

Inzidenz, Risikofaktoren und nichtchirurgische Möglichkeiten zur Behandlung der Harninkontinenz bei Frauen

Dr. Christina J. Niederstadt, MPH
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin
<http://www.aezq.de>



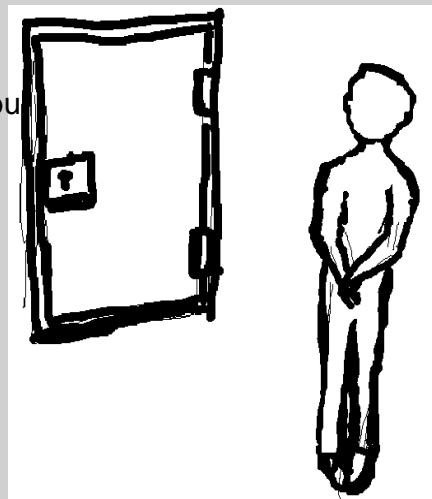
Inkontinenz-Tabu-Gedanken

- "Inkontinenz gehört zum Älterwerden"
- "Inkontinenz zeigt geistigen Verfall"
- "Inkontinenz ist ein Regressions-Symptom"
- "Inkontinenz gehört zum Frau-Sein dazu"
- "Inkontinenz ist der Preis fürs Kinderkriegen"
- "Inkontinenz stinkt"

Das Inkontinenz-Tabu

Gesellschaftliches Tabu
&
"Medizinisch-
therapeutischer
Nihilismus"
halten
INKONTINENTE

DRAUßEN



Tabuzone für Frauen ?!

Sogar "heilige" Männer
dürfen in aller Öffentlichkeit
... PINKELN....



Tabuzone für Frauen ?!

Toiletten

-eine
-männliche Domäne?



Tabuzone für Frauen ?!

Öffentlich urinierende Frauen

= Unzucht? = Schande? = Geschmacklos?

Zur Anzeige wird der QuickTime™ Dekompressor „Foto - JPEG“ benötigt.

Inzidenzen und Risiken

Studie	Untersuchungsgruppe	Inzidenz
Goldstein 2005 [19]	Frauen zwischen 40 – 60, nach Hysterektomie; Teilnehmerinnen einer Osteoporose-Präventions-Studie; Safety-Informationen.	RCT, 3-Jahres-Inzidenz: Placebo: 1,3%, Raloxifen: 06 – 0,7%, konjugierte equine Östrogene 7%.
Lifford 2005 [27]	Nurses' Health Study cohort – 81845 Frauen, Befragung 1996 und 2000.	Inzidenz bei Frauen mit Diabetes Mellitus 1,21 im Vergleich zu Frauen ohne Diabetes Mellitus, (multivariate RR=1.21, 95% CI=1.02-1.43)
Viktrup 2002 [45]	305 primipare Frauen wurden mehrfach befragt (kurz vor und nach der Geburt und 5 Jahre danach)	5-Jahres-Inzidenz Stressinkontinenz: 19% Dranginkontinenz: 11%
Nygaard 1996 [38]	2025 Frauen > 65 in ländlichen Gegenden (Iowa, USA)	3-Jahres-Inzidenz Stressinkontinenz: 28,6%, Remission 25,1% 3-Jahres-Inzidenz Dranginkontinenz 28,5%, Remission 23,1%

Entwicklung der Inkontinenz

Übersichtsarbeit	Prävalenz-Verlauf mit dem Lebensalter
Nihira 2003 weibliche Harninkontinenz [36]	Wenn nur schwerwiegende Inkontinenz (nach Severity-Index von Sandvik) betrachtet wird, ist ein Anstieg mit dem Lebensalter deutlich
Thom 1998 Beide Geschlechter [42]	Prävalenz steigt bei Männern stark und bei Frauen mäßig mit dem Lebensalter an.
Hampel 1997 weibliche Harninkontinenz [23]	Unterschied nach Methode: Fragebogen zeigt Häufigkeitsgipfel zwischen 30 und 60; Fragebogen PLUS Untersuchungen zeigen einen fast genau umgekehrten Verlauf mit zwei Gipfeln: einer bei Kindern und ein Anstieg mit dem Alter ab 30 - 60.
Sandvik 1995 weibliche Harninkontinenz [41] [40]	Frauen: Häufigkeitsgipfel um die Menopause. Stetiger Anstieg der schwerwiegenden Inkontinenz mit dem Lebensalter. Männer: Stetiger Anstieg mit dem Lebensalter.

Inkontinenz in Deutschland

Bundesrepublik:

Über alle Altersstufen ca. 6% durch unfreiwilligen Harnverlust im sozialen Leben gestört und in der Lebensqualität beeinträchtigt.

Jenseits des 70. Lebensjahres:

Prävalenz von etwa 30%; **etwa 15 – 20% der über 70jährigen durch Inkontinenz spürbar belastet und in ihrem Leben eingeschränkt.**

Risikofaktor "weibliche Anatomie"

- Bindegewebselastizität ~ Schwäche
- Anatomie des Beckenbodens

- Großer Durchmesser
- Drei Öffnungen
- Muskulatur der Mittelschicht

nur etwa halb so stark wie bei Männern



Risikofaktor "weibliche Physiologie"

- Schwangerschaften (bes. mehrere)
- "Senkungen"
- Östrogene / Östrogenmangel

- Obstipation
- Einnahme von Psychopharmaka
- Übergewicht

Risikofaktor - geschlechtsspezifische Erziehung

- Sauberkeitserziehung
- Anspannungsreflexe
- Chron. Beckenverspannungen können die Folge sein

- "Sexuelle Traumatisierung" kann diesen Verspannungsreflex verstärken.



Risikofaktor - geschlechtsspezifische Erziehung

"Weibliches" Zurückstellen eigener Bedürfnisse (ständig ein "Kreuz tragen"), Selbstverleugnung

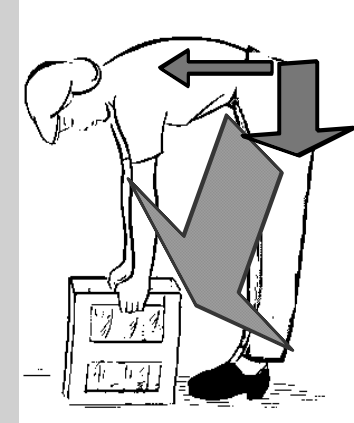
Negativer Einfluss auf

- Trinkmenge,
- Miktionsfrequenz,
- Verdauung (verz. Defäkation);
- zusätzl. mögl. Verspannungen im Unterleib

Risikofaktoren für Frauen - Arbeit

• Beckenbodenschädigende Tätigkeiten / Körperhaltungen

- Heben,
- Tragen über 10kg
- falsche Haltung
- (bei Hausarbeiten etc.,
- sowohl rücken-
- als auch Becken-schädigend)



Risikofaktoren für Frauen - Kultur

• Weibliche Besonderheiten (Zyklus) sind stark negativ belegt oder werden negiert

- Gewebsauflockerung während Regelblutung macht Beckenboden empfindlicher für Druckbelastungen

• Keine kulturelle Verankerung eines regelmäßigen Beckenbodentrainings



Risikofaktoren für Frauen - Medizin

• Geburtshilfe

- geburtshilfliche Operationen einschl. Entbindungen

• Hysterektomien

- Sterilisationen
- "Senkungsoperationen"

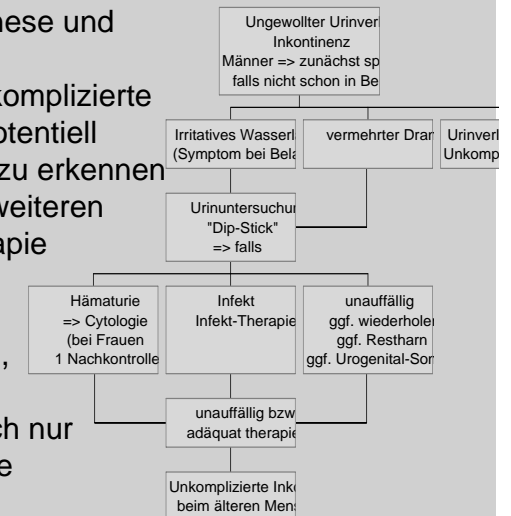
• In Deutschland sind ca. 30% der Frauen über 40 hysterektomiert.

Geschlechtsunabhängige Risikofaktoren

- Kognitionsprobleme (Demenz)
- Übergewicht (extrem hohes)
- Neurologische Erkrankungen, auch als Folge von Diabetes, Zirrhose etc.
- Tumoren
- Unfälle

Vor jeder Therapie...

Eine ärztliche Anamnese und Untersuchung sind Voraussetzung, um komplizierte Inkontinenzen und potentiell gefährliche Verläufe zu erkennen und einer korrekten weiteren Diagnostik und Therapie zuzuführen!
Konservative Behandlungsansätze, die hier vorgestellt werden, beziehen sich nur auf die unkomplizierte Harninkontinenz!



Für alle Betroffenen: Beratungsstrategie

Alle Patienten mit Inkontinenz profitieren von einer intensiven und am Einzelfall ausgerichteten **Beratungsstrategie**:

- Ernährungsberatung
- Beratung im Hinblick auf Miktionsgewohnheiten
- Bekleidungs- und Wohnumfeldberatung
- Allgemeine Lebensberatung
- Hygieneberatung => **Hilfsmittel!**

Ernährung - Obstipationsvermeidung

- Kotsteine können Inkontinenz auslösen oder verschlechtern (Irritation der Blase und Harndranggefühl).
- Obstipation kann Ursache für Harn- u. Stuhlinkontinenz sein.
- Ständiges Pressen schädigt den Beckenboden.
- Deshalb: ausgewogene Ernährung und regelmäßige Stuhlentleerung!

Trinkmenge

- Auf ausreichende Trinkmenge ist unbedingt zu achten (soweit medizinisch möglich)
- Empfohlene Trinkmenge: 1,5 – 2,0 l

Trinken kann man lernen:

- Tagesration z.B. in die Küche stellen
- Aus möglichst großen Gläsern trinken und in Gemeinschaft
- Gleichmäßige Verteilung der Trinkmenge, kein "Stoßtrinken"

Getränke

- Kaffee, schwarzer Tee, saure Teesorten, Light-Getränke (Aspartam) und Alkohol haben diuretische Wirkung!
- Hohe Dosen Alkohol führen zur kurzfristigen Blasenlähmung (bei stark Alkoholisierten immer an Harnverhalt denken!)

Miktionsgewohnheiten

- Bei einer normalen Miktion muss die Bauchpresse **NICHT** eingesetzt werden!
- Häufiges Pressen schädigt den N. Pudendus und den Beckenboden, es kann zu einer Inkontinenz kommen.
- Bei rezidivierenden HWI kann es schneller zu aufsteigenden Infekten kommen - daher im Zweifel Dip-Stick-Test.

Bekleidung / Wohnumfeld

- Bei älteren Menschen häufig
- FUNKTIONELLE / REVERSIBLE Inkontinenz
- Ursachen:
 - Mobilitätshindernisse:
 - Unangepasstes Mobiliar
 - Unangepasste Kleidung (Knöpfe, Haken und Ösen...)
 - Stolperfallen in der Wohnung
 - Schlechte Beleuchtung
 - fehlende Haltegriffe, Toilettensitzhöhe nicht angepasst etc...
 - **Medikamente!**
 - Oben auf der "Hitliste": Anticholinergika und Diuretika

Medikamente als Auslöser

Drang-Symptomatik

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

Negativ-Einfluss auf den Kontinenz(Verschluss)-Apparat

Alpha-Sympatholytika (Prasozin, Reserpin, Terazosin)
zentral angreifende Muskelrelaxantien (Diazepam, Chlordiazepoxid, Methocarbamol, Orphenandrin)
direkt angreifende Skelettmuskelrelaxantien (Danztrolen)
polysynaptische Inhibitoren (Baclofen)

Harnretention fördernd

einige Medikamente mit anticholinergen Nebenwirkungen (u.a.
Antiparkinsonmittel vom Biperiden-Typ, H1-Rezeptor-antagonistische
Antihistaminika, verschiedene Spasmolytika, einige Ophthalmologika,
tri- und tetrazyklische Antidepressiva)
Antiemetika mit H1-Rezeptor-Antagonismus
Neuroleptika vom Phenothiazin-Typ (Promethazin, Chlorpromazin)
Phenytoin

Lebensführung

- Richtiges Miktionsverhalten (z. B. ausreichend Zeit => restharnfreie Entleerung)
- Gesundes Ernährungsverhalten und geregelte Flüssigkeitsaufnahme
- **Obstipationsbeseitigung** bzw. Prophylaxe

Synergistische Therapie

- Körperliche Verspannungen und seelische "Anspannung"
- => Entspannungstherapie
 - < = Rückenprobleme, belastende Tätigkeit
- => Rückenschule, Krankengymnastik
- Allgemeinmaßnahmen zur Kräftigung und zur Unterstützung:
- Sport - (ohne belastende Elemente: kein Aerobic, kein Springen!) <=> Bauchtanz, Reiten, Schwimmen, generell ruhige Ausdauersportarten sind empfehlenswert.

Sofort-Hilfe: Hilfsmittel

- **Aufsaugend**
 - Vorlagen / Einlagen
 - Inkontinenzslips (Windelhosen)
 - Tropfenfänger
 - Bettunterlagen
- **Sammelnd**
 - Kondomurinale
- **Ableitend**
 - Suprapubische Katheter
 - Transurethrale Katheter
 - »
 - Funktionell-anatomische Korrektur
 - » Pessare
 - » Inkontinenz-Tampons
 - Mechanische Kompression

Hilfsmittelverordnung 1

- **Hilfsmittelkatalog:**
 - Spitzenverbände der Krankenkassen
 - Verordnungsfähig: alle in diesem Katalog aufgenommenen Produkte; keine Budgetierung!
- **Verordnungsfähigkeit**
 - Leistungspflicht der Krankenkasse <=> SGB V § 33: "Wenn eine Krankheit bzw. eine Behinderung vorliegt".
 - Leistungspflicht der Pflegekasse <=> SGB V § 33: "Wenn Pflegebedürftigkeit besteht und eine Leistungspflicht der Krankenkasse NICHT vorliegt".
- **Empfehlung:**
 - In Deutschland keine bundesweit einheitliche Regelung =>
 - Evtl. direkt bei zuständiger Kasse anrufen!

Hilfsmittelverordnung 2

- **Kostenübernahme generell**
- **Nur bei**
- **mittlerer, schwerer und schwerster Inkontinenz!**
 - Urinverlust in 4 Stunden mehr als 100ml
 - Evtl. Vorlagentest: Gewicht benutzte Vorlage - Gewicht unbenutzte Vorlage =>
 - Gramm ~ Milliliter
- **Prinzip:**
 - Soviel wie nötig, so wenig wie möglich (Vorlagengröße an Bedarf anpassen!)

Inkontinenzformen (Symptome)

Beckenbodenschwäche

- Unwillkürlicher Urinverlust bei Anstrengung (Wandern, Laufen, Joggen, Tanzen, Fensterputzen, Wischen, Staubsaugen)
- Unwillkürlicher Urinverlust beim Bücken oder Heben
- Erstmals unfreiwilliger Urinverlust während Schwangerschaft

Drangsymptomatik

- Frequenzerhöhung bei der Miktion (mehr als 8 x täglich)
- Nicht unterdrückbarer Harndrang
- Die Lebensqualität beeinträchtigende Harn-Drang-Symptome
- Urinverlust ausgelöst durch Geräusch fließenden Wassers

Sonderform: Vorübergehende Inkontinenz

- Störung der körperlichen Beweglichkeit
- Vorübergehende Störung der geistigen Kontrolle (z.B. Delir)
- Behandelbare Elektrolytstörung
- Weitere behandelbare bzw. vorübergehende Ursachen

Spezifische Therapie

Beckenbodenschwäche

Beckenbodentraining (Physiotherapeuten oder Kontinenztrainer);
Elektrostimulationsbehandlung zur Unterstützung, vor allem anfangs;
Vaginalgewichte (verordnungsfähig, professionelle Anleitung zu Beginn)

Drangsymptomatik

Verhaltenstraining mit dem Blasentagebuch für motivierte Patienten:

- Reduktion der Zahl der Toilettengänge
- Verlängerung der Zeiträume zwischen den Toilettengängen

Miktion nach der Uhr für Pflegepatienten
(Kontinenzberater, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten)

Medikamentöse Therapie

Sonderform: Vorübergehende Inkontinenz

Obstipation	Regulierung der Darmtätigkeit
Psychosomatische Probleme,	stützende Gespräche
Überlastung	Entspannungstraining
Elektrolytstörung	Psychotherapeutische Behandlung
Rückenprobleme	Regulierung der Elektrolyt- und Flüssigkeitszufuhr
	Rückenschule, Physiotherapie, entspannende Maßnahmen ...

Beckenbodentraining

- **Physiotherapie**
 - Was ist zu beachten?
 - Korrekte Ausführung muss kontrolliert werden:
Patienten sollten auf die richtige Kombination von Ausatmung & BB-Anspannung hingewiesen werden.
- **Schwierigkeiten bei der BB-Lokalisation?**
 - Elektrostimulator kann helfen
- **Je nach individueller Präferenz:**
 - Konotherapie anbieten

Beckenbodentraining



Konentraining

Die Therapie mit Vaginalkonen (Vaginal-Gewichten) muss der Patientin gut erläutert werden; sie darf nicht mit einem Beipackzettel / der Gebrauchsanweisung allein gelassen werden.



Blasenkonditionierung

- **Diagnostischer Kalender für 3 Tage**
- **Besprechung mit Pat.**
- => Festlegung individueller Miktionszeiten
- => Ziel: **Normalisierung der Entleerungsabstände**
- => und **Normalisierung der Füllungsvolumina**
 - (ca. 7 Miktionen/Tag bzw. alle drei bis vier Stunden; Menge möglichst über 300ml/Miktion)
- **Erstellen eines "Stundenplanes" für die Miktion**
 - Nach 14 Tagen Einbestellung & Kontrolle
 - Danach alle 4 Wochen
- **Unterstützung durch Medikation (Anticholinergika)!**

Kalendertraining

<http://www.degam.de/>

Datum: 28.12

In der ersten Spalte tragen Sie bitte immer die genaue Uhrzeit ein, zu denen Sie Wasser in die Toilette lassen. In der zweiten und dritten Spalte tragen Sie die Zeiten ein, zu denen sich eine Inkontinenz ereignet. Für jedes Inkontinenzereignis tragen Sie bitte einen Grund in der vierten Spalte ein.

Wasser aufge- nommen (Uhrzeit)	Kleiner Zwischenfall	Großer Zwischenfall	Grund des Zwischenfalls
3.00			
5.00			
		7.15	Aufwachen - starkes Harndrang - konnte nicht halten
7.18			
8.30 *			
	10.00		Einkaufstüte gehoben
12.15			
	12.30		Niesen
		16.00	Ankunft zu Haus - bei Türöffnen starkes Harndrang - konnte nicht halten
16.15			
	18.00		Husten
20.00			
	21.30		Finieren
23.00			

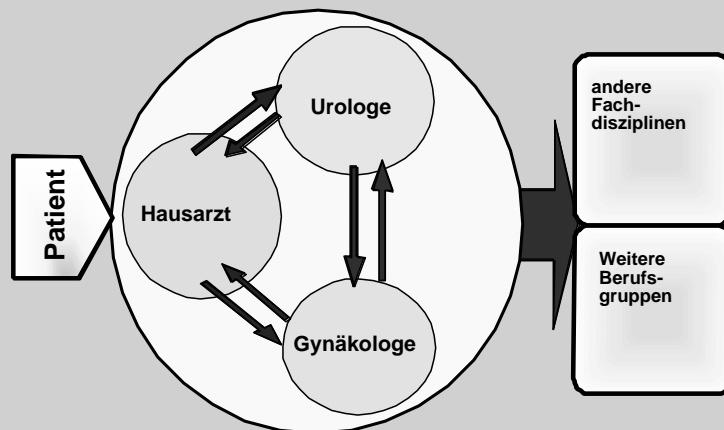
Bemerkungen: * kein Stuhlgang

Summe Inkontinenzereignisse: 6

Medikamentöse Unterstützung


Einstufungen	Wirk-samkeit	Wirkstoffe	Hinweise zur Indikation
Einstufung laut Arzneitelegamm "Mittel der Reserve" Molekülvariante von Terodilin, das 1991 wegen bedrohlicher Herzrhythmusstörungen aus dem Handel gezogen wurde.	Wahrscheinlich	Oxybutynin -HCl	Inkontinenz mit oder ohne Harndrang Bei Kindern Halluzinationen, Alpträume, Verwirrtheit möglich. Instabile Harnblase
Einstufung laut Arzneitelegamm: Überholtes Therapieprinzip	Möglich	Butylscopolamin	Soll vor allem bei Beckenbodenverspannung helfen.
Einstufung laut Arzneitelegamm: Umstrittenes Therapieprinzip Laut Arzneitelegamm häufige (bis 30%) Therapieabbrüche	zur Unterstützung	Estriol	Bei atrophischen Erscheinungen am unteren Genitaltrakt der Frau; Absolut kontraindiziert bei Thrombosen und Brustkrebs
	Noch nicht ausreichend belegt	Duloxetine	Stressinkontinenz Mögliche Selbstmordgefährdung; Anstieg der Leberenzyme und Herzfrequenz häufig. Harndrang, instabile Blase
	Noch nicht ausreichend belegt	Darifenacin, Solifenacin	
	Nicht belegt	Emepronium	
	Nicht belegt	Flavoxat	
	Nicht belegt	Propiverin-HCl	

Interdisziplinäre Allianz




Komplexes Problem - Komplexe Lösung

- Nichtstun kann eine Inkontinenz nur verschlimmern!
- Im Bereich Inkontinenz geschieht (noch immer) viel zu wenig von medizinischer Seite.
- Darum sollten alle Akteure der Gesundheitsversorgung aktiv etwas zur Verbesserung der Situation tun!



Ende



Vielen Dank
für
Ihre
Aufmerksamkeit!