

Harninkontinenz der Frau

Diagnostik, konservative und medikamentöse Therapie



Bildgebende Diagnostik

Sonographie

Federführender Autor/en:

Autor/in	AWMF-Fachgesellschaft
Prof. Dr. med.Christl Reisenaier	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
PD Dr. med. Gert Naumann	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Beteiligte Fachgesellschaft/en:

DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein

AG-GGUP – Gynäkologie Geburtshilfe Urologie Proktologie im Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK)

Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) der DGGG

Bundesverband der Frauenärzte (BVF)

Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)

Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)

Deutsche Kontinenz-Gesellschaft

Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)

Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB)

Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)

Schweizer Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie (AUG)

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Autor/in Mandatsträger/in		
PD Dr. med. Thomas Aigmüller	Roswitha Gräble	Dr. med. Stephan Kropshofer
Prof. Dr. med. Werner Bader	Prof. Dr. med. Matthias Grothoff	Prof. Dr. med. Annette Kuhn
Prof. Dr. med. Ricarda Bauer	Prof. Dr. med. Axel Haferkamp	PD Dr. med. Gert Naumann
Dr. med. Kathrin Beilecke	Prof. Dr. med. Christian Hampel	Prof. Dr. med. Dr. phil. Matthias Oelke
PD Dr. med. Cornelia Betschart	Ulla Henscher	Prof. Dr. med. Ursula Peschers
Dr. med. Gunther Bruer	Prof. Dr. med. Markus Hübner	Dr. med. Oliver Preyer
Prof. Dr. Dr. Thomas Bschiepfer	Dr. med. Hansjoerg.Huemer	Prof. Dr. med. Christl Reisenauer
PD Dr. med. Miriam Deniz	PD Dr. med. Jacek Kociszewski	Prof. Dr. med. Daniela Schultz-Lampel
Dr. med. Thomas Fink	Prof. Dr. med. Dr. hc Heinz Kölbl	Prof. Dr. med. Karl Tamussino
Prof. Dr. med. Boris Gabriel	Dr. med. Dieter Kölle	Reina Tholen
Prof. Dr. med. Ralf Tunn	Prof. Dr.med. Volker Viereck	

Einleitung I

Bei der weiblichen Harninkontinenz können aus pathophysiologischer Sicht verschieden Formen abgegrenzt werden:

- Die **Belastungsinkontinenz** (früher Stressinkontinenz) zeigt einen unwillkürlichen Urinverlust bei körperlicher Anstrengung (z.B. Husten, Niesen, Sport) ohne Harndrang.
- Die **Dranginkontinenz** (früher Urgencyinkontinenz) wird durch einen unwillkürlichen Urinverlust bezeichnet, der von imperativem Harndrang begleitet ist oder diesem folgt. Dies kann mit einer oder ohne eine Detrusorüberaktivität auftreten.
- Das übergeordnete Syndrom der **Überaktiven Blase (ÜAB)** beinhaltet die Symptome imperativer Harndrang, der häufig mit Pollakisurie und Nykturie einhergeht sowie mit einer drangbedingten Inkontinenz einhergehen kann.
- Die **Enuresis nocturna** ist durch einen (unbemerkten) Urinverlust während des Schlafes (üblicherweise in der Nacht) charakterisiert.
- Die **Mischharninkontinenz** beinhaltet die Symptome sowohl der Belastungs- als auch der Dranginkontinenz.

Einleitung II

Bei der weiblichen Harninkontinenz können aus pathophysiologischer Sicht verschiedenen Formen abgegrenzt werden:

- Eine **Inkontinenz bei chronischer Harnretention** (früher Überlauf-Inkontinenz) wird durch einen erhöhten Restharn verursacht, der durch eine Detrusorunteraktivität oder eine Blasenaustrittsobstruktion entstehen kann.
- Eine **neurogene Detrusorüberaktivität mit Harninkontinenz** (früher Reflexinkontinenz) besteht aufgrund einer neurogen bedingten Detrusorüberaktivität bei Patientinnen mit einer bekannten neurologischen Erkrankung oder einem objektiven neurologischen Defizit.
- Bei der **extraurethralen Harninkontinenz** findet sich ein stetiger vaginaler und/oder rektaler Urinverlust ohne Zusammenhang mit Drangsymptomen oder körperlicher Aktivität.
Ursache sind hier Fistelbildungen oder ein ektop mündender Ureter.
- Sonderformen der weiblichen Harninkontinenz können eine **Lagerungsinkontinenz** (Lagewechsel vom Sitzen oder Liegen), eine **unbemerkte Harninkontinenz** (keinerlei Angaben zum Auftreten möglich), eine **Giggle-Inkontinenz** (Urinverlust während des Lachens) oder eine **koitale Harninkontinenz** (während der Kohabitation) sein.

Einleitung III

Charakteristika der **unkomplizierten Belastungsinkontinenz** sind:

- Dominierende Symptome der Belastungsinkontinenz
- Keine Inkontinenz- oder ausgedehnte Senkungsoperationen in der Anamnese
- Keine neurologische Blasenfunktionsstörung
- Kein begleitender symptomatischer Genitalprolaps
- Abgeschlossene Familienplanung

Charakteristika einer **komplizierten Belastungsinkontinenz** sind:

- Vorangegangene frustrane Inkontinenzoperationen
- Vorangegangene Beckenbestrahlungen, die Scheiden- und oder Urethralgewebe betreffen
- Neurogene Blasenfunktionsstörungen
- Simultaner Genitalprolaps
- Nichtabgeschlossene Familienplanung

Diagnostik

Anamnese und klinische Untersuchung
Patienten-Fragebögen, Blasentagebuch
Vorlagen-Wiegetest
Urin-analyse und Harnwegsinfektion
Restharn
Urodynamik
Urethrozystoskopie

Diagnostik

Anamnese und klinische Untersuchung I

Konsensbasierte Empfehlung E2-01

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Abklärung der Harninkontinenz **soll** systematisch erfolgen und die Allgemeinanamnese, die urogynäkologische Anamnese, die körperliche Untersuchung und die Untersuchungs- und Behandlungserwartungen einschließen (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-02

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Es **soll** eine Anamnese des aktuellen Medikamentengebrauchs bei allen Patientinnen mit Harninkontinenz erstellt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-03

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Es **sollten** alle neuen Medikamente, die mit der Entstehung oder Verschlimmerung der Harninkontinenz in Zusammenhang stehen, überprüft werden (**Empfehlung**).

Diagnostik

Anamnese und klinische Untersuchung II

Konsensbasierte Empfehlung E2-04

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Berücksichtigung **sollen** finden: Harnspeicherung, Blasenentleerung, Beschwerden nach der Miktion, Typ und Ausprägung der Inkontinenz sowie der Leidensdruck (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-05

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Zur Beurteilung der Kontraktionsfähigkeit des Beckenbodens **kann** der Oxford-Score verwendet werden (**offene Empfehlung**).

Diagnostik

Patienten-Fragebögen, Blasentagebuch

Konsensbasierte Empfehlung E2-06

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Wenn eine standardisierte Erfassung erwünscht ist, **soll** ein validierter und adäquater Fragebogen benutzt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-07

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Ein Miktionstagebuch (Blasentagebuch) **soll** bei Harninkontinenz geführt werden, wenn eine standardisierte Abklärung erforderlich ist (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-08

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Das Miktionstagebuch (Blasentagebuch) **sollte** über zumindest 3 Tage geführt werden (**Empfehlung**).

Diagnostik

Vorlagen-Wiegetest (Pad-Test)

Konsensbasierte Empfehlung E2-09

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Es **soll** ein Pad-Test mit standardisierter Dauer und Übungsprotokoll genutzt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-10

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Wenn eine Quantifizierung der Harninkontinenz notwendig ist, **sollte** ein Vorlagen-Wiegetest genutzt werden (**Empfehlung**).

Diagnostik

Urin-Analyse und Harnwegsinfektion

Konsensbasierte Empfehlung E2-11

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine Urinanalyse **soll** als initiale Untersuchung bei Patientinnen mit Harninkontinenz durchgeführt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-12

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei inkontinenten Patientinnen mit symptomatischem Harnwegsinfekt **soll** eine Re-Evaluation nach Therapie des Infektes erfolgen (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-13

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine asymptomatische Bakteriurie **soll** bei geriatrischen harninkontinenten Patientinnen nicht routinemäßig antibiotisch behandelt werden (**starke Empfehlung**).

Diagnostik Restharn I

Konsensbasierte Empfehlung E2-14

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Restharmenge **soll** sonographisch bestimmt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-15

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Restharmenge **soll** bei Patientinnen mit Harninkontinenz und Miktionschwierigkeiten bestimmt werden (**starke Empfehlung**).

Diagnostik Restharn II

Konsensbasierte Empfehlung E2-16

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Restharnmenge **soll** bei Patientinnen mit komplizierter Harninkontinenz bestimmt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-17

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Restharnmenge **soll** bei Patientinnen vor, unter laufender und nach einer Therapie bestimmt werden, die eine Blasenentleerungsstörung verursachen oder verschlechtern kann – inklusive Inkontinenzoperation (**starke Empfehlung**).

Diagnostik Urodynamik I

Konsensbasierte Empfehlung E2-18

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei Unklarheiten bei der Zuordnung der Symptomatik oder bezüglich der Pathophysiologie **sollte** eine urodynamische Untersuchung erfolgen (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-19

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine urodynamische Untersuchung **soll** nur durchgeführt werden, wenn aus den Ergebnissen eine therapeutische Konsequenz zu erwarten ist (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-20

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Vor jeder urodynamischen Untersuchung **sollte** ein Urinstatus zum Ausschluss einer Harnwegsinfektion erhoben und eine ggf. nachgewiesene Infektion zunächst behandelt werden (**Empfehlung**).

Diagnostik

Urodynamik II

Konsensbasierte Empfehlung E2-21

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine routinemäßige urodynamische Untersuchung ist vor einer konservativen Therapie der unkomplizierten Belastungsinkontinenz und unbehandelten überaktiven Blase nicht indiziert und **sollte nicht** durchgeführt werden (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-22

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei Patientinnen mit einer komplizierten Belastungsinkontinenz **soll** präoperativ eine Urodynamik durchgeführt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-23

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine Videourodynamik **sollte nicht** routinemäßig bei nicht-neuroger Harninkontinenz durchgeführt werden (**Empfehlung**).

Diagnostik

Urethrozystoskopie

Konsensbasierte Empfehlung E2-24

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei Patientinnen mit einer komplizierten Belastungsinkontinenz **sollte** eine Urethrozystoskopie durchgeführt werden (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-25

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei Patientinnen mit therapierefraktärer Dranginkontinenz **soll** eine Urethrozystoskopie durchgeführt werden, um nicht eine andere Pathologie zu übersehen (**starke Empfehlung**).

Bildgebende Diagnostik

Sonographie

Bildgebende Diagnostik

Sonographie I

Konsensbasierte Empfehlung E3-01

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Die Pelvic Floor Sonographie (Beckenboden-Sonographie) **sollte** im Rahmen der konservativen Therapie eingesetzt werden, um Behandlungsfortschritte und Biofeedback zu dokumentieren. (**Empfehlung**)

Konsensbasierte Empfehlung E3-02

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Präoperativ und postoperativ **soll** die Restharmenge bestimmt werden, aufgrund der Nichtinvasivität sollte die Messung bevorzugt sonographisch erfolgen (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E3-03

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Pelvic Floor Sonographie **sollte** eingesetzt werden, um ein morphologisches Korrelat zu den klinischen Angaben zu erhalten und evtl. klinisch okkulte Risikofaktoren auszuschließen (**Empfehlung**).

Bildgebende Diagnostik

Sonographie II

Konsensbasierte Empfehlung E3-04	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Bei unauffälligem Verlauf kann eine sonographische Lagekontrolle eingelegter Bänder und Netze erfolgen. Im Rahmen des Komplikationsmanagements soll die Ultraschalldiagnostik neben der klinischen Untersuchung primär angewendet werden (starke Empfehlung).	

Konsensbasierte Empfehlung E3-05	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Zur Ultraschalldiagnostik aller Kompartimente soll die 2D-Ultraschalltechnik als Standard eingesetzt werden (starke Empfehlung).	

Konsensbasierte Empfehlung E3-06	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Die 3D-Sonographie kann als ergänzendes Verfahren in der morphologischen Beurteilung der Levatoren und der Beckenorgane eingesetzt werden (offene Empfehlung).	

Bildgebende Diagnostik

Sonographie III

Konsensbasiertes Statement S3-01

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Eine generelle Empfehlung, welche Untersuchungsposition angewendet werden sollte, kann auf Basis der vorliegenden Studien nicht ausgesprochen werden.

Konsensbasierte Empfehlung E3-07

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Untersuchungsposition der Patientin **soll** bei der Befundung im Rahmen von Studien immer angegeben werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E3-08

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Blasenfüllung **sollte** zur besseren Vergleichbarkeit und im Rahmen von Studien in der Inkontinenzdiagnostik bei ca. 300 ml liegen, weil die Blasenfüllung einen Einfluss auf die Darstellbarkeit des Trichters und die Position des Blasenhalses hat (**Empfehlung**).

Bildgebende Diagnostik Sonographie III

US Scanner/Frequenzen	
Introitussonographie Perinealsonographie	Vaginalscanner mit 2-10 MHz Sektorscanner mit 5-9 MHz
Pelvic-Floor-Sonographie	Curved-Array-Scanner mit 3,5-5,0 MHz deren Kombination, Beurteilung aller Kompartimente
Positionierung der Sonde Introitussonographie	Introitusbereich (gute Auflösung bei geringstmöglichem Anpressdruck, orthograde Ausrichtung des Schallkopfes zur Körperachse) Scheideneingangsbereich
Perinealsonographie Pelvic-Floor-Sonographie	Introitusbereich Scanner muss variieren. Durch variables Eingehen, Rotieren oder Elevieren des Vaginalscanners besteht die Möglichkeit, die untersuchten Organe in drei Ebenen (sagittal, frontal und axial) darzustellen.

Bildgebende Diagnostik Sonographie IV

Untersuchungstechnik 2D- oder 3D-Technik	2D-Sonographie als Standard (Erfassung schneller Bewegungsänderungen), 3D-Sonographie zur Darstellung des M. levator ani und M. sphincter ani
Bilddarstellung 2D-Technik 3D-Technik	Kranial - im Bild oben; Kaudal – im Bild unten Rechts - im Bild links, Links - im Bild rechts Ventral - im Bild rechts; Dorsal – im Bild links (für Publikationn) Tomographisch errechnetes Bild in Transversalebene Kranial - im Bild oben; Kaudal – im Bild unten Rechts - im Bild links, Links - im Bild rechts Ventral - im Bild rechts; Dorsal – im Bild links (für Publikationen) Urethra oben, Rektum unten
Untersuchungsposition	Steinschnittlage in der Regel ausreichend.

Bildgebende Diagnostik

Sonographie V

Blasenfüllung	<ul style="list-style-type: none">- Inkontinenzdiagnostik mit mäßig gefüllter Blase durchführen- hat Einfluss auf Trichterbildung/ Länge der Urethra, Position des Blasenhalses- bei wissenschaftlichen Untersuchungen angeben, um Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen (300 ml optimal)
Auswerteparameter (deskriptiv)	<ul style="list-style-type: none">- Restharnbestimmung- Sono-morphologische Urethralänge,- Mobilität der Urethra (starr, hypermobil)- Position des Blasenhalses in Ruhe, Kneifen und Pressen/Husten- Funneling: Beschreibung der Trichterbildung- Beurteilung des periurethralen Gewebes (z.B. Divertikel oder Zyste)- Beurteilung Koordination und Elevationsvermögen des M. levator ani- Blasenwanddicke- Postoperative Darstellung des Bandes, von Bulking Agent Depots oder eines Hämatoms

Bildgebende Diagnostik

Sonographie VI

Konsensbasierte Empfehlung E3-09

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Ultraschalluntersuchung **sollte** mit möglichst geringem Anpressdruck erfolgen (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E3-10

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Die sono-morphologische Bestimmung der Urethralänge **sollte** präoperativ erfolgen, um die korrekte Platzierung eines Bandes zu planen (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E3-11

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Position des Blasenhalbes **sollte** in drei verschiedenen Zuständen geprüft werden: in Ruhe, bei Valsalva-Manöver und bei Beckenbodenkontraktion (**Empfehlung**).

Bildgebende Diagnostik

Sonographie VII

Konsensbasiertes Statement S3-02

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Die Beurteilung der Mobilität der Harnröhre dient der Identifikation von Pathologien wie hypermobile oder starre Urethra. Dies ist wichtig im Hinblick auf die Erfolgchancen einer operativen Intervention.

Konsensbasiertes Statement S3-03

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Das typische somomorphologische Korrelat einer Belastungsinkontinenz ist das sog. Funneling, welches die Trichterbildung der Harnröhre bei Belastung beschreibt. Ein Funneling kann aber auch bei instabiler Urethra oder bei überaktiver Blase gesehen werden.

Konsensbasierte Empfehlung E3-12

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Beurteilung des vorderen Kompartimentes **sollte** das periurethrale Gewebe einschließen (**Empfehlung**).

Bildgebende Diagnostik

Sonographie VIII

Konsensbasierte Empfehlung E3-13

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei Patientinnen mit Harndrangsymptomen **sollte** die Blasenwand sonographisch beurteilt werden, um lokale Pathologien als Ursache auszuschließen. Eine pathologisch verdickte Blasenwand ist weiter abklärungsbedürftig (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E3-14

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Pelvic-Floor-Sonographie **kann** zur Detektion von Harnröhren- bzw. Blasenwanddefekten, insbesondere im Rahmen der Fisteldiagnostik, ergänzend zur Anwendung kommen (**offene Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E3-15

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei postoperativer Blasenentleerungsstörung nach Bandeinlage **soll** eine inkorrekte Position bzw. eine retropubische/paravesikale Hämatombildung mittels Ultraschall ausgeschlossen werden (**starke Empfehlung**).

Bildgebende Diagnostik

Sonographie IX

Konsensbasierte Empfehlung E3-16	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Bei postoperativer Blasenentleerungsstörung nach Kolposuspension sollte durch eine Ultraschalluntersuchung eine Überkorrektur ausgeschlossen werden (Empfehlung).	
Konsensbasiertes Statement S3-04	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Sonographisch ist eine Darstellung von Bulking Agents bezüglich Morphologie, Größe und Lokalisation möglich.	

Bildgebende Diagnostik

Röntgenologische und
kernspintomographische Diagnostik

Bildgebende Diagnostik

Röntgenologische und kernspintomographische Diagnostik

Konsensbasiertes Statement S3-05

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

In der Routinediagnostik der unkomplizierten Harninkontinenz hat die röntgenologische und kernspintomographische Diagnostik nur einen marginalen Stellenwert.

Konsensbasierte Empfehlung E3-17

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

In ausgewählten Fällen einer kongenitalen oder postoperativen Harninkontinenz und unklarer klinischer sowie sonomorphologischer Diagnostik kann die röntgenologische bzw. die MR-Diagnostik als additive Bildgebung indiziert werden

Konservative Therapie

Einfache klinische Maßnahmen

Konservative Therapie

Einfache klinische Maßnahmen I

Harninkontinenz geht insbesondere bei älteren Menschen mit mehreren Komorbiditäten einher einschließlich:

- Herzinsuffizienz;
- chronische Niereninsuffizienz;
- Diabetes mellitus;
- chronisch obstruktive Lungenerkrankung;
- neurologische Erkrankungen, einschließlich Schlaganfall und Multiple Sklerose;
- allgemeine kognitive Beeinträchtigung;
- Schlafstörungen oder Schlafapnoe;
- Depression;
- metabolisches Syndrom.

Konservative Therapie

Einfache klinische Maßnahmen II

Konsensbasierte Empfehlung E4-01	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Harninkontinenz-Patientinnen, bei denen Begleiterkrankungen auftreten, sollen immer eine angemessene Behandlung dieser Erkrankung im Sinne guter medizinischer Praxis erhalten (starke Empfehlung).	

Konsensbasierte Empfehlung E4-02	
Expertenkonsens	Konsensstärke ++
Patientinnen mit Harninkontinenz, die ebenfalls an Obstipation leiden, sollen im Sinne von guter medizinischer Praxis über die Darmbehandlung beraten werden (starke Empfehlung).	

Konservative Therapie

Einfache klinische Maßnahmen III

Konsensbasierte Empfehlung E4-03	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Es soll sichergestellt werden, dass Patientinnen mit Harninkontinenz und/oder ihre Betreuer über die verfügbaren Behandlungsoptionen informiert werden, bevor sie sich allein für eine Hilfsmittel-Verwendung entscheiden (starke Empfehlung).	

Konsensbasierte Empfehlung E4-04	
Expertenkonsens	Konsensstärke ++
Es sollen Inkontinenzvorlagen und/oder andere Hilfsmittel für die Behandlung von Harninkontinenz angeboten werden (starke Empfehlung).	

Konservative Therapie

Lebensstilbezogene Maßnahmen

Konservative Therapie

Lebensstilbezogene Maßnahmen

Konsensbasierte Empfehlung E4-05	
Expertenkonsens	Konsensstärke ++
Übergewichtige oder adipöse Patientinnen mit Harninkontinenz sollen motiviert werden, ihr Körpergewicht zu reduzieren und ihr reduziertes Gewicht beizubehalten (starke Empfehlung).	
Konsensbasierte Empfehlung E4-06	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Patientinnen mit Harninkontinenz sollen darauf hingewiesen werden, dass eine Verringerung der Koffeineinnahme die Symptome imperativer Harndrang und Miktionshäufigkeit, nicht aber die Belastungsinkontinenz verbessern kann (starke Empfehlung).	
Konsensbasierte Empfehlung E4-07	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Die Art und Menge der Flüssigkeitsaufnahme bei Patientinnen mit Harninkontinenz soll überprüft und ggf. modifiziert werden (starke Empfehlung).	

Konservative Therapie

Verhaltens- und Physiotherapie

Konservative Therapie

Verhaltens—und Physiotherapie I

Konsensbasierte Empfehlung E4-08

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Patientinnen mit Harninkontinenz und kognitiven Beeinträchtigungen **soll** eine Aufforderung zur Entleerung („prompted voiding“) angeboten werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-09

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei Patientinnen mit Dranginkontinenz oder Mischinkontinenz **sollte** Blasentraining als erste Therapie angewendet werden (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-10

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Beckenbodentraining **soll** Patientinnen mit Belastungsinkontinenz und Mischharninkontinenz (inkl. älterer Patientinnen und nach einer Geburt) angeboten werden. Es ist sinnvoll, die Beckenbodenkraft zu kontrollieren und das Training über mindestens 3 Monate durchzuführen (**starke Empfehlung**).

Konservative Therapie

Verhaltens—und Physiotherapie II

Konsensbasierte Empfehlung E4-11

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Das Beckenbodentraining-Programm **soll** Krafttrainingsprinzipien beinhalten (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-12

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Elektrostimulation (Haut, vaginal, anal) **kann** zusätzlich zum Beckenbodentraining zur Behandlung von Harninkontinenz angewendet werden (**offene Empfehlung**).

Konservative Therapie

Verhaltens—und Physiotherapie III

Konsensbasierte Empfehlung E4-13

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Elektromagnetische Stimulation **kann** zur Behandlung von Harninkontinenz oder überaktiver Blase bei erwachsenen Frauen erwogen werden (**offene Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-14

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Das klinisch dominante Symptom **sollte** bei Patientinnen mit Mischharninkontinenz als erstes behandelt werden (**Empfehlung**).

Konservative Therapie

Lasertherapie

Konservative Therapie

Lasertherapie I

Konsensbasiertes Statement S4-01

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine randomisiert kontrollierte Studie zum direkten „Head-to-head“-Vergleich der drei Lasermodalitäten bei Belastungsinkontinenz gibt es bisher nicht.

Konsensbasiertes Statement S4-02

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Zwei randomisiert kontrollierte Studien mit einer kurzen Nachbeobachtungszeit von bis zu 3 Monaten zeigten eine subjektive Überlegenheit der Laserbehandlung gegenüber der Placebo- / Kontrollbehandlung. Es liegen prospektive Beobachtungsstudien mit Nachbeobachtungsperioden von bis zu 36 Monaten vor.

Konservative Therapie

Lasertherapie II

Konsensbasiertes Statement S3-03

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine Auffrischung (Top-up) der Lasertherapie ist möglich.

Konsensbasierte Empfehlung E4-15

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Die intravaginale Lasertherapie **kann** als therapeutische Möglichkeit zur Behandlung der leichten und mittleren Belastungsinkontinenz angeboten werden (**offene Empfehlung**).*

*Die Lasertherapie hat noch keine Kassenzulassung.

Konservative Therapie

Pessartherapie

Konservative Therapie

Pessartherapie

Konsensbasierte Empfehlung E4-16

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Eine Pessartherapie **sollte** Patientinnen mit Belastungsinkontinenz als Therapieoption angeboten werden (**Empfehlung**).

Konservative Therapie

Prävention der Harninkontinenz

Konservative Therapie

Prävention der Harninkontinenz I

Konsensbasierte Empfehlung E4-17

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Frauen **sollten** über den Zusammenhang zwischen Übergewicht und Harninkontinenz aufgeklärt werden, insbesondere über den Nutzen eines präkonzeptionellen Normalgewichts (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-18

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine präpartale Physiotherapie kann das Risiko der Entstehung einer Harninkontinenz verringern und **sollte** daher allen schwangeren Frauen angeboten werden (**Empfehlung**).

Konservative Therapie

Prävention der Harninkontinenz II

Konsensbasierte Empfehlung E4-19

Expertenkonsens

Konsensstärke ++/ +++

Eine elektive Sectio zur Reduktion des Risikos einer Harninkontinenz **soll** aufgrund der Risiko-Nutzen-Konstellation **nicht** empfohlen werden (++) . Dennoch **soll** Schwangeren mit erhöhtem Risiko für eine postpartale Beckenbodeninsuffizienz eine spezifische Aufklärung angeboten werden, um Nutzen und Risiko einer primären Sectio abzuwägen (**starke Empfehlung**) (+++).

Konsensbasierte Empfehlung E4-20

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine präventive Substitution von Vitamin D zur Reduktion des Risikos einer Harninkontinenz **kann** in der Schwangerschaft aufgrund der unzureichenden Datenlage aktuell **nicht** generell empfohlen werden (**offene Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-21

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Frauen **sollten** über das mit zunehmendem Alter erhöhte Risiko einer Beckenbodeninsuffizienz postpartal aufgeklärt werden (**Empfehlung**).

Medikamentöse Therapie

Antimuskarinika

Medikamentöse Therapie

Antimuskarinika | Zugelassene Muskarinika

Medikamenten- klassen	Präparatename in Deutschland	t _{max} [Stunden]	t _½ [Stunden]	Empfohlene tägliche Dosierung
Darifenacin	Emselex®	7	12	1-mal 7,5-15 mg
Fesoterodin	Toviaz®	5	7	1-mal 4-8 mg
Oxybutynin IR	Oxybutynin Dridase®	0,5 - 1	2 - 4	3-4-mal 2,5-5 mg
Oxybutynin ER	Oxybugamma® Oxybutin® Spasyt®	5	16	2-3-mal 5 mg
Propiverin	Propiverin Mictonetten®	2,5	13	2-3-mal 15 mg
Propiverin ER	Mictonorm® Propimedac® Propiver®	10	20	1-mal 30 mg
Solifenacin	Vesikur®	3 - 8	45 - 68	1-mal 5-10 mg
Tolterodin IR	Tolterodon Detrusitol®	1 - 3	2 -10	2-mal x 1-2 mg
Tolterodin ER		4	6 - 10	1-mal 4 mg
Trospium IR	Trospium Spasmolyt®	5	18	3-mal 10-15 mg 2-mal 10-20 mg
Trospium ER	Spasmex® Urivesc® Spasmo-Urgenin® Trospi®	5	36	1-mal 60 mg

Medikamentöse Therapie

Antimuskarinika II

Konsensbasiertes Statement S5-01

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Antimuskarinika stellen eine effektive orale Therapieoption zur Behandlung einer Dranginkontinenz dar.

Konsensbasiertes Statement S5-02

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Es gibt keine konsistenten Belege, dass ein Antimuskarinikum in der Wirksamkeit einem anderen überlegen ist.

Konsensbasiertes Statement S5-03

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Nebenwirkungen von Immediate Release-Formulierungen sind höher als bei Extended Release-Formulierungen.

Medikamentöse Therapie

Antimuskarinika III

Konsensbasiertes Statement S5-04

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Bei ungenügender oder fehlender Wirksamkeit können auch ein Präparatewechsel oder ein Wechsel der Darreichungsform in Betracht gezogen werden.

Konsensbasiertes Statement S5-05

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Antimuskarinika bei älteren Patienten können bis auf Oxybutynin IR sicher angewandt werden, Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten müssen aber beachtet werden.

Konsensbasiertes Statement S5-06

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Oxybutynin (oral) zeigt einen deutlichen negativen Einfluss auf die kognitive Funktionsleistung.

Medikamentöse Therapie

Antimuskarinika IV

Konsensbasierte Empfehlung E5-01

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Antimuskarinika **sollen** nach gescheiterter konservativer nicht-medikamentöser Therapie bei Erwachsenen mit überaktiver Blase oder Dranginkontinenz additiv angeboten werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-02

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

ER-Formulierungen **sollen** IR-Formulierungen vorgezogen werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-03

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Oxybutynin oral **soll** aufgrund seines hohen Nebenwirkungsprofils gemieden werden (**starke Empfehlung**).

Medikamentöse Therapie

Antimuskarinika V

Konsensbasierte Empfehlung E5-04

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Bei erfolgloser Therapie mit einem Antimuskarinikum **kann** eine Dosisescalation, ein Wechsel innerhalb der Medikamentengruppe oder auch eine Kombination von Antimuskarinika in Erwägung gezogen werden (**offene Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-05

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Bei Polymedikation (insbesondere bei geriatrischen Patienten) **sollen** die „anticholinerge (Gesamt)Last“ bedacht und Wechselwirkungen überprüft werden (**starke Empfehlung**).

Medikamentöse Therapie

β3-Adrenorezeptor-Agonsisten (Mirabegron)

Medikamentöse Therapie

β3-Adrenorezeptor-Agonisten (Mirabegron) I

Konsensbasiertes Statement S5-07

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

β3 Adrenorezeptoragonisten (Mirabegron) ist Placebo überlegen und gleichwertig mit Anwendungen von Antimuskarinika in der Verbesserung der überaktiven Blase, aber ohne Beeinträchtigung der Blasenkontraktilität (Restharn).

Konsensbasiertes Statement S5-08

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Als unerwünschte Nebenwirkungen von β3 Adrenoreptoragonisten (Mirabegron) ist eine mögliche Blutdruckerhöhung zu beachten.

Medikamentöse Therapie

β3-Adrenorezeptor-Agonisten (Mirabegron) II

Konsensbasiertes Statement S5-09

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Patientinnen, die mit Antimuskarinika ungenügend behandelt wurden, können mehr von der Zugabe von β3 Adrenorezeptoragonisten (Mirabegron) als von einer Dosisescalation bei Antimuskarinika profitieren.

Konsensbasierte Empfehlung E5-06

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

β3 Adrenorezeptoragonisten (Mirabegron) sollte Patientinnen angeboten werden, bei welchen eine nicht-medikamentöse konservative Therapie keine Verbesserung erbrachte und entweder Antimuskarinika-Unverträglichkeit bzw. keine Wirksamkeit vorliegt oder Kontraindikationen bestehen **(Empfehlung)**.

Medikamentöse Therapie

Duloxetin

Medikamentöse Therapie

Duloxetin I

Konsensbasiertes Statement S5-10

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Duloxetin kann eine Belastungsinkontinenz verbessern.

Konsensbasiertes Statement S5-11

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Duloxetin kann – vor allem in den ersten Wochen – zentralnervöse und gastrointestinale Nebenwirkungen verursachen, die zu einer hohen Abbruchrate der Therapie führen.

Konsensbasierte Empfehlung E5-07

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Im Rahmen der konservativen Behandlung **sollen** Patientinnen ab mittelschwerer Belastungsharninkontinenz über Duloxetin als eine Behandlungsmöglichkeit informiert werden (**starke Empfehlung**).*

*Keine Zulassung in Österreich und der Schweiz

Medikamentöse Therapie

Duloxetin II

Konsensbasierte Empfehlung E5-08

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Patientinnen **sollen** über die Kontinenzrate und die Nebenwirkungen vor dem Beginn der Therapie mit Duloxetin aufgeklärt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-09

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Zur Reduktion der Rate an Nebenwirkungen **soll** die Duloxetin-Therapie einschleichend begonnen und bei Therapieabbruch wieder langsam ausgeschlichen werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-10

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Eine Kombination von Duloxetin mit Beckenbodentraining **kann** empfohlen werden (**offene Empfehlung**).

Medikamentöse Therapie

Östrogene

Medikamentöse Therapie

Östrogene I

Konsensbasierte Empfehlung E5-13

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine vaginale Östriolgabe bei postmenopausalen Frauen mit Harninkontinenz (insbesondere mit Dranginkontinenz) und vulvo-vaginaler Atrophie **soll** durchgeführt. Die Anwendung soll längerfristig erfolgen (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-14

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine ultraniedrig dosierte, lokale Östrioltherapie **kann** bei Patientinnen nach Mammakarzinomerkrankung nach Aufklärung über die unzureichende Datenlage bezüglich der onkologischen Sicherheit durchgeführt werden (**offene Empfehlung**).

Medikamentöse Therapie

Östrogene II

Konsensbasierte Empfehlung E5-15

Expertenkonsens

Konsensstärke +

Bei Frauen mit oraler Hormonersatztherapie mit konjugierten equinen Östrogenen, die eine neue oder Verschlechterung einer Harninkontinenz entwickeln, **sollen** alternative Hormontherapien diskutiert werden (**starke Empfehlung**)*.

*Derzeit sind in Österreich und in der Schweiz keine konjugierten Östrogene mehr zugelassen.

Konsensbasiertes Statement S5-12

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine Verbesserung der Harninkontinenz nach Beendigung einer systemischen Östradioltherapie bei inkontinenten Frauen ist unwahrscheinlich.

Medikamentöse Therapie

Desmopressin bei Nykturie aufgrund
nächtlicher Polyurie

Medikamentöse Therapie

Desmopressin bei Nykturie aufgrund nächtlicher Polyurie

Konsensbasierte Empfehlung E5-16

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Nykturie aufgrund einer nächtlichen Polyurie durch Mangel von Arginin-Vasopressin **soll** mit Desmopressin behandelt werden, wenn Patientinnen die Nykturie als störend empfinden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-17

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Patientinnen mit überaktiver Blase und Nykturie (ohne Nachweis einer nächtlichen Polyurie) **sollen** nicht mit einem Antimuskarinikum in Kombination mit Desmopressin behandelt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-18

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Natriumkonzentration im Serum **soll** vor und während der Desmopressin-Therapie mindestens nach einer Woche und einem Monat kontrolliert werden (**starke Empfehlung**).

Medikamentöse Therapie

Komplementärmedizin

Medikamentöse Therapie Komplementärmedizin

Konsensbasiertes Statement S5-13

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Im Bereich der Komplementärmedizin liegt bisher keine ausreichende Evidenz vor, um den Einsatz der Homöopathie, der Phytotherapie, der Supplementtherapie und weiterer komplementärmedizinischer Therapeutika explizit zu empfehlen.