranginkontinenz-Symptome sowie die transiente Inkontinenz.

1.2 Abwendbar gefährliche Verläufe

1.2.1 Mögliche gefährliche Verläufe im Zusammenhang mit Harninkontinenz

Möglich sind schwerwiegende Erkrankungen als Ursache der Harninkontinenz, deren Verknennung zu abwendbar gefährlichen Verläufen führen kann.

Bei der **typischen, unkomplizierten Stressinkontinenz** jüngerer Frauen und bei der **typischen Dranginkontinenz im höheren Lebensalter** sind abwendbar gefährliche Verläufe **nicht zu befürchten**.

Diagnostische **Probleme** können aber im Zusammenhang mit **irritativen Miktionsymptomen** entstehen. [Langfassung](#)

Bei vielen neurologischen Erkrankungen (z.B. MS, M. Parkinson, Diabetes-Neuropathie, Myelomeningocele, Korsakowsyndrom, Spinalverletzung, schwere Demenz) ist die Inkontinenz-Prävalenz zum Teil außerordentlich hoch, doch ist in diesen Fällen die **Inkontinenz** - in der gesichteten Literatur - **niemals alleiniges Erstsymptom**.

Die Agency for Health Care Policy and Research stellte in ihren "Practice Guidelines" 1996 summarisch fest, dass inkontinente Patienten keine höhere Rate an Blasentumoren als vergleichbare kontinente Personen haben.¹ (Fantl et al. 1996b; Evidenzlevel K IIIb) Dennoch ist zu berücksichtigen, dass die Inzidenz der Neoplasien am unteren und oberen Hartrakt mit dem Lebensal-

¹ Das bedeutet allerdings nicht, dass sie keine Blasentumoren haben, die Erkrankungs-Häufigkeit liegt bei kontinenten wie inkontinenten Personen jenseits des 60. Lebensjahres bei rund 1% der Männer und rund 0,3 % der Frauen; die alterspezifische Mortalität des Blasenkarzinoms beträgt in der siebten Lebensdekade jeweils 0,0152 % (Männer) und 0,0038 % (Frauen). Jenseits des 80. Lebensjahres steigt die alterspezifische Mortalität an Blasenkarzinom bei den Männern auf rund 0,155 %, bei den Frauen auf rund 0,043 % (Daten von 1995 bis 1997; Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg)

ter zunimmt. Blasen- und Nierentumoren machen sich oft erst relativ spät durch eine Hämaturie oder andere auffällige Urinbefunde bemerkbar und zeigen anfänglich wenig Symptome, zu denen gelegentlich ein irritierendes Harndranggefühl gehören kann. Geht eine Inkontinenz bei älteren Personen mit einem irritierenden Harndrang einher, so ist dies daher abklärungsbedürftig. Der zur Zeit beste (mit den besten Testkennwerten bez. Sensitivität u. Spezifität) in der Praxis verfügbare Screening-Test ist die Urinzytologie. Bei **älteren** Personen mit **irritativem** Wasserlassen in Kombination mit einer **Hämaturie** ist eine **zytologische Urinuntersuchung** sinnvoll. (Brown 2000; Evidenzl. D III)

Generell gilt zur Abwendung möglicher gefährlicher Verläufe bei der Harninkontinenz: Geht die Harninkontinenz mit **Schmerzen, neurologischen Symptomen, Fieber** oder sonstigen **Allgemeinsymptomen** einher, so ist der Verdacht auf eine zugrunde liegende Erkrankung bzw. eine **komplizierte Inkontinenz** gegeben. Dieser muss abgeklärt werden, bevor irgendeine hausärztliche Inkontinenztherapie eingeleitet werden kann.

Langfassung

2 Vorgehensweise

Eine **hausärztliche Diagnostik** (Basisdiagnostik) in der allgemeinärztlichen Praxis geht jeder Therapie und Entscheidung zu speziellen, invasiven oder kostspieligen Untersuchungen voran.

Ziel der hausärztlichen Diagnostik ist es, die Harninkontinenz zu objektivieren, eine komplizierte Harninkontinenz zu erkennen, den Schweregrad einzuschätzen und die Inkontinenz begünstigende oder fördernde Faktoren herauszuarbeiten, und so therapeutische Ansatzpunkte für eine an den Symptomen orientierte Behandlung zu liefern.

Eine differenzialdiagnostische Zuordnung wird auf dieser Stufe insofern angestrebt, als abwendbar gefährliche Verläufe erkannt bzw. vermieden sowie Patienten identifiziert werden sollen, bei denen eine konservative Inkontinenztherapie eine Verschlechterung des Symptombildes oder sogar eine Gefährdung des oberen Harntraktes bewirken könnte.

Nach der Literaturanalyse ist eine urodynamische Diagnostik vor Einleitung einer konservativen Inkontinenztherapie **nicht** erforderlich. (Evidenzlevel D I)

Wesentliches Mittel der hausärztlichen Diagnostik ist eine gründliche Anam-

nese. Diese wird durch die Erhebung des Harnstatus und bedarfsabhängig durch weitere nicht-invasive Untersuchungen ergänzt. Für motivierte und ausreichend belastbare Patienten ist die Erstellung und Bewertung eines Miktionsprotokolls als sinnvolles Medium der Diagnostik wie auch der Therapie einsetzbar.

Bei einem Hinweis auf eine möglicherweise komplizierte Inkontinenz werden je nach Sachlage weitere körperliche und apparative Untersuchungen beim Hausarzt oder beim Fachspezialisten notwendig.

2.1 Anamnese

2.1.1 Das allgemeine Anamnesegespräch

Falls nicht schon durch vorangegangene hausärztliche Betreuung bekannt (erlebte Anamnese), sollten Hinweise auf eine mögliche komplizierte Inkontinenz oder mögliche zugrunde liegende Erkrankungen erfragt werden, da sich hieraus diagnostische und therapeutische Notwendigkeiten ergeben können, die über das bei der "unkomplizierten Inkontinenz" notwendige Maß weit hinaus gehen.

Fragen nach therapeutisch nicht beeinflussbaren Risikofaktoren der Inkontinenz sind als Selbstzweck nicht sinnvoll; können aber der Differenzierung einer unkomplizierten versus einer komplizierten Inkontinenz dienen.

Gezielte Fragen nach einzelnen Symptomen oder Risikofaktoren liefern Hinweise auf möglicherweise behebbare Ursachen der Inkontinenz und führen zur Identifikation solcher Symptome, die direkt therapeutisch angegangen werden können.

2.1.2 Das spezifische Anamnesegespräch

2.1.2.1 Körperliche Belastungen

Besondere berufliche oder familiäre körperliche Belastungen, die mit **schwerem Heben** verbunden sind, sollten erfragt werden. Langfassung Das Vermeiden schwerer körperlicher Tätigkeit hat wahrscheinlich günstige Effekte auf eine Inkontinenz. (Tomlow 1990; Bent 1999; Finkelstein 2002; Evidenzlevel S III)

Exkurs: Rückenschmerzen [Langfassung](#)2.1.2.2 Obstipation [Langfassung](#)2.1.2.3 Chronische Atemwegsinfekte,
Raucherhusten [Langfassung](#)2.1.2.4 Nykturie / Herzinsuffizienz [Langfassung](#)2.1.2.5 Infektion [Langfassung](#)2.1.2.6 Deszensus, Genitalprolaps [Langfassung](#)

2.1.2.7 Prostatavergrößerung

Bei Männern ab der 5. Lebensdekade ist, neben kognitiven Ursachen im hohen Alter, die häufigste Ursache einer Harninkontinenz in der Prostata zu suchen, entweder in einer Hypertrophie oder als Folge einer Prostataexzision. [Langfassung](#)

2.1.2.8 Sexualeben [Langfassung](#)2.1.2.9 Psychische Befindlichkeit [Langfassung](#)

2.1.2.10 Entleerungsgewohnheiten

Fragen nach der Miktionshäufigkeit dienen der Dokumentation des symptomatischen Schweregrades.

Eine stark **erhöhte Miktionsfrequenz** bei zugleich verringerten Miktionsabständen tagsüber (Burns et al. 1992) und nachts (Fink et al. 1999) deutet auf eine durch Fehlverhalten funktionell erniedrigte Blasenkapazität. (Evidenzlevel S II)

2.1.2.11 Neurologische Symptome [Langfassung](#)

2.1.2.12 Harndrangsymptome (Symptom Dranginkontinenz)

Harndrangsymptome, wie imperativer Harndrang und vermehrte Miktionsfrequenz, sind für die Patienten besonders belastend und führen zu stärkerer Einschränkung der Lebensqualität als das Symptom der Stressinkontinenz. (Maspuhl 1980; Macaulay et al. 1991; Brown et al. 1999; Lubeck et al. 1999; Simeonova et al. 1999; Evidenzlevel S II)

Eine konservative Therapie, die auf die Reduktion der Drang-Symptomatik abstellt, ist für diese Patienten ein primäres Ziel. (Hunskaar 1991; Hunskaar 1993; Evidenzlevel S II) [Langfassung](#)

2.1.2.13 Symptom der Stressinkontinenz / Beckenbodenschwäche

Anamnestisch zu ermittelnde Symptome können auf eine auslassbedingte Urin-Speicherstörung hinweisen, sind jedoch wahrscheinlich nicht geeignet, um zwischen den verschiedenen pathophysiologischen Formen der Stressinkontinenz (urethrale Hypermobilität, Blasenhalsinsuffizienz, Sphinkterinsuffizienz) zu differenzieren.

Für den Beginn einer konservativen Therapie mit **Beckenbodentraining** reichen solche anamnestischen Hinweise aber aus. (Amundsen et al. 1999; Evidenzlevel S II)

Gefragt werden sollte nach **Urinverlust unter körperlicher Belastung** (z.B. beim Wandern, Laufen, Joggen, Tanzen, Fensterputzen, Wischen, Staubsaugen, Bücken oder Heben). (Abrams et al. 1988; Mans und Füsgen 1990; Evidenzlevel S II)

Bejaht eine Patientin / ein Patient die Frage nach Urinverlust bei Anstrengung (genauer: bei intraabdominaler Druckerhöhung), so ist eine Besserung durch ein physiotherapeutisches Beckenbodentraining besonders wahrscheinlich. (Burgio et al. 1989; Evidenzlevel S IV)

2.1.2.14 Medikamenten-Anamnese

Eine große Zahl von Medikamenten beeinflusst die Kontinenzfunktion, so dass eine Überprüfung aller bei Auftreten der Inkontinenz zuletzt eingenommenen Medikamente sinnvoll ist. (Moore und Richardson 1998; Pientka und Salm 2000; Evidenzlevel K II)

Bei folgenden Substanzklassen kann das Symptom der Dranginkontinenz eine Folge der Einnahme sein:

- Acetylcholinartige Pharmaka (Cholinergika und Anticholinesterasen)
- Beta-Rezeptorenblocker
- Prostaglandin E1 und E2

Bei folgenden Substanzklassen kann das Symptom der Stressinkontinenz eine Folge der Einnahme sein:

- Alpha-Sympatholytika (Prazosin, Reserpin, Terazosin)
- Alle zentral angreifenden Muskelrelaxantien (Diazepam, Chlordiazepoxid, Methocarbamol, Orphenandrin)
- Polysynaptische Inhibitoren (Baclofen)
- Direkt angreifende Skelettmuskelrelaxantien (Dantrolen)

Bei folgenden Substanzklassen kann es zu einer Harnretention und evtl. in der weiteren Folge zu einer Überlaufinkontinenz kommen:

- Bronchodilatatorisch wirkende Substanzen: Beta-Sympathomimetika (z. B. Antiasthmatika)
- eine Reihe von Medikamenten, die anticholinerge Nebenwirkungen haben und die in der klinischen Praxis eine relativ große Rolle spielen. Hierzu gehören u.a. Antiparkinsonmittel vom Biperiden-Typ, H1-rezeptorantagonistische Antihistaminika, verschiedene Spasmolytika, verschiedene Ophthalmologika und Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva
- Antiemetika mit H1-Rezeptor-Antagonismus
- Neuroleptika vom Phenothiazin-Typ (Promethazin, Chlorpromazin)
- Phenytoin

2.2 Das Patiententagebuch (Miktionskalender)

Ein **patientengeführtes Tagebuch**, in dem jede Miktion festgehalten wird, kann zur Identifikation von zugrunde liegenden Problemen bzw. zur weiteren Differenzierung der Inkontinenzsymptomatik dienen. Da zu jedem Inkontinenzereignis auch ein **Auslöser** angegeben werden soll, kann festgestellt werden, ob ein unfreiwilliger Urinabgang eher bei **körperlicher Belastung** oder auf Grund vermehrten **Harndrangs** bzw. verkürzter **Vorwarnzeit** auftritt.

Auch Hinweise auf **psychogene** Mitbeteiligung sind dem Tagebuch zu entnehmen, wenn als Auslöseereignis entsprechende Situationen notiert werden.

Die tatsächlichen Miktionsfrequenz- und **Miktionsabstände** werden durch das Tagebuch präzisiert, so dass hier Verhaltensfehler deutlich werden, wenn z.B. ständig zu kurze Miktionsabstände eingehalten werden (unter zwei Stunden gilt als zu kurz; hierdurch wird das Auftreten Harndrang verstärkt).

Wenn auch **Getränke** nach Menge und Art aufgeführt werden, kann ein falsches Trinkverhalten (z.B. zu geringe Menge, überwiegend Getränke mit diuretischem Charakter wie Kaffee und Schwarztee etc.) anhand des Kalenders aufgedeckt und entsprechend korrigiert werden.

Der Miktionskalender dient zusätzlich als Instrument zur **Einschätzung des Schweregrades** einer Inkontinenz wie auch als Erfolgsmesser der Therapie, da er recht valide Aussagen erlaubt. Eine Kalenderführung über drei Tage ist dabei nach einer neueren Studie ausreichend valide. (Nygaard und Holcomb 2000); Evidenzlevel D II)

Ein Problem bei der Kalenderführung ist die dafür erforderliche Compliance der Patienten, hierdurch wird die Anwendbarkeit eingeschränkt. [Langfassung](#)

2.3 Untersuchungen

Patienten oder Patientinnen mit bekannten ernsthaften Vorerkrankungen aus dem urologischen / gynäkologischen / neurologischen Bereich sollten immer dem entsprechenden Facharzt vorgestellt werden, wenn eine Inkontinenz **neu** auftritt; so dass bei diesen Patienten in der Regel keine eigene hausärztliche körperliche Untersuchung notwendig ist.

Bei anamnestischen Hinweisen auf komplizierende Faktoren / Grunderkrankungen ist diesen Hinweisen immer vorrangig nachzugehen. [Langfassung](#)

2.3.1 Allgemeine und körperliche Untersuchung

Die allgemeine und körperliche Untersuchung kann bei Patienten, die dem Hausarzt bereits gut bekannt sind, alle Vorbefunde mit einbeziehen, so dass der Umfang der Untersuchung und der Befragung in der Praxis variabel ist und sie im Einzelfall auch ganz entfallen kann.

Im Folgenden werden Untersuchungen genannt, die für einen Grossteil der Patienten sinnvoll oder Bestandteil bereits existierender Leitlinien oder Empfehlungen sind.

2.3.1.1 Mobilitätsprüfung

Bei älteren oder behinderten Patienten ist die allgemeine **Mobilität orientierend zu überprüfen**, wobei das Augenmerk darauf liegen sollte, ob ein Erreichen einer Toilette innerhalb der Patientenwohnung in kurzer Zeit und ohne all zu große Anstrengung möglich ist. [Langfassung](#)

2.3.1.2 Kognitionsprüfung / Demenztest

In mehreren, zum Teil kontrollierten Studien, wurde die Demenz als wesentlicher Risikofaktor für eine Inkontinenz identifiziert. (Skelly und Flint 1995; Evidenzlevel D II) [Langfassung](#)

Im Zweifel sollte möglichst ein formalisierter Test zur Erfassung kognitiver Defizite angewendet werden.

Näheres zu dem Thema der Demenz wird eine eigene DEGAM-Leitlinie enthalten, die sich bereits in der Entwicklung befindet (Informationen zum Stand der Entwicklung über die DEGAM-Internetseiten: <http://www.leitlinien.de/infodegam.htm>).

2.3.1.3 Orientierende neurologische Untersuchung

Einige neurologische Erkrankungen gehen sehr häufig mit einer Inkontinenz einher. (Ventimiglia, Patti et al. 1998) Es ist jedoch anhand der Literatur nicht möglich zu sagen, wie häufig eine Inkontinenz Erstsymptom einer neurologischen Erkrankung ist. [Langfassung](#)

Neurologische Untersuchungen [werden] wegen der insgesamt geringen Vorhersagewahrscheinlichkeit mit **vielen falsch negativen Ergebnissen** zu möglichen Risikofaktoren, da sie evtl. zu einem falschen Gefühl der Sicherheit beitragen - und so genau das hervorrufen können, was durch die Empfehlung zur Untersuchung verhindert werden sollte: Eine der Inkontinenz zu Grunde liegende Erkrankung wird in Folge des falschen Sicherheitsgefühls womöglich erst verspätet diagnostiziert.

Zusammenfassung

Ausgehend von der in der Literatur vorliegenden Evidenz kann, abweichend von den Empfehlungen der meisten bis jetzt publizierten Konsensus-Empfehlungen und klinischen Leitlinien zur Harninkontinenz, keine generelle neurologische Untersuchung inkontinenter Patienten empfohlen werden. Nur, wenn klinische Hinweise auf eine neurologische Erkrankung vorliegen, ist eine neurologische Untersuchung hingegen erforderlich. (Niederstadt 2001, S. 70 ff.; Evidenzlevel D I) Eine Ausnahme stellen junge, inkontinente Männer dar, die zwar stets neurologisch untersucht werden sollten, bei denen aber ohnehin immer eine spezialärztliche Untersuchung und Mitbetreuung erfolgen sollte, da bei dieser Patientengruppe immer der Verdacht auf eine komplizierte Inkontinenz besteht.

2.3.1.4 Digitale rektale Untersuchung

Bei Männern soll nach den Empfehlungen bislang vorhandener Leitlinien stets eine **digitale rektale Untersuchung der Prostata** erfolgen, da von dieser häufig eine Abflussstörung ausgeht.

Langfassung

Zusammenfassung

Die routinemäßige digitale rektale Untersuchung als Teil der hausärztlichen **Basisdiagnostik** der Harninkontinenz wird wegen fehlender Evidenz zum Nutzen **nicht empfohlen**, weder bei Männern noch bei Frauen. (Evidenzlevel D I)

2.3.1.5 Vaginale Untersuchung

Bei Frauen wird vielfach eine **vaginale Untersuchung** empfohlen und von einer Vielzahl der vorhandenen Leitlinien zur Behandlung der Inkontinenz gefordert. (AHCPR 1992; Fantl et al. 1996; Eberhard et al. 1993; Schüssler 1993; Nederlands Huisartsen Genootschap 1989)

Eine vaginale Tastuntersuchung ist für den **Ausschluss einer Neoplasie** bei bislang Gesunden auf Grund schlechter Vorhersagewahrscheinlichkeiten **nicht geeignet**. (Padilla et al. 2000; Soost et al. 1991; Niederstadt 2001, S. 82ff. Evidenzlevel D II)

Langfassung

Zusammenfassung

Eine spezielle gynäkologische Untersuchung ist **nicht erforderlich als Voraussetzung einer rein konservativen Therapie** bei unkomplizierter Inkontinenz sowie **nicht** bei Patientinnen, die sich in regelmäßiger gynäkologischer Behandlung befinden.

Sie **kann** sinnvoll eingesetzt werden als Einstieg in das Beckenbodentraining oder zwecks Anpassung eines Vaginal-Pessars.

Vor einer **operativen** Inkontinenz-Therapie ist eine gynäkologische Vaginal-Untersuchung als **unabdingbar** anzusehen; ebenso ist sie in der Regel erforderlich bei Hinweisen auf eine komplizierte Inkontinenz (z.B. gestörte Entleerung).

2.3.2 Laboruntersuchungen / Apparative Untersuchungen

Langfassung

Bei der unkomplizierten Harninkontinenz existiert für die Durchführung folgender Untersuchungen - teilweise in Abhängigkeit von Zusatzbefunden oder -symptomen - gute bis sehr gute Evidenz.

2.3.2.1 Urinstatus

Eine Urinuntersuchung zur Aufdeckung oder zum Ausschluss eines Harnwegsinfektes ist **immer** sinnvoll bei einer **neu aufgetretenen Inkontinenz sowie bei (neu auftretenden) irritativen Symptomen und gehäuften Harn-drang.** [Langfassung](#)

2.3.2.2 Bei älteren Pflegepatienten: Serum-Natrium

[Langfassung](#) Die Bestimmung des Serum-Natriums **bei älteren Pflegepatienten** mit Inkontinenz ist eine sinnvolle und von uns empfohlene Zusatzuntersuchung. (Miller 1999; Evidenzlevel D II)

2.3.2.3 Bei älteren Patienten mit Irritation und Hämaturie: Urin- zytologie

Bei irritativem Wasserlassen älterer Personen, die zugleich eine Hämaturie aufweisen, sollte der Urinstatus durch eine **zytologische Urinuntersuchung**

ergänzt werden, wenn kein Infekt als Ursache gefunden wird. Beim Mann sollte eine Hämaturie (auch ohne irritative Symptome) in jedem Fall zytologisch untersucht werden; bei Frauen sollte eine Hämaturie zunächst durch einen zweiten Test bestätigt werden. (Brown 2000; Evidenzlevel D III)

2.3.2.4 Bei verzögerter Entleerung: Urin-Glukose

Bei Symptomen **verringerten Harndrangs** und **verzögerter Entleerung** ist ein Harntest auf Glukose sinnvoll, da diese Symptomatik eine diabetische Neuropathie anzeigen kann. [Langfassung](#)

2.3.2.5 Bei gestörter Entleerung: Restharnbestimmung

Eine Evidenz für eine routinemäßige Durchführung einer Restharnbestimmung bei allen inkontinenten Patienten ist aus der Literatur **nicht** abzuleiten. Da auch Unklarheiten bezüglich der Schwellenwerte bestehen, die eine risikobehaftete von einer harmlosen Restharnbildung abgrenzen würden, kann aus pragmatischen und Kostengründen die **Restharnbestimmung nur bei Patienten mit Symptomen der gestörten Entleerung** empfohlen werden.

Bei diesen **Patienten** sollte eine Restharnbestimmung durchgeführt werden, da hier in 3-5% der Fälle mit einem Befund gerechnet werden kann, der ggf. eine Änderung der therapeutischen Strategie implizieren würde, z.B. eine Änderung in der Medikation. (Walters 1977)

Bevorzugte Methode der Restharnbestimmung sollte bei **unkomplizierten** Patienten in der ambulanten Medizin die **abdominelle Palpation** sein, da hierbei kaum iatrogene Effekte zu befürchten sind und **bei positivem Befund** eine **Therapiebedürftigkeit mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit** gegeben ist. (Hilton und Stanton 1981; WHO 2000; Evidenzlevel D II)

Ergibt die abdominelle Palpation einen Befund oder persistieren Entleerungsbeschwerden oder erscheinen die Entleerungsbeschwerden klinisch deutlich, so ist eine Restharnbestimmung mittels Ultraschall anzustreben, die gegenüber der invasiven Untersuchung wegen geringerer Nebenwirkungen bei vergleichbarer Testgüte vorzuziehen ist. (Haylen et al. 1999; Palmtag 1997; Evidenzlevel D IV)

Von einer Restharnbestimmung mittels Katheter ist bei unkomplizierten am-

bulanten Patienten vollständig abzusehen.

Die Empfehlung, **Restharn nur im begründeten Einzelfall** zu bestimmen, erfolgt in Übereinstimmung mit den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Leitlinien "Drangsyndrom", "Reizblase", und "Harnwegsinfekt").

2.3.3 Zusätzliche Diagnostik

Das weitere diagnostische Vorgehen richtet sich nach dem Gesamtbild aus Symptomen und Befund.

Sonogramm des Urogenitalsystems Langfassung

Auf eine weiterführende Diagnostik wird man verzichten, wenn der Patient nicht kooperationsfähig ist, keine weitere Diagnostik wünscht, eine weitere Diagnostik eine unzumutbare Belastung darstellen würde oder keine Aussicht auf eine deutliche Besserung der Symptome bzw. eine insgesamt schlechte Prognose besteht.

Notwendig ist eine Zusatzdiagnostik immer, wenn:

- die Patientin / der Patient bereits eine Anti-Inkontinenz-Operation hatte.
- der Patient ein junger Mann ist.
- die Patientin / der Patient den Wunsch nach einer operativen Korrektur äußert.
- im Rahmen der hausärztlichen Diagnostik (Basisdiagnostik der Inkontinenz) Befunde erhoben werden, die auf einen organischen oder psychopathologischen Hintergrund schließen lassen und zur Vermeidung abwendbar gefährlicher Verläufe spezialistisch abgeklärt werden sollten oder durch deren spezialistische Abklärung therapeutische Konsequenzen erwartet werden.

2.4 Behandlungsoptionen

Die Behandlung sollte in **abgestufter** Weise erfolgen. Beginnen sollte die Behandlung mit den am wenigsten invasiven Verfahren, die das geringste Risiko unerwünschter Wirkungen für den Patienten bergen und gleichzeitig dem vorhandenen Problem des Patienten angemessen sind.

Alle Patienten mit Harninkontinenz profitieren von einer intensiven und am Einzelfall ausgerichteten **Beratungsstrategie**.

Bei mittlerer bis schwerer Inkontinenz ist eine, von der gewählten Therapie-strategie nicht direkt abhängige, palliative **Hilfsmittelversorgung** einzuleiten, die in Abhängigkeit vom Ausmaß der Harnverluste ggf. mehrfach neu anzupassen ist. Bei leichter Inkontinenz wird die Hilfsmittelversorgung in der Regel nicht von den Krankenkassen übernommen; doch sollte auch hier eine Beratung über geeignete Materialien erfolgen.

An **spezifischen Therapieverfahren** für die Behandlung der Harninkontinenz stehen drei wesentliche Kategorien zur Auswahl:

- verhaltensmodifizierende Techniken **einschließlich physikalischer Therapien**,
- medikamentöse Therapie **und**
- chirurgische Behandlungsverfahren.

Alle therapeutischen Optionen sollten dem Patienten erläutert werden, so dass dieser eine wohlbegründete Entscheidung im Hinblick auf die individuell vorhandene Situation treffen kann. Grundsätzlich ist eine Kombination von Behandlungsmethoden aus zwei oder allen Kategorien möglich. [Langfassung](#)

2.4.1 Beratungskonzept

Vorbereitet und begleitet werden alle spezifischen Therapieverfahren von einer ganzheitlichen Beratungsstrategie, die darauf abzielt, der Vielschichtigkeit der Symptomatik gerecht zu werden, indem die Therapiemotivation und das Verständnis der spezifischen Therapien erläutert und begleitende Änderungen der Lebensführung angestoßen werden.

2.4.1.1 Ernährungsberatung [Langfassung](#)

Auch ein falsches **Trinkverhalten** kann zur Inkontinenz beitragen. Hilfreich für Inkontinente kann eine sorgfältig geplante Verteilung der Flüssigkeitsaufnahme über den Tag sein, so dass beispielsweise abends vor dem Schlafengehen keine großen Mengen mehr aufgenommen werden.

2.4.1.2 Beratung über "Entleerungs-Etikette"

In engem Zusammenhang mit den ernährungsabhängigen Kontinenzfaktoren sollten auch die Stuhl- bzw. Entleerungsgewohnheiten allgemein thematisiert und richtige Verhaltensweisen erläutert werden. Die Benutzung der Bauchpresse zur Entleerung geht mit der Gefahr chronischer Beckenbodenschädigung einher [Langfassung](#)

Bei Patienten, die zum Führen eines Patiententagebuches (Miktionskalender) über drei Tage motiviert werden konnten, hat eine ausführliche Besprechung des ausgefüllten Tagebuches, die auf: Auslösesituationen, Trinkmenge, Getränkeauswahl, Miktionsfrequenz eingeht, bereits einen therapeutischen Effekt. (Wyman et al. 1998)

Patienten sollten darauf hingewiesen werden, dass stundenlanges Zurückhalten der Entleerung ebenso schädliche Auswirkungen hat, wie ein zu häufiges Aufsuchen der Toilette. Ebenso sollten Patienten darin bestärkt werden, ihre Miktionsfrequenzen zu normalisieren, also auf etwa 7 bis 11 Miktionen pro Tag zu kommen.

2.4.1.3 Bekleidungs- und Wohnumfeldberatung

[Langfassung](#)

2.4.1.4 Allgemeine Lebensberatung

Häufig findet sich ein Symptomkomplex mit psychischen bzw. psychosozialen Problemen bei Inkontinenzpatienten. (Tomlow 1990) [Langfassung](#)

2.4.1.5 Hygieneberatung

Inkontinenzpatienten sollten immer nach persönlichen Hygienegewohnheiten gefragt werden. Häufig finden sich Hautirritationen, chronische Infektionen oder allergische Hautprobleme auf Grund übergroßer Reinlichkeitsbedürfnisse, z.B. infolge von zu häufigem Waschen im Intimbereich mit ungeeigneten Seifen u.ä. (Rink 1998)

[Langfassung](#) Eine optimierte Versorgung mit Vorlagen hoher Absorptionsfähigkeit und in der kleinstmöglichen Größe, die gerade noch ausreicht, um ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln, ermöglicht vielen Betroffenen bereits

wieder die Teilnahme am sozialen Leben. (Busch 1993; Evidenzlevel S IV)

2.4.2 Hilfsmittel

Hilfsmittel sind durch die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem so genannten **Hilfsmittelkatalog** erfasst. Verordnungsfähig zu Lasten der GKV sind alle in diesem Katalog aufgenommenen Produkte sowie Hilfsmittel, deren Aufnahme in den Katalog beantragt ist.

Die Hilfsmittel werden in Deutschland im Allgemeinen unterteilt in aufsaugende, sammelnde und ableitende Hilfsmittel; daneben gibt es noch andere Wirkprinzipien:

[Langfassung](#)

Die **wichtigste Hilfsmittel-Kategorie** für die **palliative Inkontinenz-Behandlung** des **Hausarztes** stellen die **Inkontinenz-Vorlagen** dar. Es gibt sie in vielen verschiedenen Größen und Passformen. [Langfassung](#)

Die Größen der im Handel angebotenen Vorlagen sind recht gut standardisiert, so dass es möglich wird, die benötigte Vorlagengröße anhand der den Produkten zugeordneten Inkontinenz-Schweregrade festzustellen.

Richtwerte zur Bestimmung der Vorlagengröße

Leichte Inkontinenz:	Harnverlust in vier Stunden ca. 50 – 100 ml
Mittlere Inkontinenz:	Harnverlust in vier Stunden ca. 100 – 200 ml
Schwere Inkontinenz:	Harnverlust in vier Stunden ca. 200 – 300 ml
Schwerste Inkontinenz:	Harnverlust in vier Stunden mehr als 300 ml

[Langfassung](#)

2.4.2.1 Hilfsmittelverordnung bei Pflegebedürftigkeit

Bei Pflegepatienten sollte eine **Bescheinigung zwecks Kostenübernahmeantrag** bei der **Pflegekasse** ausgestellt werden, da laut SGB V (§33) Pflegehilfsmittel nur dann bezahlt werden, "wenn Pflegebedürftigkeit besteht und eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht vorliegt". Die Leistungspflicht der Krankenkasse wiederum wird nach dem gleichen Paragraphen des SGB daran fest gemacht, dass "eine Krankheit bzw. eine Behinderung vorliegt".

Maximal werden für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (zur Zeit) monatlich rund 30 Euro von den Pflegekassen übernommen.

Insbesondere bei unklarer Kostenübernahmesituation sollte am besten direkt die Krankenkasse des oder der Betroffenen kontaktiert werden, da es in der Bundesrepublik keine einheitlichen Regelungen bezüglich der Verordnung von Hilfsmitteln gibt.

2.4.2.2 Hilfsmittel bei Frauen: Verordnungs-Empfehlung

Für Frauen sind Inkontinenz-Vorlagen die wichtigste Form der hausärztlichen Hilfsmittel-Versorgung. In der Regel werden nur die **Vorlagen für die mittlere, schwere und schwerste Inkontinenz** von den **Krankenkassen** als **erstattungsfähig** angesehen, auf dem Rezept muss eine Diagnose angegeben werden bzw. die Feststellung, dass die Versorgung für die Teilnahme am sozialen Leben notwendig ist.

Eine **Verordnung** von industriell hergestellten **Inkontinenz-Vorlagen** ist notwendig und wirtschaftlich, wenn es sich um eine mittlere bis schwere Inkontinenz handelt. [Langfassung](#)

Vaginal-Pessare [Langfassung](#)

Spezielle **Vaginaltampons** [Langfassung](#)

2.4.2.3 Hilfsmittel bei Frauen: Keine Verordnungs-Empfehlung

Trotz mehrerer randomisierter Studien zum Wirksamkeitsbeleg und Aufnahme in den Hilfsmittelkatalog kann die Anwendung von **Harnröhrenstöpseln** **nicht empfohlen** werden. [Langfassung](#).

Sogenannte **Endloswindeln**, ebenso wie die **Flockenwindeln** aus Zellstoff, sollten **nicht** verordnet werden; sie garantieren keine gute Flüssigkeitsaufnahme, sind nicht auslaufgeschützt und können zu Druckstellen an der Haut führen. [Langfassung](#)

2.4.2.4 Hilfsmittel bei Männern: Verordnungs-Empfehlung

Bei Männern ist eine Versorgung mit Vorlagen häufig problematisch.

Bei schwerer Inkontinenz bietet sich für Männer daher die Versorgung mit

einem sammelnden Hilfsmittel, einem **Kondomurinal**, an. Sie sind **generell erstattungsfähig** und müssen vom Arzt **verordnet** und sollen von einer Fachkraft sachgerecht angepaßt werden. [Langfassung](#)

2.4.2.5 Hilfsmittel bei Männern: Keine Verordnungs-Empfehlung

Die Industrie bietet für Männer mit Tröpfelinkontinenz so genannte **Tropfenfänger** an. [Langfassung](#)

Seit antiken Zeiten existieren Varianten der **Penisbänder** und **Penisklemmen**. Alle diese Hilfsmittel benutzen das simple Prinzip der mechanischen Abschnürung der Harnröhre mittels extremer lokaler Druckerzeugung am Penis. Bei längerer Anwendung solcher Vorrichtungen kann es zu Penisnekrosen kommen. Eine Verordnung solcher Hilfsmittel durch einen Arzt ist **nicht zu rechtfertigen**.

2.4.2.6 Hilfsmittelverordnung bei bettlägerigen Patienten

Gerade bei bettlägerigen, häufig multimorbiden Patienten stellt die Inkontinenzversorgung ein großes Problem auch für betreuende Hausärzte dar.

Grundsätzlich sollten diese Patienten vorrangig wie mobile Patienten versorgt werden.

Nur bei mangelnder Kooperation und / oder gleichzeitigem Bestehen von Stuhl- und Harninkontinenz (Doppelinkontinenz) sowie bei Dauerinkontinenz rechtfertigt sich die Verordnung von **Krankenunterlagen** oder **Inkontinenzlipsis** ("Windeln").

Häufig werden in der Schwerstkrankenpflege und in der Dauerpflege **transurethrale Dauerkatheter** eingesetzt, die den Urin aus der Blase kontinuierlich durch die Harnröhre in einen zugehörigen Auffangbeutel ableiten. Jeder Harnröhren-Dauerkatheter stellt eine hohe Infektionsgefahr für den Patienten dar. Nach etwa einem Monat Liegezeit des Katheters entwickelt sich praktisch immer eine Harnwegsinfektion, ob der Betroffene sie nun bemerkt oder nicht. (Rannikko et al. 1986) Ein transurethraler Dauerkatheter ist **nur indiziert**, wenn eine **Abflussstörung** vorliegt, z.B. durch Obstruktion oder infolge einer **atonen Blase**. (Fantl et al. 1996b) Vor dem Einlegen eines transurethralen Dauerkatheters muss immer überprüft werden, ob eine andere Versorgungsmöglichkeit besteht.

Als Alternative zum Dauerkatheter kommt der **suprapubische Katheter** in Frage. Er ermöglicht es, den Harn aus der Blase unter Umgehung der Harnröhre abzuleiten. Er verursacht seltener aufsteigende Infektionen als der transurethrale Dauerkatheter. Außerdem ist ein Kontinenztraining auch bei liegendem suprapubischem Katheter noch durchführbar, während ein Dauerkatheter in der Harnröhre die normale Entleerung verhindert. Sobald ein Blasen Katheter länger als drei Wochen liegen bleiben soll, ist der suprapubische Katheter deshalb in der Regel einem Dauerkatheter vorzuziehen. (Agency for Health Care Policy and Research Guidelines 1996)

2.4.3 Medikamente

Eine medikamentöse Behandlung ist nur für die Dranginkontinenz-Symptomatik wirklich Erfolg versprechend.

2.4.3.1 Anticholinergika Verordnungs-Empfehlung positiv

Therapeutika der ersten Wahl sind **Anticholinergika**.

Aus dieser Gruppe ist die Wirksamkeit von **Oxybutinin** am besten belegt.

[Langfassung](#)

Bei Verträglichkeitsproblemen mit Oxybutinin kann **Tolterodin** als Alternative angesehen werden [Langfassung](#)

Für die übrigen, in Deutschland mit der Indikation "Harninkontinenz vom Typ Dranginkontinenz" verordneten anticholinergen Substanzen Trosipiumchlorid, Propiverin, Flavoxat und Emepronium ergeben die publizierten Studien keine eindeutige Beweislage [Langfassung](#)

2.4.3.2 Antidepressiva Verordnungs-Empfehlung negativ

[Langfassung](#)

2.4.3.3 Kalziumkanalblocker Verordnungs-Empfehlung negativ [Langfassung](#)

2.4.3.4 Östrogene

Verordnungs-Empfehlung negativ

In Deutschland und weltweit wurden und werden verschiedene **Östrogenpräparate** mit der Indikation "Harninkontinenz" (also bei **Drang- und Stresinkontinenz**) angewendet.

Die Evidenz bezüglich der Östrogentherapie ist nicht als ausreichend anzusehen. [Langfassung](#)

Mangels Evidenz zu langfristigen Risiken und Nebenwirkungen bei fehlendem Wirksamkeitsnachweis kann auch keine Empfehlung zu einer langfristigen **lokalen** Östrogentherapie gegeben werden.

2.4.3.5 Alpha-Adrenergika Verordnungs-Empfehlung negativ

[Langfassung](#)

2.4.3.6 Diuretika Besonderheit

[Langfassung](#)

2.4.4 Spezifische, nicht-medikamentöse Behandlung

Für viele Patienten mit Harninkontinenz kommen verhaltensmodifizierende Techniken und physikalische Therapien als Behandlung oder als Therapieversuch in Frage. [Langfassung](#)

Die verhaltensmodifizierenden Techniken können grundsätzlich eingeteilt werden in solche, wo die Initiative vom Betreuer ausgeht, und solche, bei denen die Initiative vom Patienten selber ausgeht.

2.4.4.1 Betreuer-induzierte Methoden

Die Methoden der ersten Kategorie sind geeignet für schwer mobilitäts- und kognitionseingeschränkte Patienten in häuslicher Pflege oder im Heim.

Miktion nach Aufforderung (Prompted Voiding)

Zu diesen Techniken gehören das Gewohnheitstraining (Scheduled Toilet-

ting, Habit Training) und die **Miktion nach Aufforderung** (Prompted Voiding). [Langfassung](#)

Gewohnheitstraining (Scheduled Toileting, Habit Training)

Das **Gewohnheitstraining** wird anhand der Auswertung eines Miktionsprotokolls an den Patienten angepaßt. Ist anhand dieses Protokolls beispielsweise zu erkennen, dass es ungefähr alle zweieinhalb Stunden zu einem Urinverlust kommt, besteht die Methode darin, künftig gezielt nach Plan alle zwei Stunden zu miktionieren - unabhängig davon, ob zu diesen Zeiten Harndrang besteht oder nicht.

Mit den Betreuer-induzierten Methoden ist in der Regel **keine Kontinenz** zu erzielen, doch konnte in mehreren, z.T. randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen werden, dass eine deutliche und spürbare **Verringerung** der Inkontinenz bzw. der Inkontinenzepisoden bewirkt wird, auch bei schwer kognitiv beeinträchtigten Patienten. (Lekan-Rutledge 1999; Evidenzlevel T Ib)

Beide Methoden sollten durch **jede mögliche Form aktivierender Pflege** unterstützt werden (sei es nur moralisch, durch anerkennende Worte), da Hinweise darauf existieren, dass aktivierende Pflege generell die Kontinenz fördert. (Füsgen und Barth 1987) ²

2.4.4.2 Patienten (Selbst) -induzierte Methoden:

Verhaltens-ändernde Methoden der zweiten Kategorie umfassen das Blasen-training, das physiotherapeutische Beckenbodentraining, das Training mit Hilfe von Vaginalkonusen, das Biofeedback und die Elektrostimulation.

2.4.4.2.1 Blasentraining, Blasenconditionierung

Wie das Gewohnheitstraining setzt auch das **Blasentraining** an der Veränderung der Miktionsabstände an. Die anhand eines Patiententagebuches (Miktionskalender) identifizierten Miktionsabstände werden schrittweise - und an den Therapiefortschritt angepaßt - verlängert. [Langfassung](#) Es existiert gute Evidenz für eine wenigstens mäßige Wirksamkeit des Blasentrainings bei

² Hinweis: Bei Patienten in Pflegeheimen wird kontinenzfördernde Pflege oft gar nicht gewünscht aus Angst, Verbesserungen der Kontinenz könnten zur Verschlechterung der Personalschlüssel führen. Daher sollte der behandelnde Arzt versuchen, das unter den Umständen Bestmögliche auszuhandeln, um vor allem Dauerkatheter möglichst zu vermeiden (siehe Kapitel 2.4.2, Hilfsmittel).

symptomatischer Dranginkontinenz. (Berghmans et al. 2000; Evidenzlevel T Ia)

2.4.4.2.2 Beckenbodentraining

Beckenbodentrainings-Übungen sind bereits vielfach angewendet worden, um die Blasenkontrolle durch Kräftigung und Übung der für die Blasenkontrolle zuständigen Muskeln zu verbessern. Sie werden auch als Schließmuskelübungen oder Kegelübungen bezeichnet. Ein physio-therapeutisches **Beckenbodentraining** ist mit großer Wahrscheinlichkeit eine wirksame Behandlungsmethode bei Harninkontinenz, es kann (wie alle anderen Verhaltens-modifizierenden Verfahren) bei Stressinkontinenz, Dranginkontinenz und Mischinkontinenz angewendet werden. [Langfassung](#)

2.4.4.2.3 Vaginalkonus

Das Training mit Hilfe von Vaginalgewichten (**Vaginalkonus**) ist wahrscheinlich ähnlich effektiv wie das Beckenbodentraining. (Herbison et al. 2000; Evidenzlevel T Ia) Die Vaginalgewichte können als Hilfsmittel rezeptiert werden.

2.4.4.2.4 Biofeedback

Biofeedback ist eine Methode zum gezielten Verhaltenstraining, die zur Inkontinenzbehandlung Einsatz finden kann. [Langfassung](#) Die Evidenz für die Wirksamkeit des Biofeedback bei Harninkontinenz ist relativ gut, fraglich ist, ob die Methode wirksamer ist als ein Beckenbodentraining ohne Feedback-Unterstützung.

2.4.4.2.5 Elektrostimulation

Die **Elektrostimulation** ist eine Methode, um den Beckenboden durch elektrische Impulse künstlich zur Kontraktion zu bringen. [Langfassung](#) Die Elektrostimulation bei Harninkontinenz ist wahrscheinlich vergleichbar effektiv wie Beckenbodentraining und Vaginalkonus. (Herbison et al. 2000)

2.4.4.2.6 Entspannungstherapie

Bei Hinweisen auf psychosoziale Symptom-Komponenten, insbesondere bei Vorliegen von Harndrang / Dranginkontinenz, lohnt sich ein Versuch mit einer

Entspannungstherapie. Es können keine Angaben zur spezifischen Wirksamkeit einzelner Therapieformen bei der Harninkontinenz getroffen werden [Langfassung](#).

2.4.4.2.7 Rückenschule [Langfassung](#)

2.4.5 Operative und invasive Maßnahmen (Exkurs)

[s. Druckfassung]

3 Zusammenfassung der Empfehlungen

[s. Kurzversion auf dieser Webseite]

4 Methodik, Beweise und Auswahlkriterien

Die Empfehlungen in der vorliegenden Leitlinie beruhen auf einer sorgfältigen Recherche zur Erhebung der vorhandenen Evidenz, wobei als Zugangswege zur Informationssammlung verschiedene Medien und Methoden genutzt wurden.

4.1 Datenbanken und wissenschaftliche Literatur

Elektronische Datenbanken, vor allem die weltgrößte medizinische Datenbank MEDLINE (in der öffentlich zugänglichen PubMed-Datenbank), sowie die weiteren thematisch relevanten Datenbanken Embase®, HealthStar®, Current Contents® und die Cochrane Library® sowie die vergleichbare Datenbank Evidenz basierter Medizin "Clinical Evidence®" wurden systematisch durchsucht.

Zusätzlich wurden die Datenbanken HealthStar®, BIOSIS Previews®, TOXLINE® und der Science Citation Index® (SCI®) durchsucht.

In der MEDLINE® konnten die Jahrgänge von 1966 bis 2001 durchsucht werden, von den anderen Datenbanken wurden die jeweils verfügbaren Jahrgänge genutzt, die in der Regel mindestens bis 1984 zurück reichen. Einzelne ältere Artikel wurden anhand der Literaturlisten der bereits gefundenen Artikel und auf Grund von Expertenangaben zusätzlich über die Bibliothek der Medizinischen Hochschule Hannover besorgt.

Gegenstand der Suche waren hauptsächlich publizierte randomisierte kontrollierte Studien, Metaanalysen, systematische Reviews, ggf. auch als Bestandteil bereits existierender Leitlinien. Zu Fragestellungen, für die keine oder nur wenige randomisierte Studien existieren, wurden entsprechend der von Donner-Banzhoff et al. (2000) vorgeschlagenen Systematik epidemiologische und andere nicht-randomisierte Studien und andere Evidenz gesucht.

Die Literatursuche wurde so weit wie möglich systematisiert. Artikel in Sprachen, die auf Grund der vorhandenen Ressourcen nicht übersetzt werden konnten, wurden aus den Suchergebnissen ausgeschlossen. Ebenso wurden

tierexperimentelle Studien ausgeschlossen.

Die Recherche wurde in mehreren Zyklen durchgeführt, zu jedem Unterthema wie Diagnostik oder medikamentöse oder physiotherapeutische oder Verhaltens ändernde Therapie wurde mindestens eine eigenständige Recherche durchgeführt.

An die Hauptsuche schloss sich in der Regel ein mehrteiliges Nebensuchverfahren an, da viele Fragen erst beim Formulieren der Leitlinie deutlich wurden.

Bei der Suche verwendete Schlagworte aus dem kontrollierten Wortschatz der Amerikanischen National Library of Medicine, dem so genannten MeSH-Thesaurus (Medical Subject Headings), waren "Urinary Incontinence" "Urination Disorders", "Urologic Neoplasm", "Urinary Tract Neoplasm", "Bladder", "Bladder diseases", "Bladder Neoplasm", "Pelvis", "Pelvic Pain"; außerdem Kombinationen mit den MeSH-Konzepten "Behavior Diagnosis" "Behavior Therapy", "Surgery", "Drug Therapy".

Verwendete Suchanfragen waren unter anderem:

("Urinary Incontinence" OR "Inkontinenz") AND (Keywords CONTAINS "therapy" OR "Therapie") AND ("Behavior" OR "behaviour" OR "Verhalten") AND ("Clinical Trials" OR "Studie" OR "study")

("Urinary Incontinence" OR "Inkontinenz") AND (Keywords CONTAINS "therapy" OR "therapie") AND ("pelvic floor muscle" OR "exercise" OR "education") AND ("Clinical Trials" OR "Studie" OR "study")

("Urinary Incontinence" OR "Inkontinenz") AND ("therapy" OR "therapie") AND ("review" OR "meta-analysis") AND ("Clinical Trials" OR "Studie" OR "study" OR "controlled trial")

("Urinary Incontinence" OR "Inkontinenz") AND ("diagnosis" OR "diagnose" OR "differential diagnosis") AND ("review" OR "meta-analysis" OR "overview") AND ("Clinical Trials" OR "Studie" OR "study" OR "controlled trial" OR "trial")

("Urinary Incontinence" OR "Inkontinenz") AND ("diagnosis" OR "diagnose" OR "differential diagnosis") AND ("predictive" OR "sensitivity" OR "specificity") AND ("Trials" OR "Studie" OR "study" OR "controlled trial" OR "trial")

("Urinary Incontinence" OR "Inkontinenz") AND ("etiology" OR "aetiology" OR "atiologie" OR "pathogenetic" OR "pathogenesis")

("Urinary Incontinence" OR "Inkontinenz") AND ("psychology" OR "psychologic" OR "psychosocial")

Weitere Abfragen wurden fallweise formuliert, z.B. bei Suchen nach dem Vorhersagewert bestimmter Untersuchungen, wie der Testung der Analreflexe.

Der Erhebungszeitraum der Daten reichte von 1992 bis 2001.

4.2 Internet-Quellen

Neben der Suche in wissenschaftlichen Datenbanken wurden auch die allgemeinen Informationsangebote des Internet genutzt.

Die Angebote wurden über so genannte Internet-Suchmaschinen und Meta-Suchmaschinen (Meta-Suchmaschinen durchsuchen gleichzeitig mehrere "einfache" Suchmaschinen) identifiziert wie auch auf Grund von Hinweisen aus der Literatur oder von Experten aufgesucht.

Wesentliche Informationen wurden auch auf den Internetseiten folgender medizinischer Fachgesellschaften und Organisationen gefunden und verwendet:

- Arbeitsgemeinschaft medizinischer wissenschaftlicher Fachgesellschaften (<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/awmf-map.htm> und <http://www.awmf-leitlinien.de/>)
- Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (<http://www.leitlinien.de/>)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (<http://www.degam.de/>)
- Deutsche Gesellschaft für Urologie (<http://dgu.springer.de/index.html>)
- Gesellschaft für Inkontinenzhilfe (<http://www.gih.de/default1.htm>)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (über die AWMF-Mitgliederseiten: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/membfram.htm>)
- Agency for Healthcare Research and Quality (<http://www.ahrq.gov/>)
- Canadian Medical Association (<http://www.cma.ca/cmaj/>)
- International Continence Society (www.icsoffice.org)
- National Guideline Clearing House (Amerika; <http://www.guidelines.gov/>)
- School of Health & Related Research (SchARR) der Universität Sheffield, (<http://www.shef.ac.uk/~scharr/ir/netting/>)

Vereinzelte weitere Informationen wurden den Internetseiten nationaler und internationaler Patientenorganisationen und so genannten "Medizin-Portalen" entnommen.

Die Rechercheergebnisse wurden nach Ein- und Ausschlusskriterien selektiert, die sich von der Fragestellung der hausärztlichen Diagnostik und Behandlung der Inkontinenz ableiten.

Es wurde versucht, das Auftreten systematischer Fehler auf der Ebene der Informations-Selektion und -Bewertung durch Sorgfalt bei der Recherche und interpersonellen Abgleich in Expertengesprächen bei der Bewertung zu minimieren.

Recherchezeitraum für die Internetsuche war von 1998 bis 2003. Die hier angegebenen Internetadressen stammen aus den Jahren 2000/2001.

4.3 Interviews und Hospitationen

Bei der Planung der hausärztlichen Leitlinie zur Harninkontinenz wurden Erkenntnisse und Kontakte aus einem Projekt verwendet, das an der Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hannover von 1992 bis 1996 die auf Verhaltensänderung gerichtete Behandlung der Harninkontinenz in der Hausarztpraxis erforschen sollte.

Im Rahmen dieses Projektes wie auch bei der Arbeit an der Leitlinie wurden Gespräche mit verschiedenen Experten geführt. Gesprächspartner waren vor allem Urologen und Gynäkologen mit Schwerpunkten im Bereich Inkontinenz sowie Spezialisten aus der medizinischen Rehabilitation, aus der Physiotherapie und der Pflege (spez. Inkontinenz-Fachschwestern und -Pfleger bzw. Kontinenzberater / Kontinenzberaterinnen).

Diese Gespräche mit Experten aus dem klinischen und fachärztlichen Bereich vermittelten über das Lehrbuchwissen hinaus gehende Einblicke in die Alltagspraxis.

Zu Fragen der Hilfsmittelversorgung wurden auch Gespräche mit Industrievertretern geführt.

Alle durch Gespräche und Hospitationen gewonnenen Erkenntnisse wurden in die Literatur-Suchstrategie eingebracht, indem Gesichtspunkte berücksichtigt wurden, die ohne diese praktischen Erfahrungen vielleicht gar nicht in die Recherchen und somit in die Leitlinie eingegangen wären.

4.4 Nicht-Wissenschaftliche ("Graue") Literatur

Neben den wissenschaftlichen Artikeln aus Datenbanken und Zeitschriften existiert für die Inkontinenz - wie für jedes hartnäckige und schwer therapierbare Gesundheitsproblem - eine große Masse an "grauer Literatur".

Da auch davon ausgegangen wurde, dass in dieser Literatur unter Umständen relevantes Wissen für den Umgang mit dem Problem "Harninkontinenz" enthalten sein könnte, wurden Buchkataloge nach dem Stichwort "Harninkontinenz" bzw. "Inkontinenz" durchsucht und die gefundenen Bücher in einem Handsuchverfahren je nach Qualität eingestuft. Die Werke mit guter Qualität wurden anschließend im Hinblick auf wichtige Hinweise, vor allem zu Pflegegesichtspunkten, durchgesehen.

Aus den Bereichen der Pflege sowie der Physiotherapie wurden zusätzlich noch gängige Lehrbücher eingesehen; ebenfalls wurden die Lehrbücher aus den problemrelevanten Gebieten Urologie und Gynäkologie in die Wissenssammlung mit einbezogen.

4.5 Evidenzbewertung

Durch die Angabe von Evidenzlevels bzw. "levels of evidence" in dieser Leitlinie soll auf transparente und verlässliche Weise die Grundlage dokumentiert werden, auf der unsere Empfehlungen beruhen. Bei der Entwicklung des Einstufungssystems wurden mehrere Klassifikationen ausgewertet, die letztlich auf die Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1994) zurückgehen. Die Differenzierung nach Fragestellungen und Kriterien für prognostische und diagnostische Studien beruhen weitgehend auf den Arbeiten der Gruppe um David Sackett, in den Modifikationen von Donner-Banzhoff et al. (2000). Mit den Ausarbeitungen von Donner-Banzhoff wird eine nachvollziehbare Evidenz-Beurteilung auch für Studien möglich, die der Kausalität von Symptomen und Erkrankungen nachgehen.

Bei den Angaben zu den Evidenzlevels wird zunächst mit einem Großbuchstaben die Fragestellung der Originalarbeit charakterisiert. Dabei wird die von der zitierten Studie bearbeitete Forschungsfrage zugrunde gelegt; diese muss nicht mit dem Kontext des Zitats in der Leitlinie identisch sein.

Code	Fragestellung	Beispiele (Forschungsfragen)
T	Therapie - Prävention	Ist Beckenbodentraining wirksam in der Behandlung der Harninkontinenz?
K	Kausalität/Ätiologie - Risikofaktoren - Nebenwirkungen von Therapie	Führt Rauchen zur Inkontinenz?
P	Prognose	Erhöht eine diagnostizierte Harninkontinenz das Risiko, ein Blasenkarzinom zu entwickeln?
D	Diagnose	Kann eine urodynamische Untersuchung zuverlässig eine genuine Stressinkontinenz diagnostizieren?
S	Symptomevaluation - Differentialdiagnose	Welcher Anteil von Patienten mit dem Symptom Stressinkontinenz erfüllt auch die Kriterien einer genuinen Stressinkontinenz?

Die Einstufung der Qualität des Studiendesigns orientiert sich bei Therapie / Prävention, Ätiologie und Prognose überwiegend am Studientyp, während bei Diagnose und symptomrelevanten Studien auch andere Elemente des Designs berücksichtigt werden mussten. Beispielhaft sind unten die Kriterien für diagnostische und therapeutische Studien aufgeführt (zu weiteren Einzelheiten, Definition und der Beurteilung anderer Studien siehe URL: http://www.degam.de/leitlinien_gestalt/S5_ameinl.html).

Evidenzbewertung Therapie-Studien

Level	Empfehlung	Definition
T Ia	A	Metaanalyse / Systematische Übersicht von randomisierten kontrollierten Studien oder "Megatrial"
T Ib		einzelne randomisierte kontrollierte Studie(n)
T IIa	B	Kohortenstudie mit Kontrollgruppe / nicht randomisierter klinischer Studie, quasiexperimentelle Studie
T IIb		Fall-Kontroll-Studie
T III		Querschnitts-, ökologische Studie, Kohorte ohne Kontrollgruppe (Anwendungsbeobachtung), Fallserie
T IV	C	Expertenmeinung, Grundlagenforschung

Studien zur Wertigkeit Diagnostischer Tests

Level	Empfehlung	Definition
D I	A	unabhängige, verblindete Beurteilung, konsekutive Patienten, angemessenes Spektrum
D II	B	wie oben, aber Kriterien "konsekutive Patienten" und / oder "angem. Spektrum" nicht erfüllt
D III		übrige Studien mit Vergleich zu "Goldstandard"
D IV	C	Expertenmeinung, Grundlagenforschung

5 Verbreitungs- und Implementierungsplan

Die Leitlinie wird im "Forum Qualität" der "Zeitschrift für Allgemeinmedizin, ZFA" veröffentlicht.

Um eine Anwendung in der Praxis zu fördern, stehen neben dieser Langfassung der Leitlinie eine Kurzfassung, ein Fragebogen als Anamnesehilfe, eine Patienteninformation ("Flyer") mit Hinweisen zu Unterstützungs- und Hilfsangeboten sowie Vordrucke für Patiententagebücher mit Anleitung zur Verfügung.

6 Evaluation und vergleichbare Leitlinien

6.1 Evaluation dieser Leitlinie

Eine Beratungsleitlinie ist naturgemäß schwerer zu evaluieren als eine Leitlinie mit rein diagnostischen oder therapeutischen Inhalten.

Eine Evaluation dieser Leitlinie wird dennoch folgende Probleme behandeln:

Inwieweit wird die Leitlinie durch die Anwender berücksichtigt?

- Wird sie wahrgenommen?
- Wird sie akzeptiert?
- Wird sie benutzt?

Wird ein größerer Teil der Patientinnen und Patienten mit Harninkontinenz beim Hausarzt sachgerecht beraten?

Kann der objektive und subjektive Gesundheitszustand der Betroffenen durch die Anwendung dieser Leitlinie gefördert werden? Können Gesundheitsgefährdungen rechtzeitig erkannt werden?

Wird unangemessene Diagnostik reduziert?

Wird notwendige Diagnostik vermehrt durchgeführt?

Trägt die Leitlinie dazu bei, das Leiden von Inkontinenzbetroffenen zu verringern?

Hat die Anwendung der Leitlinie Einfluss auf die Aufdeckung des tabuisierten Symptoms "Harninkontinenz"?

6.2 Vergleichbare andere Leitlinien oder Empfehlungen

6.2.1 Deutschsprachiger Raum

Bisher wurden im deutschsprachigen Raum mehrere Leitlinien zu diesem Thema oder zu Schnittstellen dieses Beschwerdebildes veröffentlicht bzw. angekündigt:

Thema	Herausgeber	Stand
Urogynäkologie	Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe - Urogynäkologie - DGGG	FRAUENARZT 8/98, S. 1207ff AWMF-Leitlinien-Register-Nr.015/004
Stressharninkontinenz	Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe - Urogynäkologie - DGGG	FRAUENARZT 8/98, S. 1207ff AWMF-Leitlinien-Register-Nr.015/005
Descensus genitalis und Harninkontinenz	Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe - Urogynäkologie - DGGG	FRAUENARZT 8/98, S. 1207ff AWMF-Leitlinien-Register-Nr.015/006
Dranginkontinenz	Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe - Urogynäkologie - DGGG	FRAUENARZT 8/98, S. 1207ff AWMF-Leitlinien-Register-Nr.015/007

Thema	Herausgeber	Stand
Drangsyndrom, Reizblase	Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe - Urogynäkologie - DGGG	FRAUENARZT 8/98, S. 1207ff AWMF-Leitlinien-Register-Nr.015/08
Blasenentleerungsstörungen	Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe - Urogynäkologie - DGGG	FRAUENARZT 8/98, S. 1207ff AWMF-Leitlinien-Register-Nr.015/013
Leitlinie zur Abklärung der Harninkontinenz in der Kinderurologie	Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)	Urologe [A] 5-98, 577 – 579 AWMF-Leitlinien-Register-Nr.043/010
Urologische Langzeitbetreuung des Querschnittgelähmten	Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)	Urologe [A] 1998, 2/98, 227-228 AWMF-Leitlinien-Register-Nr.043/003
Leitlinie zur Diagnostik des Blasenkarzinoms	Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)	veröffentlicht 1998 Urologe [A] AWMF-Leitlinien-Register-Nr.043/015
Leitlinie zur Diagnostik des Prostatakarzinoms	Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)	veröffentlicht 1998 Urologe [A] AWMF-Leitlinien-Register-Nr.043/021
Leitlinien der Deutschen Urologen zur Diagnostik des BPH-Syndroms	Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)	Urologe [A] 1999, 38:297-303

Stand März 2001

6.2.2 Internationale Veröffentlichungen

Thema	Herausgeber	Stand	Land
Urinary incontinence in adults	Natl Inst Health Consens Dev Conf Consens Statement (URL: http://text.nlm.nih.gov/ftsr/)	Natl Inst Health Consens Dev Conf Consens Statement Online 1988 Oct 3-5;7(5):1-32	USA
Harninkontinenz	Niederländische Hausärztegesellschaft (Nederlands Huisartsen Genootschap)	1989 / 1995 http://nhg.artsennet.nl/upload/104/standaarden/M46/start.htm	Niederlande
Urinary Incontinence In Adults: Acute and Chronic Management	Agency for Health Care Policy and Research	AHCPR Publication No. 96-0682: March 1996	USA
Female Stress Urinary Incontinence. Clinical Guidelines Panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence.	The American Urological Association	Journal of Urology 1997, 158(3): 875-80	USA
Harninkontinenz (Vejledning "Urininkontinens")	Dänische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (Dansk selskab for almen medicin)	1999 (http://bibliotek.dsam.dk/0005/udarb.html)	Dänemark

Stand Ende 2003

7 Gültigkeitsdauer und Fortschreibung

Die Leitlinie "Harninkontinenz" wurde 2004 veröffentlicht und ist bis zur nächsten Überarbeitung bzw. spätestens bis Ende 2007 gültig.

Verantwortlich für die kontinuierliche Fortschreibung, Aktualisierung und Bekanntmachung ist der Arbeitskreis Leitlinien in der Sektion Qualitätsförderung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

8 Autoren, Kooperationspartner, Sponsoren und Konsensusverfahren

8.1 Erarbeitung der Leitlinie für die DEGAM

Autoren:

Dr. med. Christina J. Niederstadt

Medizinische Informatik, Medizinische Hochschule Hannover - vormals Abteilung Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

PD Dr. med. Thorsten J. Doering

Abteilung Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

unter Mitarbeit von:

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz

Abteilung für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Dr. med. Detmar Jobst

Abteilung für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Dr. med. Peter Maisel

Arbeitsbereich Allgemeinmedizin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

mit Unterstützung durch:

Prof. Dr. med. Gisela Fischer
Abteilung Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

8.2 Kooperationspartner

A. Allert, Selbsthilfegruppe Halle der Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e.V.

Prof. Dr. Beck (em.), Frauenklinik der Universität Düsseldorf

Prof. K. Burgio, vormals Johns-Hopkins Universität, Baltimore, USA

Prof. W. Fischer, Abt. Urogynäkologie der Charité, Berlin

Prof. B.T. Engel, National Institute on Aging, Baltimore, USA

Dr. med. U. Hesse, Praxis für Gynäkologie, München

Prim. Univ.-Doz. Dr. Heidler, Linz, Österreich

Dipl.-Psych. E. v. Herbst, Selbsthilfe-Organisation "Inkontinensforening",
Dänemark

Prof. Dr. K. Höfner, Ev. Krankenhaus Oberhausen; vormals Abt. Urologie,
Medizinische Hochschule Hannover

O. Inhester, Autor, Krankengymnast, Lehrer für Beckenbodentraining

Prof. Dr. U. Jonas, Leiter der Abt. Urologie, Medizinische Hochschule Han-
nover

D. Kost, Krankenschwester und Kontinenzberaterin, Stomatherapeutisches
Team, Medizinische Hochschule Hannover

Dr. M. Maugourd-Bizien, Hôpital Georges Clemenceau, Chamcueil, Frank-
reich

Prof. Morgenstern, Abt. Biometrie, Universitätsfrauenklinik, Düsseldorf

Dr. med. Möller, Praxis für Gynäkologie, Wunstorf

Prof. Dr. T. Schwenger, vormals Frauenklinik, Universität Düsseldorf

Prof. Dr. M. Truss, Abt. Urologie, Medizinische Hochschule Hannover

R. Weiß, vormals "Die blaue Eule" - Selbsthilfegruppe Essen der Gesellschaft
für Inkontinenzhilfe e.V.

B. Wunsch, Praxis für Frauenheilkunde und Physiotherapie, Hannover

Dr. Zellmann, Chefarzt, Fachklinik Oberstaufen

M. Möller; Praxis für Krankengymnastik, Wunstorf

I. Teichmann, Leitung, Abt. für Physiotherapie, Universitätsfrauenklinik Düsseldorf

U. Winter, Abteilung für Physiotherapie, Klinik für Urogynäkologie der Charité, Berlin

I. Zimmermann, Klein-Verlag für Gesundheitsliteratur, Praxis für Beckenbodentraining, Autorin

Die genannten Kooperationspartner stimmen nicht notwendigerweise mit den Aussagen der Leitlinie bzw. früheren Fassungen überein!

8.3 Teilnehmer an der Panelbefragung

Lehrärzte und Lehrbeauftragte, Fachärzte für Allgemeinmedizin und weitere hausärztlich tätige Ärzte:

Dr. W. Bartel, Hannover; Dr. W. Bott, Soltau; Dr. D. Deikert, Soltau; Dr. A. Dieckvoß, Münster; Dr. U. Dochorn, Hannover; Dr. R. Doering, Hude-Wüsting; Dr. C. Goesmann, Hannover; Dr. M. Konitzer, Hannover; Fr. G. Kurz, Münster; Dr. D. Niemann, Hamburg; Dr. D. Philips, Soltau; Dr. A. Richard, Münster; Dr. A. Schnieder, Delmenhorst; Dr. B. Steuernagel, Hannover

(Koordination und Auswertung: Dr. P. Mand)

8.4 Teilnehmer am Praxistest

Dr. E. Wilde, Hildesheim, Dr. T. Salbach, Hildesheim, Dr. H.D. Haas, Hildesheim, Dr. A. Vahlbruch, Lehrte, D Thomas, Haste, Dr. M. Konitzer, Hannover, F. Henze, Meerbeck, Dr. K. von Olshausen, Bremen, Dr. J., Hauswalt, Braunschweig, Dr. T. Lichte, Lauenbrück, G. Egidi, Bremen, Dr. D. Niemann, Hamburg, Dr. U. Popert, Kassel, Dr. R. Adams, Kassel, Dr. A. Münch, Immenhausen, Dr. D. Jung, Baunatal, Dr. B. Kramps, Vellmar, Dr. C. Petrera, Bremen, Dr. A. Friedrich, Niestetal

8.5 Konsensusverfahren

Die DEGAM hat einen standardisierten Zehn-Stufenplan zur Leitlinienentwicklung verabschiedet:

1.	Interessierte Autoren aus allgemeinmedizinischen Universitätsseinrichtungen werden durch Beschluß des DEGAM-Arbeitskreises "Leitlinien" in der Sektion Qualitätsförderung mit der Entwicklung eines Leitlinienentwurfs für ein definiertes Thema beauftragt . Die beauftragte Einrichtung übernimmt die Funktion eines koordinierenden Zentrums und ruft zur Gründung einer themenbezogenen Arbeitsgruppe auf. Durch öffentliche Bekanntmachungen (insbesondere Mailings an DEGAM-Mitglieder bzw. bekannte Qualitätszirkel, Publikationen im Forum Qualität der ZFA etc.), die von der DEGAM-Geschäftsstelle " <i>Leitlinienentwicklung</i> " sowie dem koordinierenden Zentrum veranlasst werden, wird um die Bereitstellung von bereits vorhandenen Arbeitsergebnissen sowie um Mitwirkung gebeten. Auf diese Weise werden Empfehlungen, Leitlinienentwürfe, Literaturhinweise etc. gesammelt sowie interessierte Personen zur Mitarbeit gewonnen.
2.	Nach Konstituierung der themenbezogenen interdisziplinären Arbeitsgruppe durch das koordinierende Zentrum wird auf der Basis der vorliegenden Materialien eine systematische Literatur-Review zum Thema durchgeführt, die der Ermittlung bestehender Leitlinien (z. B. Leitlinien von NHG, AHCP, SIGN) sowie der vorhandenen Evidenz (in Literaturdatenbanken, der Cochrane Library, Best Evidence etc.) dient. Die Arbeitsgruppe sollte auch Patienten, Vertreter des Berufsverbandes sowie je nach Thema auch Vertreter anderer Berufsgruppen einbeziehen.
3.	Die Arbeitsgruppe erstellt auf der Basis der vorliegenden Informationen einen Erstentwurf der Leitlinie, der sich inhaltlich nach den festgelegten Anforderungen richtet und formal dem vorgegebenen Musterformat entspricht.
4.	Der Leitlinien-Erstentwurf geht über die Geschäftsstelle Leitlinienentwicklung an ein Panel von etwa fünfundzwanzig erfahrenen Allgemeinärzten (aus Forschung, Lehre und Praxis), die nicht an der Leitlinienerstellung beteiligt waren und eine strukturierte Stellungnahme zu Inhalten, Umsetzbarkeit, Relevanz und Akzeptanz abgeben.

5.	Aufgrund der Stellungnahmen der Panel-Ärzte erstellt die Arbeitsgruppe einen Zweitentwurf der Leitlinie. Dieser wird mit einzelnen externen Experten diskutiert und ggf. ein modifizierter Drittentwurf der Leitlinie erarbeitet.
6.	Über die Geschäftsstelle werden die Fachgesellschaften , die ebenfalls mit der Betreuung des jeweiligen Beratungsanlasses befasst sind, um eine abgestimmte Kommentierung gebeten (<i>siehe Anlage G</i>). Gleichzeitig werden auch der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands (BDA) und Patienten- bzw. Verbraucherorganisationen beteiligt. Die eingehenden Kommentare werden an die Arbeitsgruppe weitergeleitet. Diese prüft deren Relevanz und erstellt einen Viertentwurf .
7.	Der Viertentwurf (ggf. auch der Drittentwurf) wird von interessierten Qualitätszirkeln, einzelnen Allgemeinpraxen oder Praxisnetzen erprobt. Ziel dieses explorativen Praxistests ist die Feststellung der Akzeptanz und Praktikabilität der Leitlinie unter Praxisbedingungen (<i>siehe Anlage H</i>). Die Implementierungs-Erfahrungen von Ärzten/innen, Praxismitarbeitern/innen und Patienten/innen werden mit Hilfe verschiedener Instrumente festgehalten.
8.	Aufgrund der Ergebnisse des Praxisteste wird von der Arbeitsgruppe ein Fünftentwurf der Leitlinie erstellt. Die Geschäftsstelle prüft – u. a. anhand der Checkliste "Methodische Qualität von Leitlinien" (<i>siehe Anlage E</i>) – ob die von der DEGAM beschlossenen formalen Anforderungen (<i>siehe Anlage B und D</i>) erfüllt sind.
9.	Vertreter der Arbeitsgruppe stellen den Leitlinienentwurf abschließend dem DEGAM-Arbeitskreis "Leitlinien" in der Sektion Qualitätsförderung vor . Das Präsidium der DEGAM autorisiert durch formellen Beschluß die Leitlinie schließlich als Empfehlung der Fachgesellschaft.
10.	Die Erstveröffentlichung der Leitlinie erfolgt im "Forum Qualität" der "ZFA-Zeitschrift für Allgemeinmedizin".

8.6 Sponsoren

Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützte die Implementation und Verbreitung der Leitlinien der DEGAM im Zeitraum 1999 bis 2002 durch eine Projektförderung.

Themen und Inhalte der Leitlinien wurden in keiner Weise beeinflusst.

Praktische Erfahrungen und Kontakte zu Experten aus nicht-allgemeinmedizinischen Bereichen entstammen zum großen Teil einem in den Jahren 1992-95 vom damaligen BMBFT geförderten Forschungsprojekt an der Abt. Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover.

Die Erstellung der vorliegenden Leitlinie wurde aus Eigenmitteln der Autoren sowie teilweise aus Mitteln der beteiligten wissenschaftlichen Abteilungen finanziert. Eine finanzielle Förderung von dritter Seite erfolgte nicht.

Die Überarbeitung der Leitlinie unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Praxistests wurde unter anderem auch ermöglicht durch die Verleihung des DKV-Cochrane-Preises an die Autoren.

Von dem Preisgeld konnten Literaturbeschaffungen sowie Rechnerausstattung finanziert werden.

Die Autorinnen und Autoren Niederstadt, Doering, Jobst und Abholz geben keine Interessenkonflikte an. Dr. Maisel ist Mitglied des beratenden Fortbildungsausschusses "Instabile Blase" der Fa. Pharmacia (jetzt Pfizer).

9 Anhang

9.1 Abkürzungen

AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research, ältere Bezeichnung der AHRQ
AHRQ	The Agency for Healthcare Research and Quality (neue Bezeichnung der AHCPR)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft medizinischer wissenschaftlicher Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (Gemeinsame Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)
CC	Cochrane Collaboration
CTF	Canadian Task Force on the Periodic Health Examination
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
DGGG	Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DGU	Deutsche Gesellschaft für Urologie
EBM	Evidenz basierte Medizin (engl. "Evidence based medicine")
GIH	Gesellschaft für Inkontinenzhilfe
GMDS	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie (engl. "Randomised controlled trial")

9.2 Literatur (nur in Druckfassung)

9.3 Übersicht wichtiger Inkontinenzformen und Inkontinenzsymptome

Symptom / Inkontinenzform	Definition	Pathophysiologie	Symptome
Dranginkontinenz (Homonym; sowohl Symptom als Diagnose)	Gefühl des Harndrangs vor dem unwillkürlichen Urinverlust	Unwillkürliche Detrusor-Hyperaktivität, Detrusorkontraktion, Detrusorinstabilität (DI) Grundlage: • neurogen, entzündlich • obstruktiv, degenerativ • idiopathisch	Unwillkürlicher Harnabgang bei starkem Harndrang; häufig Harnverlust auf dem Weg zur Toilette.
		Verminderte Compliance Grundlage: • Fibrose/neurogen/ entzündlich • idiopathisch	
	Sensorische Drangsymptomatik ohne Detrusorkontraktion	Grundlage: • entzündlich/infektiös • neurogen/psychogen • idiopathisch	
Stressinkontinenz (Homonym; sowohl Symptom als Diagnose)	Ungenügender Blasenverschluss, der gewöhnlich durch erhöhten intraabdominellen Druck provoziert werden kann	Blasenhalsinsuffizienz/ Sphinkterinsuffizienz	Urinverlust ohne weitere Symptome bei körperlicher Belastung.
		Hypermobilität von Blase/ Harnröhre	Kleine Urinmengen gehen ab bei Husten, Niesen, Pressen, Lachen oder anderen körperlichen Aktivitäten.
		intrinsisch-urethral	Urinverlust schon in Ruhe oder bei geringen körperlichen Aktivitäten wie Positionsveränderungen (Aufstehen).
Mischinkontinenz (Homonym; sowohl Symptom als Diagnose)	Kombination aus Drang- und Stressinkontinenz	Häufig bei Frauen, vor allem in höherem Alter.	Gleichzeitiges Auftreten der Symptome der Drang- und der Stressinkontinenz. Für gewöhnlich ist ein Symptom führend.

	Kombination mit Entleerungsstörungen	Detrusor-Hyperaktivität bei gestörter Blasenkontraktilität – (DHIC).	DHIC - - erhöhter Restharn bei gleichzeitigem Vorhandensein von Harndrang-assoziierter Inkontinenz
Überlaufinkontinenz	Blasenüberdehnung	Missverhältnis zwischen Detrusorkontraktilität und Blasenauflasswiderstand Blasendruck übersteigt Harnröhrendruck, Detrusor-Hypokontraktilität oder Akontraktilität Grundlage: • degenerativ • medikamentös • neurogen • obstruktiv • myogen, psychogen • idiopathisch	Symptome können einschließen: - Dauerndes oder häufiges Tröpfeln - kontinuierlicher Urinverlust schon in Ruhe oder bei geringen körperlichen Aktivitäten wie Positionsveränderungen (Aufstehen) - Erhöhte Miktionsfrequenz
Reflexinkontinenz	Neurologische Störung	Neurogene Störung bei intaktem sakralen Miktionsreflex. Immer suprasakrale neurogene Läsion.	Postmiktionell oder Dauer-Inkontinenz. Meist Fehlen von Harndrang und Reflexentleerung im Schwall.
Transiente / Funktionelle Inkontinenz	Chronische Beeinträchtigung der Mobilität oder der kognitiven Leistungsfähigkeit	Chronische funktionelle und mentale Behinderungen.	Häufig Dranginkontinenz - oder generelle funktionelle Einschränkungen.