

S2e-Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie

AWMF-Registernummer 084-001 Kurzfassung

(update 2019) Stand 2. 1. 2019

Federführende Gesellschaft:

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie

Korrespondenz Prof. Dr. Andreas Wiedemann

Urologische Klinik am Ev. Krankenhaus Witten gGmbH

Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke

Pferdebachstr. 2758455 Witten

Tel. +49 2302 175 2521

awiedemann@evk-witten.de

Autoren (in alphabetischer Ordnung):

Klaus Becher, Barbara Bojack, Sigrid Ege, Silke von der Heide, Ruth Kirschner-Hermanns, Andreas Wiedemann

Inhaltsverzeichnis

1. VORWORT ZUM LEITLINIENUPDATE 2019	4
1.1. LITERATURRECHERCHE	4
1.2. DIE AUTOREN IN ALPHABETISCHER REIHUNG	5
2. BASISDIAGNOSTIK	7
2.1. ANAMNESE	7
2.2. UNTERSUCHUNG	7
2.3. URINANALYSE	8
2.4. MIKTIONSTAGEBUCH	8
2.5. ALTERSBEDINGTE DETRUSORVERÄNDERUNGEN	9
2.6. OPTIONALE TESTS	9
2.6.1. STRESSTEST	9
2.6.2. VORLAGENWIEGETEST	9
3. ERWEITERTE DIAGNOSTIK	10
3.1. SONOGRAPHIE	10
3.2. LABORUNTERSUCHUNGEN	10
3.3. RÖNTGENUNTERSUCHUNGEN	10
3.4. URETHROZYSTOSKOPIE	11
3.5. URODYNAMISCHE UNTERSUCHUNG	11
4. PATIENTENFRAGEBÖGEN UND ASSESSMENTINSTRUMENTE	12
4.1. SCREENING	12
5. OPERATIVE THERAPIE DER HARNINKONTINENZ	13
5.1. OPERATIVE THERAPIE DER HARNINKONTINENZ DER FRAU	13
5.2. OPERATIVE THERAPIE DER HARNINKONTINENZ DES MANNES	13
5.2.1. TRANSURETHRALE ELEKTRORESEKTION DER PROSTATA (TURP)	14
5.2.2. OFFEN-OPERATIVE ENTFERNUNG DES PROSTATAADENOMS	14
5.2.3. LASERVERFAHREN	14
5.3. EXTRAURETHRALE INKONTINENZ	15
6. MEDIKAMENTÖSE THERAPIE	16
6.1. ANTICHOLINERGIKA	16
6.2. BOTULINUM TOXIN	16

6.3. MIRABEGRON	16
6.4. DULOXETIN	17
6.5. ALPHA-SYMPATHOMIMETIKA	17
6.6. ALPHA-REZEPTORENBLOCKER WIE Z. B. TAMSULOSIN	18
6.7. PARASYMPATHOMIMETIKA	18
6.8. DDAVP	19
7. VERHALTENSINTERVENTION	20
7.1. GEWICHTSREDUKTION	20
7.2. KOFFEINGENUSS	20
7.3. FLÜSSIGKEITSRESTRIKTION	20
7.4. DIURETIKA	20
7.5. OBSTIPATION	20
7.6. RAUCHEN	20
8. TOILETTENTRAINING	21
9. PHYSIOTHERAPEUTISCHE UND PHYSIKALISCHE INTERVENTIONEN	23
9.1. BECKENBODENTRAINING	23
9.2. BIOFEEDBACKMETHODEN	23
9.3. VAGINALKONEN	23
9.4. ELEKTROSTIMULATION	23
9.5. MAGNETSTIMULATIONSTHERAPIE	24
9.6. VIBRATIONSTRAINING	24
10. HILFSMITTEL	25
10.1. KÖRPERNAHE AUFSAUGENDE HILFSMITTEL	25
10.2. KONDUMURINALE	25
10.3. UMGEBUNGSANPASSUNG	25
11. QUALIFIZIERTE PFLEGEFACHKRÄFTE FÜR KONTINENZSTÖRUNGEN	26
12. INSTRUMENTELLE HARNBLASEN-LANGZEITDRAINAGE	27

1. Vorwort zum Leitlinienupdate 2019

Die Leitlinie „Harninkontinenz“ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. wurde erstmals 2005 publiziert und 2009 bei der Arbeitsgemeinschaft medizinisch wissenschaftlicher Fachgesellschaften eingestellt (Leitlinien-Nr. 84-001). Nach einem ersten update 2014 liegt nun eine erneute Überarbeitung und Aktualisierung nach Ablauf der Gültigkeit 2019 vor, dessen Kurzversion hier vorgestellt wird.

1.1 Literaturrecherche

Primäre Berücksichtigung fanden randomisierte, doppelblinde, plazebokontrollierte Studien sowie bereits vorhandene Leitlinien zum Thema. Wo keine randomisierten, plazebokontrollierten Untersuchungen vorlagen oder aus methodischen Gründen prinzipiell nicht durchführbar sind, wurden auch Publikationen anderen Designs (nicht randomisierte Untersuchungen, Fallkontrollstudien) zur Leitlinienerstellung herangezogen. Arbeiten zu geriatrischen Patienten fanden besondere Berücksichtigung und Erwähnung im Text. Deren Bewertung erfolgte unter dem besonderen Blickwinkel des multimorbiden, multimedizierten, vulnerablen und von Chronifizierung sowie Autonomieverlust bedrohten geriatrischen Patienten. Dies erklärt eine u. U. andere Gewichtung der getroffenen Aussagen bzw. auch andere Schlussfolgerungen für den geriatrischen Patienten.

1.2. Die Autoren in alphabetischer Reihung:

Dr. Klaus Becher	Dr. med. Klaus Friedrich Becher MHBA Klinik Wartenberg Prof. Dr. med. Selmair GmbH & Co. KG Badstraße 43 85456 Wartenberg info@klinik-wartenberg.de
Dr. Barbara Bojack	Ärztin für Urologie Eichgartenallee 14 35394 Gießen bbojack@web.de
Dr. Claudia Drews	Ärztin für Urologie Kronsforder Allee 69 23560 Lübeck dr.claudiadrews@t-online.de
Dr. Sigrid Ege	Robert-Bosch-Krankenhaus Geriatrische Abteilung Auerbachstr. 110 70376 Stuttgart sigrid.ege@rbk.de
Prof. Dr. Ruth Kirschner-Hermanns	Universitätsklinikum Bonn Neuro-Urologie im Chirurgischen Zentrum Sigmund-Freud-Str. 25 53105 Bonn Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe eV Waldstr. 2 – 10 53177 Bonn ruth.kirschner-hermanns@ukb.uni-bonn.de
Dr. Silke von der Heide	Ärztin für Rehabilitation und physikalische Medizin Promotio Zentrum für Rehabilitation und Prävention Kasseler Landstraße 25 b 37081 Göttingen info@promotio.de
Prof. Dr. Andreas Wiedemann	Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke Evangelisches Krankenhaus Witten gGmbH Urologische Klinik Pferdebachstr. 27 58455 Witten awiedemann@evk-witten.de

Tabelle 1: Mitglieder der AG Inkontinenz der DGG (Stand: Oktober 2019)

Die Leitlinie wurde von den Mitgliedern der AG Inkontinenz neutral, unabhängig und ohne Finanzierung oder Aufwandsentschädigung von dritter Seite im Auftrag der

Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. in personam des Präsidenten erstellt.
Potenzielle Interessenskonflikte und der Leitlinienreport finden sich in der Langversion
der Leitlinie.

2. Die Basisdiagnostik

Sie umfasst

- eine differenzierte Anamnese,
- die klinische Untersuchung,
- eine Urinuntersuchung
- ein Miktionstagebuch,
- die Restharmessung.

2.1. Ziel ist es, mit einer **Anamnese**

- das Ausmaß der Harninkontinenz zu beurteilen und
- erste Hinweise für die dominierende Form der Harninkontinenz zu erheben.
- Unter der Berücksichtigung der multifaktoriellen Genese einer Harninkontinenz im Alter soll die Anamnese Funktionseinschränkungen, Komorbiditäten und aktuelle Medikamenteneinnahme gezielt miterfassen.

Wichtig (TIPP):

- das Ausmaß der individuellen Belastung, der Leidensdruck (Likert-Skala) und die persönliche Lebenssituation (Sozialanamnese) sind zu erheben (Evidenzlevel IV und Empfehlungsgrad C, 100%).
- Bei Vorhandensein mehrerer Symptome kann es nützlich sein, diese hierarchisch nach Wichtigkeit für den Betroffenen zu ordnen (Evidenzlevel IV und Empfehlungsgrad C, 100%).
- die Patienten sind zu identifizieren, die einer erweiterten Diagnostik zugeführt werden sollten (Evidenzlevel IV und Empfehlungsgrad C, 100%).

2.2. Neben einer allgemeinen **körperlichen Untersuchung** ist es sinnvoll,

- die mentale und körperliche Leistungsfähigkeit einzuschätzen (Kognitives Assessment und Short Physical Performance Battery SPPB).

Begründung: Im Hinblick auf eventuelle therapeutische Optionen sollte geprüft werden, in welchem Umfang der Patient physiotherapeutische oder verhaltenstherapeutische Maßnahmen umsetzen kann.

- Mit der Frage nach operativen Eingriffen ist der allgemeine körperliche und kardio-pulmonale Zustand hinsichtlich des Narkoserisikos zu prüfen.

2.3. Eine Urinanalyse zum Infektausschluss sollte im Rahmen der Erstuntersuchung mittels Teststreifen erfolgen. Bei pathologischem Befund wird eine bakteriologische Untersuchung angefordert.

Wichtig (TIPP):

- Das Vorliegen einer Bakteriurie allein impliziert nicht zwingend das Vorhandensein eines therapiebedürftigen Harnwegsinfektes.
- Bei männlichen Patienten sollte möglichst ein Mittelstrahlurin untersucht werden.
- Bei weiblichen Patienten enthält ein Spontanurin mit hoher Wahrscheinlichkeit Verunreinigungen, so dass der Katheterurin diagnostisch besser – wenn auch aufwändiger – ist.
- Einer Mikrohämaturie können u. a. Tumore, Steine oder Fremdkörper zugrunde liegen, die auch ursächlich für irritative Miktionsbeschwerden sein können. Sie ist in diesem Kontext abklärungsbedürftig.

2.4. Ein Miktionstagebuch (MT) eignet sich, um die verschiedenen Parameter des Miktionsverhaltens genauer zu verifizieren. Folgende Parameter können dabei erfasst werden:

- Miktionsfrequenz
- Miktionsvolumen
- Häufigkeit des Harnverlustes
- Harndranggefühl
- Vorlagenverbrauch
- Trinkmenge
- Schlaf-Wach-Rhythmus

Wichtig (TIPP): Inwieweit ein MT mental vom geriatrischen Patienten geleistet werden kann, muss im Einzelfall entschieden werden.

- Das Ausfüllen des Miktionstagebuchs ist bei geriatrischen Patienten oft nur durch Unterstützung der Angehörigen bzw. des medizinischen Personals möglich.
- Idealerweise sollte ein MT an 2-3 Tagen über 24h geführt werden.
- Das Miktionsprotokoll dient nicht nur der Diagnostik, sondern ist in der Folge auch die Basis für jedes Miktions- und Toilettentraining (siehe Kap. „Verhaltensintervention“).

2.5. Eine Restharnbestimmung sollte bei geriatrischen Patienten mit altersbedingten Detrusorveränderungen vor und während anticholinergischer Medikation erfolgen (Evidenzlevel IV und Empfehlungsgrad C, 100%).

2.6. Optionale Tests

2.6.1. Durch den **Stresstest** kann der unwillkürliche Urinverlust objektiviert werden (Evidenzlevel IV und Empfehlungsgrad C (100%).

2.6.2. Ein **Vorlagenwiegetest** dient der Objektivierung und Quantifizierung des Harnverlustes besonders im Hinblick auf den Therapieverlauf (Evidenzlevel IV und Empfehlungsgrad C (100%).

3. Erweiterte Diagnostik

3.1. Die **Sonographie** des Harntraktes dient der Restharnbestimmung und der Detektion von Erkrankungen des oberen und unteren Harntraktes die in Folge von Miktionsbeschwerden inklusive einer Harninkontinenz auftreten können (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad, 85,8 %).

Die **Perinealsonographie bzw. Introitussonographie** liefert Informationen über die Konfiguration des Blasenhalses in Ruhe und unter Stressbedingungen und ist in der präoperativen Diagnostik der Belastungsinkontinenz sinnvoll (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

3.2. An **Laboruntersuchungen** kommen in Frage:

- bei der Untersuchung von prostatabedingten Miktionsbeschwerden des geriatrischen Patienten der PSA-Wert. (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).
- Der Serumkreatininwert als Basis für die Berechnung der glomerulären Filtrationsrate und bei der Abklärung einer Überlaufinkontinenz. zur Abschätzung des Ausmaßes der Schädigung bzw. der Rehabilitationsfähigkeit der oberen Harnwege (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

3.3. Bei den **Röntgenuntersuchungen** ist das

Ausscheidungsurogramm bei der im Rahmen einer Inkontinenzabklärung entdeckten Harnstauung zur Information über die seitentrennte Nierenfunktion und das Ausmaß sowie die Lokalisation der Stauungsursache sinnvoll (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Wichtig (TIPP): durch die Darstellung der Blasenkonfiguration ergeben sich erste Hinweise auf die Ursache einer Funktionsstörung des unteren Harntraktes (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

- Mit dem **Zystogramm** oder der **Zystographie** können Informationen über den unteren Harntrakt gewonnen werden.

Wichtig (TIPP): Einen wirklichen Stellenwert hat diese Untersuchungsmethode lediglich bei dem Verdacht auf das Vorliegen einer extraurethralen Inkontinenz (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

3.4. Die **Urethrozystoskopie** bestätigt und differenziert im Rahmen der Inkontinenzabklärung bei geriatrischen Patienten nicht-invasiv erhobene Befunde in der Harnblase (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

3.5. Ziel einer **Urodynamischen Untersuchung** ist es:

- Symptome zu objektivieren
- die zu Grunde liegenden Fehlfunktionen des unteren Harntraktes zu untersuchen und zu quantifizieren
- bei neurogenen Blasenstörungen eine Risikoabschätzung im Hinblick auf die Prävention von Schäden des oberen Harntraktes zu treffen

(Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Wichtig (TIPP): Ggfs. kann die urodynamische Messung in Teilen (z. B. nur Durchführung einer Zystomanometrie) unter Vernachlässigung weiterer Teile (z. B. Urethra-Druck- oder Stressprofil, Druck-Fluss-Studie) durchgeführt werden (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Im Hinblick auf die Besonderheiten der physiologischen Veränderungen und der Pathophysiologie bei geriatrischen Patienten ist eine hohe Kompetenz des Untersuchers zu fordern (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

4. Patientenfragebögen und Assessmentinstrumente

4.1. Es wird empfohlen, ein **Screening** auf Harninkontinenz in Klinik und Praxis durchzuführen, weil viele ältere Menschen nicht spontan über Ihre Symptome sprechen (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Screeningfragebögen und **Symptomfragebögen** (Questionnaire for urinary incontinence diagnosis QUID und andere) können dabei Hinweise auf die vorliegende Harninkontinenzform liefern (Evidenzlevel III, Empfehlungsgrad B, 100 %).

Zusätzlich zur strukturierten Anamneseerhebung bietet ein **validiertes Assessment** den Vorteil der Vollständigkeit, standardisierten Terminologie, Vergleichbarkeit im zeitlichen Verlauf und Unabhängigkeit vom Untersucher (Validität und Reliabilität).

Wichtig (TIPP):

- Es wird empfohlen, symptom- bzw. krankheitsspezifische Lebensqualitätsfragebögen zusätzlich zur Inkontinenzanamnese einzusetzen (Evidenzlevel III, Empfehlungsgrad C, 100 %).
- Weil eine weiterführende Diagnostik bei geriatrischen Patienten häufig nicht vollumfänglich gewünscht, medizinisch-prognostisch sinnvoll und überhaupt durchführbar ist (kognitive Defizite, Mobilitätsprobleme, hohe Vulnerabilität und damit Anfälligkeit für Komplikationen), haben Assessmentinstrumente in der Geriatrie einen besonders hohen Stellenwert (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Die Vorstellung, Einordnung und Diskussion einzelner Screening- und Assessmentinstrumente erfolgen in der Langversion der Leitlinie.

5. Operative Therapie der Harninkontinenz

5.1. Operative Therapie der Harninkontinenz der Frau

Zu den **Grundprinzipien** der operativen Versorgung von Patientinnen mit Harninkontinenz gehört, dass das zu wählende Verfahren individuell auf jeden einzelnen Patienten abgestimmt wird. Faktoren wie kognitive und physische Ressourcen des Patienten, Leidensdruck, Voroperationen, Vorerkrankungen sowie die Medikamenten- und Sexualanamnese sollen in die Planung des operativen Vorgehens mit einbezogen werden (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Eine ausgiebige Erläuterung von **Alternativtherapiestrategien**, auch wenn sie vor Ort nicht durchführbar erscheinen, ist obligat (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Der Operateur sollte über eine ausreichende **operative Erfahrung** verfügen, alternative Therapiestrategien beherrschen und versiert in der Behandlung der Komorbiditäten sowie im Umgang mit den Besonderheiten des geriatrischen Patienten vertraut sein (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Bei Versagen der Primärtherapie der Belastungsinkontinenz (z. B. Rezidiv-Belastungsinkontinenz oder dem Auftreten von Komplikationen wie z. B. der de-novo-OAB) sollte die Patientin einer kompletten **Reevaluation** unterzogen und individuell therapiert werden (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Invasive Verfahren, die besonders hohe Anforderungen an die Compliance und kognitive Leistungsfähigkeit des Patienten stellen (Implantation eines künstlichen Sphinkters oder eine supravesikale Harnableitung mit Anlage eines Urostomas), sollten in Anbetracht der Komplexität und des Schweregrades des Eingriffs bei geriatrischen Patienten nicht routinemäßig durchgeführt werden (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

5.2. Operative Therapie der Harninkontinenz des Mannes

Für die Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie steht eine Fülle von konservativen und operativen Therapiemaßnahmen zur Verfügung. Sie stellt – weil hier die radikale Prostatektomie wegen der hieran gebundenen Altersgrenzen und der Voraussetzungen an die körperlichen und kognitiven Ressourcen des Patienten nur in

Ausnahmefällen durchgeführt wird – in der Geriatrie einen Sonderfall dar und wird hier nicht besprochen.

5.2.1. Die transurethrale Elektroresektion der Prostata (TURP) stellt das seit Jahrzehnten etablierte Standardverfahren für die operative Therapie der Prostatavergrößerung dar (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Wichtig (TIPP): Folgendes ist zu beachten:

- eine retrograde Ejakulation in nahezu allen Fällen
- eine erektile Dysfunktion in bis zu 30 % besonders bei geringem Resektatgewicht
- eine postoperative Inkontinenz mit einer Inzidenz von etwa 1 – 3 % nach 12 Monaten.

Abhängig von der Größe der Prostata, der Operationszeit und der Erfahrung des Operateurs besteht ein Blutverlust von 200 – 400 ml; die Transfusionshäufigkeit liegt bei bis zu 6 %. Die Operationsmortalität - vor allem bedingt durch kardiovaskuläre Komplikationen infolge der Einschwemmung von Irrigationsflüssigkeit (sog. TUR-Syndrom) - wird mit 1 – 3 % angegeben.

5.2.2. Die offen-operative Entfernung des Prostataadenoms (transvesikale Prostataadenomektomie) bietet die Möglichkeit einer raschen Entfernung eines großen Adenomvolumens (in aller Regel > 70 ml) in kurzer Operationszeit auf Kosten einer längeren Katheterliegezeit und längerer Immobilität (Evidenzlevel III, Empfehlungsgrad B, 100 %).

5.2.3. Laserverfahren kommen mit verschiedenen Laser-Typen zur Anwendung.

- Holmium-Laser (HoLEP),
- LTB- („Greenlight“)-Laser,
- Revolix–Laser (Redlight-Laser)
- Thuliumlaser.

Diese Laserverfahren behandeln das Prostataadenom endourologisch in vaporisierender oder enukleierender Technik.

Wichtig (TIPP): Die ausgeprägt blutstillende **180-Watt-LTB-Greenlight-Laserung** (Lithium-Tri-Borat-Laserung) ist besonders bei kardiovaskulären Risikopatienten und

solchen unter Blutverdünnung empfehlenswert (Evidenzlevel I, Empfehlungsgrad C, 100 %).

5.3. Bei einer **extraurethralen Inkontinenz (Fistel)** kann bei geriatrischen Patienten bei Operabilität, hohem Leidensdruck, nach Versagen oder bei geringer Akzeptanz konservativer Therapiemaßnahmen (z. B. Harnblasendauerdrainage, Vorlagenversorgung) versucht werden, einen operativen Fistelverschluss zu erreichen (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

6. Medikamentöse Therapie

6.1. Anticholinergika (syn. Antimuskarinika) können eine wirksame Therapieform zur Verbesserung von Symptomen bei überaktiver Blase mit oder ohne Inkontinenz sein (OAB = overactive bladder, überaktive Blase) (Evidenzlevel Ia, Empfehlungsgrad A, 100 %). Bei geriatrischen Patienten wiegen folgende potentielle Nebenwirkungen besonders schwer:

- Glaukomauslösung,
- Obstipation,
- Restharnbildung und
- Beeinträchtigung der Kognition mit dementieller Entwicklung bei chronischer Einnahme
- Delirinduktion besonders bei einer bestehenden Multimorbidität und Multimedikation

Wichtig (TIPP):

- Bei einem Einsatz von Antimuskarinika sollte eine sorgfältige Überwachung der Therapie erfolgen (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).
- Unretardiertes Oxybutynin ist mit dem höchsten Risiko von kognitiven Nebenwirkungen verbunden (Evidenzlevel III, Empfehlungsgrad B, 100 %).

6.2. Die Injektion von **Botulinum Toxin** in den Detrusor stellt eine operative, hochwirksame Maßnahme mit limitierter Invasivität in Fällen einer therapierefraktären überaktiven Blase dar und kann im Einzelfall als Reserveverfahren auch bei geriatrischen Patienten in Erwägung gezogen werden (Evidenzlevel III, Empfehlungsgrad B, 100 %).

Beachte: Eine unter Therapie auftretende Harnretention kann bei geriatrischen Patienten mit der evtl. erforderlichen Harnableitung (z. B. Dauerkatheter, suprapubischer Katheter) und den daraus resultierenden Sekundärproblemen besonders schwerwiegend sein (Evidenzlevel III, Empfehlungsgrad B, 100 %).

6.3. Mirabegron ist eine wirksame und zugelassene Substanz in der Therapie der überaktiven Blase mit einem nicht anticholinergen Wirkmechanismus (Evidenzlevel I, Empfehlungsgrad A, 100 %).

Die Therapie mit Mirabegron ist besonders bei Patienten mit ungenügendem Ansprechen auf eine anticholinerge Therapie oder mit subjektiv störenden oder potenziell gefährdenden anticholinergen Nebenwirkungen oder bestehenden Kontraindikationen geeignet (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Die Differentialindikation einer Primärtherapie entweder mit den verschiedenen Anticholinergika oder Mirabegron ist individuell an Hand des Risikoprofils eines jeden Patienten und seiner individuellen Anfälligkeit für Nebenwirkungen zu stellen (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Wichtig: Die Therapie mit Mirabegron sollte wegen der Gefahr der Auslösung oder Verschlimmerung einer art. Hypertonie in Kenntnis des prätherapeutischen Blutdrucks und nur bei gut eingestellten Patienten oder solchen ohne Hypertonie unter fortwährender Blutdruckkontrolle titrierend durchgeführt werden (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

TIPP: Bei ungenügender Symptomkontrolle einer alleinigen anticholinergen Therapie ist die Kombination eines Anticholinergikums mit Mirabegron gegenüber einer invasiven Therapie vorrangig zu erwägen (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

6.4. Duloxetin ist ein ursprünglich als Antidepressivum entwickelter Serotonin-Reuptake-Hemmer, der auch alpha-adrenerg und anticholinerg wirksam ist. Daten bei multimorbiden, hochbetagten Patientinnen liegen nicht vor. Wenn überhaupt, dann ist bei ausgewählten geriatrischen Patientinnen ein kritisch begleiteter Behandlungsversuch gerechtfertigt, bevor ein operativer Eingriff in Erwägung gezogen wird. Dieser sollte, wenn möglich, mit physiotherapeutischen Maßnahmen kombiniert werden (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Bei Inoperabilität oder OP-Ablehnung und bestehendem Leidensdruck kann bei funktionell nicht oder wenig eingeschränkten Patientinnen durch die Gabe von Duloxetin versucht werden, eine Reduktion der Inkontinenzepisoden zu erzielen (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

6.5. Alpha-Sympathomimetika (Ephedrin, Phenylpropanolamin und Midodrin) sollen allerdings immer als **off-label-use** zu einer Tonisierung der glatten Muskulatur im Bereich des Blasenhalses führen. Sie haben in der Therapie der

Belastungsinkontinenz keinen Stellenwert (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

6.6. Mit der medikamentösen Therapie durch **Alpha-Rezeptorenblocker** wie z. B. Tamsulosin kann in Einzelfällen eine medikamentöse Senkung des Blasenauslasswiderstandes bei Blasenauslassobstruktion dann versucht werden, wenn eine benigne Prostatahyperplasie die Ursache für eine obstruktive Überlaufinkontinenz ist (Evidenzlevel IV, Evidenzgrad C, 100 %).

Eine zweite Indikation ergibt sich, wenn nach einer Harnverhaltung im Rahmen eines Alpha-Rezeptorenblocker-unterstützten Katheterauslassversuches versucht wird, die Spontanmiktion wieder zu restituieren.

Wichtig (TIPP): Es ergeben sich höhere Erfolgchancen, wenn ein solcher Auslassversuch durch Alpha-Rezeptorenblocker (in der Regel über 2 – 3 Tage unter gleichzeitiger Katheterdrainage der Harnblase) flankiert wird (Evidenzlevel I, Empfehlungsgrad A, 100 %).

Auch bei der Blasenauslassobstruktion der Frau kommen Alpha-Blocker unter den Modalitäten eines off-label-uses zum Einsatz (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Eine Pharmakotherapie in der Situation einer Harnretention sollte immer von der primären Entlastung der Harnblase per Einmalkatheterismus oder passagerer Dauerableitung flankiert werden (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

6.7. In der medikamentösen Therapie der Überlaufinkontinenz bei Detrusorhypotonie mit **Parasympathomimetika** sind die Einsatzmöglichkeiten wegen der bestehenden Kontraindikationen wie Asthma bronchiale, Myokardinfarkt, dekompensierte Herzinsuffizienz, Hyperthyreose, Ulcus ventriculi, Epilepsie und Morbus Parkinson, bei denen eine vagale Stimulation unerwünscht sind, als beschränkt anzusehen (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Wichtig (TIPP): Da vielfach eine genaue Unterscheidung einer Detrusorhypotonie von einer Blasenauslassobstruktion nicht möglich ist und zusätzlich Mischbilder vorkommen, kann die Kombination der in den entsprechenden Kapiteln genannten Maßnahmen sinnvoll sein (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

6.8. DDAVP (synthetisches Desmopressin), das primär in der Therapie der kindlichen Enuresis seinen Stellenwert hat, ist auch bei Erwachsenen wirksam in der Reduktion der nächtlichen Diurese und damit auch der Nykturie (Evidenzlevel I, Empfehlungsgrad A, 100 %).

Es liegen Hinweise vor, dass dies auch bei geriatrischen Patienten der Fall ist (Evidenzlevel III, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Wichtig (TIPP): Bei geriatrischen Patienten ist eine durch DDAVP-bedingte Hyponatriämie mit möglichen kognitiven und neuromuskulären Effekten ein Cofaktor für Stürze und Delirien. Dieses muss gegen die möglicherweise fatalen Folgen einer Nykturie selbst (z. B. Sturzneigung) abgewogen werden (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C; 100 %).

7. Verhaltensintervention

7.1. Interventionsstudien zeigen einen Zusammenhang zwischen **Gewichtsreduktion** und Inkontinenz bei pathologisch Adipösen im Rahmen einer bariatrischen Chirurgie (Evidenzlevel I; Empfehlungsgrad A, 85,8 %).

Die Empfehlung einer Gewichtsreduktion kann bei stark übergewichtigen, eher jüngeren Frauen mit Harninkontinenz in Erwägung gezogen werden (Evidenzlevel I; Empfehlungsgrad A, 85,8 %).

7.2. Die Datenlage zum Zusammenhang zwischen **Koffeingenuss** und Harninkontinenz ist uneinheitlich. Untersuchungen an geriatrischen Patienten liegen nicht vor. Es kann keine Empfehlung gegeben werden (Evidenzlevel III; Empfehlungsgrad C, 100 %).

7.3. In der Geriatrie ist die Empfehlung einer **Flüssigkeitsrestriktion** wegen der veränderten Verteilungsvolumina und der häufig vorhandenen Multimorbidität und Polymedikation problematisch und sollte individuell unter engmaschiger Kontrolle ausgesprochen werden (Evidenzlevel III; Empfehlungsgrad C, 100 %).

7.4. Diuretika sollten wenn möglich unter Vermeidung von schnell wirksamen Substanzen in retardierter Form und an das individuelle Miktionsmuster im Tagesverlauf angeglichen verabreicht werden (Evidenzlevel III, Empfehlungsgrad B, 85,8 %).

7.5. Falls vorhanden, sollte eine **Obstipation** im Rahmen der Inkontinenzbehandlung flankierend reguliert werden (Evidenzlevel III, Empfehlungsgrad B, 85,8 %).

7.6. Bei uneinheitlicher Datenlage sollte im Einzelfall der mögliche Zusammenhang zwischen **Rauchen** und einer Harninkontinenz mit dem Patienten besprochen werden (Evidenzlevel III, Empfehlungsgrad B, 85,8 %).

8. Toilettentraining

Es gibt verschiedene Formen eines Toilettentrainings, die je nach den kognitiven Ressourcen des Patienten anwendbar sind:

- feste Entleerungszeiten,
- individuelle Entleerungszeiten,
- angebotener Toilettengang,
- Blasentraining.

Wichtig (TIPP): Die Domäne des Toilettentrainings bei geriatrischen Patienten ist die überaktive Blase und Mischinkontinenz. Bei der Belastungsinkontinenz stellt es ebenfalls eine Interventionsmöglichkeit dar. **Kontraindikationen** bestehen bei der Überlaufinkontinenz und der extraurethralen Inkontinenz (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Prinzipiell kann eine Verhaltensintervention bei jedem Schweregrad durchgeführt werden. Jedoch sinken die Erfolgsaussichten mit zunehmender Ausprägung der Inkontinenz (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Es sollte eine auf die jeweilige Art des Toilettentrainings abgestimmte Kommunikationsfähigkeit, eine ausreichende kognitive Kompetenz und Therapieadhärenz vorhanden sein (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Wichtig: Voraussetzung für eine Verhaltensintervention ist eine Umgebung mit einer ausreichenden personellen Ausstattung und angemessenen räumlichen, zeitlichen und finanziellen Möglichkeiten.

Ein erfolgreiches Toilettentraining ist an geschulte und motivierte Pflegende mit ausreichenden zeitlichen Ressourcen in geeigneten Räumlichkeiten gebunden (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Grundsätzlich sind pflegekraftabhängige Verhaltensinterventionen auch bei geriatrischen Patienten mit kognitiven und körperlichen Einschränkungen anwendbar. Die Erfolgsaussichten erscheinen jedoch umso besser, je geringer diese Einschränkungen ausgeprägt sind (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Ein Blasentraining ist besonders bei mobilen, kognitiv nicht eingeschränkten geriatrischen Patienten effektiv (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

In der praktischen Umsetzung empfehlen sich die Einbettung der Verhaltensinterventionen in ein therapeutisches Gesamtkonzept, die Berücksichtigung der erheblich zeitlichen und personellen Anforderungen, regelmäßige Erfolgskontrollen und bei fehlender Effektivität auch die Beendigung oder der Wechsel der Interventionsform (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

9. Physiotherapeutische und physikalische Interventionen

9.1. Ein **Beckenbodentraining** wird durchgeführt, indem die willkürlichen periurethralen und paravaginalen Muskeln (M. sphincter urethrae ext., M. levator ani) gekräftigt werden. Es ist nebenwirkungsfrei, bedarf aber einer ausreichenden Compliance und Motivation der Betroffenen (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Eine digitale und/oder sonographische Anleitung und Kontrolle des Therapieeffektes ist sinnvoll (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Eine Einbettung in andere verhaltenstherapeutische Maßnahmen wie Trinkmengenregulation, allgemeine körperliche und geistige Aktivierung sind sinnvoll (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

9.2. Biofeedbackmethoden vermitteln mit Hilfe eines elektronischen oder mechanischen Gerätes dem Patienten Informationen über die Aktivität des eigenen Beckenbodens.

Wichtig (TIPP): In den Studien werden einfache EMG-Messmethoden (Oberflächen-, Nadel-, vaginale oder anale Elektroden) verwendet. Sie sind nach Abwägung der Vor- und Nachteile von Therapiealternativen auch bei entsprechend geeigneten geriatrischen Patienten anwendbar (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

9.3. Die Therapie mit intravaginal einzuführenden **Vaginalkonusen** geht von der Vorstellung aus, dass in die Scheide applizierte Konen durch die Kontraktion des Beckenbodens vor dem Herausrutschen bewahrt werden.

Bei geriatrischen Patientinnen haben Vaginalkonusen wegen der erhöhten kognitiven und manuellen Anforderungen und des unklaren Therapieeffektes einen untergeordneten Stellenwert (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

9.4. Eine **Elektrostimulation** mit nicht implantierten Elektroden führt zur Kontraktion des M. levator ani, der externen urethralen und analen Sphinkteren und ist begleitet von einer reflektorischen Inhibition des M. detrusor.

Sie eignet sich möglicherweise für geriatrische Patienten, die ein aktives Beckenbodentraining primär nicht durchführen können. Für einen zeitlich limitierten Therapieversuch sollten die Bedingungen für eine Eigen- oder Fremdbehandlung vorliegen: manuelle Geschicklichkeit, geeignete Schleimhautverhältnisse und eine Compliance für eine vaginale oder rektale Manipulation (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

9.5. Die Magnetstimulationstherapie („Magnetstuhl“) erreicht durch fokussierte pulsierende Magnetfelder eine externe Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur. Diese Stimulation des Beckenbodens soll einen positiven Effekt auf eine Belastungsinkontinenz bzw. überaktive Blase haben. Eine abschließende Bewertung der Methode ist noch nicht möglich (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

9.6. Bezüglich eines Vibrationstrainings ist eine abschließende Bewertung der Methode noch nicht möglich (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

10. Hilfsmittel

10.1. Körpernahe aufsaugende Hilfsmittel

Eine Vorlagenversorgung unter Berücksichtigung individueller Vorlieben, Kostenaspekten bei Beschaffung und Entsorgung stellt eine noninvasive und nahezu nebenwirkungsfreie Therapiemöglichkeit einer Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten dar.

Die Präferenz einer Vorlagenversorgung ist bei Betroffenen höher als eine Katheterversorgung und ähnlich hoch wie eine medikamentöse Therapie oder Verhaltenstherapie (Evidenzlevel II, Empfehlungsgrad B, 100 %).

10.2. Kondomurinale bieten eine alternative Versorgungsmöglichkeit des inkontinenten geriatrischen männlichen Patienten ohne eine relevante Blasenentleerungsstörung. Voraussetzungen sind eine ausreichende Penislänge sowie -umfang, eine gesunde Penishaut und ein ausreichendes manuelles Geschick, ggf. kann die Versorgung mit einem Kondomurinal auch durch eine Pflegeperson durchgeführt werden (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Eine individuelle Beratung, intensive Schulung und Anpassung durch eine Fachkraft wie zum Beispiel speziell ausgebildete Kontinenzberater/innen ist als günstig anzusehen (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Es wird empfohlen, verschiedene Produkte und Größen zu testen, bevor eine Entscheidung für die Dauerversorgung getroffen wird (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

10.3. Zur Umgebungsanpassung existieren keine kontrollierten Studien. Dennoch ist eine Anpassung der Umgebung und der Kleidung in Absprache mit den Patienten und/oder Angehörigen sinnvoll (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

11. Qualifizierte Pflegefachkräfte für Kontinenzstörungen

Aufgabenfelder einer qualifizierten Pflegefachkraft für Kontinenzstörungen sind:

- eine Pflege-Teamberatung und Schulung im Umgang mit Kontinenzproblemen,
- die Steuerung einer angemessenen, ressourcenorientierten Hilfsmittelberatung,
- die Zusammenarbeit mit Ärzten in Diagnostik, Therapie und Management von Kontinenzstörungen,
- die Betroffenen- und Angehörigenberatung (z. B. Führen eines Miktionsprotokolls, Umgang mit und Handhabung von Hilfsmitteln, Toilettentraining),
- die Gewährleistung klinischer Kompetenz und Expertise bei komplexen pflegerischen Fragestellungen zu Kontinenzstörungen.

(Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Wichtig:

- Der Einsatz einer spezialisierten Pflegekraft ist mit nichtpharmakologischen Interventionen wirksam in der Reduktion von Inkontinenzereignissen und des Vorlagenverbrauches bei geriatrischen Patienten (Evidenzlevel I, Empfehlungsgrad A, 100 %).
- Es wird empfohlen, dass in Einrichtungen mit hohem Anteil von inkontinenten betagten Betroffenen Pflegefachkräfte für Kontinenzstörungen arbeiten, die strukturiert ausgebildet wurden und in diagnostische und therapeutische Interventionen einbezogen werden. Dies können z. B. die Restharnbestimmung, das Toilettentraining, die Auswahl von Hilfsmitteln und die Anleitung zu deren Gebrauch sein (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

12. Instrumentelle Harnblasen-Langzeitdrainage

Grundsätzlich ist die Indikation für die Anlage eines Harnblasenkatheters primär die Blasenentleerungsstörung und nicht die Harninkontinenz (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Die Indikation zur Anlage definiert sich bei der Blasenentleerungsstörung dabei nicht allein über den Restharn, sondern auch über das Verhältnis der Restharnbildung zur funktionellen Blasenkapazität, einen begleitenden, klinisch relevanten Infekt, schwerwiegende Hautdefekte/Intertrigo, die Nierenfunktion in Anwesenheit eines Refluxes, den individuellen Leidensdruck und die Notwendigkeit einer passageren Ausfuhrkontrolle, wenn sie auf anderem Wege nicht exakt zu gewährleisten ist. Eine starre Restharmenge als alleinige Indikation für eine Katheterableitung ist nicht adäquat; diese richtet sich nach der Kombination der o. g. Punkte (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Die Indikation und relevante Hintergrundinformationen sollten bei der Erstanlage eines Dauerkatheters schriftlich dokumentiert sein und in regelmäßigen Abständen überprüft werden (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Bei einer Inkontinenzbehandlung stellt die instrumentelle **lebenslange Dauerableitung** der Harnblase durch Katheter allenfalls in ausgewählten Fällen einer symptomatischen, quasi palliativen Maßnahme bei Versagen, Ablehnung oder Nichtanwendbarkeit aller anderen Therapieformen eine Behandlungsoption dar (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Ist eine Harnblasenlangzeitdrainage unumgänglich (s. o.), sollte im Hinblick auf die **Differentialindikation Blasenfistelkatheter vs. transurethraler Dauerkatheter** wegen der Schonung der Harnröhre und der männlichen Adnexe besonders bei männlichen Patienten der suprapubischen Katheterdrainage der Vorzug gegeben werden (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Unter bestimmten Bedingungen wie z. B. einer Kraurosis vulvae oder Kontrakturen, die einen Katheterwechsel erschweren, kann auch bei Frauen die Anlage eines suprapubischen Katheters von Vorteil sein (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Wichtig (Tipp):

- Zur Vermeidung nosokomialer Infektionen sollten grundsätzlich geschlossene Urindrainagesysteme mit einer kontinuierlichen Urindrainage Verwendung finden (Evidenzlevel I, Empfehlungsgrad A, 100 %).
- Wenn eine Chance auf Restitution der Spontanmiktion gesehen wird, kann in Abwesenheit von symptomatischen Infekten und Reflux der suprapubische Katheter zur Restharnbestimmung über den (in diesem Fall passager gestöpselten) Katheter unter klinischen Kontrollen genutzt werden (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).
- Werden Silikon-Katheter verwendet, empfiehlt sich wegen der geringeren Autoentleerungsneigung die Füllung des Blockungsballons mit einem 2-3 %igen Aqua-Glycerin-Gemisch als Blockungsflüssigkeit (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).
- Die **Liegedauer** bzw. die **Indikation zu einem Katheterwechsel** oder des Ableitungssystems sollte individuell und symptomorientiert in Anlehnung an die in den Herstellerangaben verankerten Fristen gehandhabt werden (Evidenzlevel IV, Empfehlungsgrad C, 100 %).

Erstveröffentlichung: 05/2005

Überarbeitung von: 01/2019

Nächste Überprüfung geplant: 01/2024

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online