

Kontinenzmanagement

Dr. med. Klaus Becher

Klinik Wartenberg

Professor Dr. Selmair GmbH & Co. KG

85456 Wartenberg/Obb.

Interessenskonflikte

- Forschungsunterstützung: keine
 - Vortragstätigkeit: Aristo, Astellas, Ferring, Pfizer
 - Beratertätigkeit: Omega, Ferring, Pfizer
-

Definition der Urininkontinenz

Harninkontinenz besteht bei jedem unfreiwilligen Verlust von Urin.

Älter:

International Continence Society (ICS)

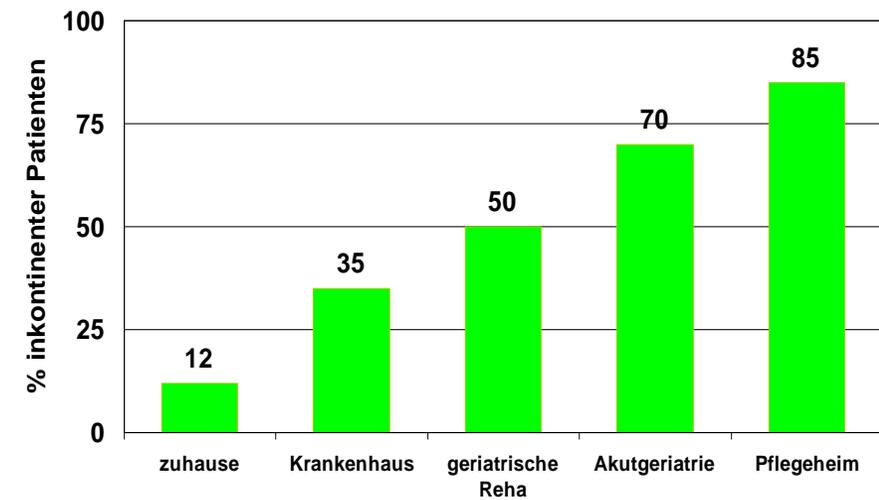
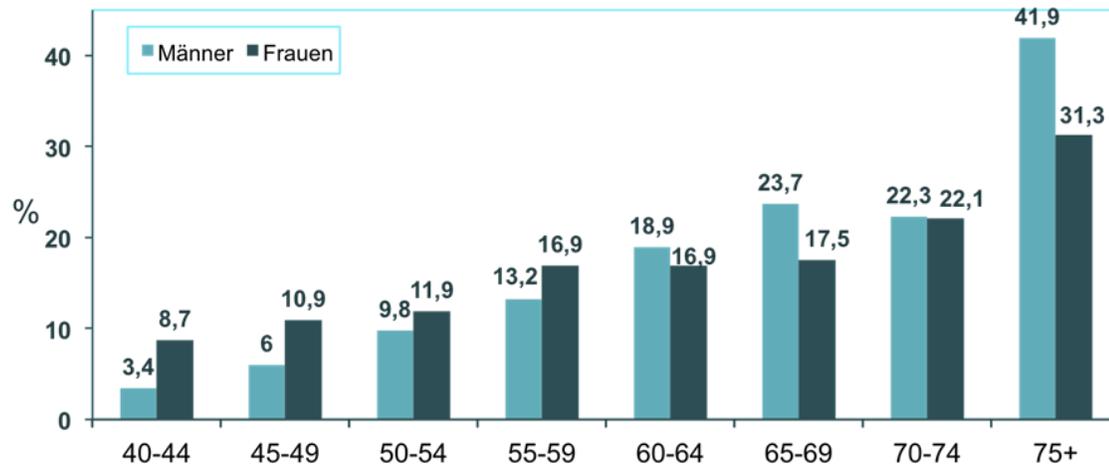
Die Harninkontinenz ist ein Zustand, bei dem ein objektiv nachgewiesener unfreiwilliger Harnverlust ein soziales und hygienisches Problem darstellt.

Epidemiologie

Häufigkeit von Inkontinenz variiert nach:

- Befragungsmethode, Definition
- Alter der befragten Bevölkerungsgruppe
- Ort und Anlass der Befragung

- 6 Mio. Menschen in Deutschland
- 23 % > 60 Jahre; 14,5 % in England (Φ 65,2y)²
- 27,1 % Frauen > 60 Jahre
- 17,9 % aller Männer > 60 Jahre
- 15 % der Betroffenen sind in Behandlung



1. Irwin DE et al. Eur Urol. 2006 Dec;50(6):1306-14; discussion 1314-5.
2. Milsom I et al. BJU Int. 2001 Jun;87(9):760-6.
3. Frank C, Szlanta A. Can Fam Physician. 2010 Nov;56(11):1115-20.

Pfisterer M, Kuno E, Müller M, Schlierf G, Oster P, 1998, Harninkontinenz im Alter; Fortschr Med 116(17): 27-32

Kontextfaktoren eines Geriatrischen Syndroms

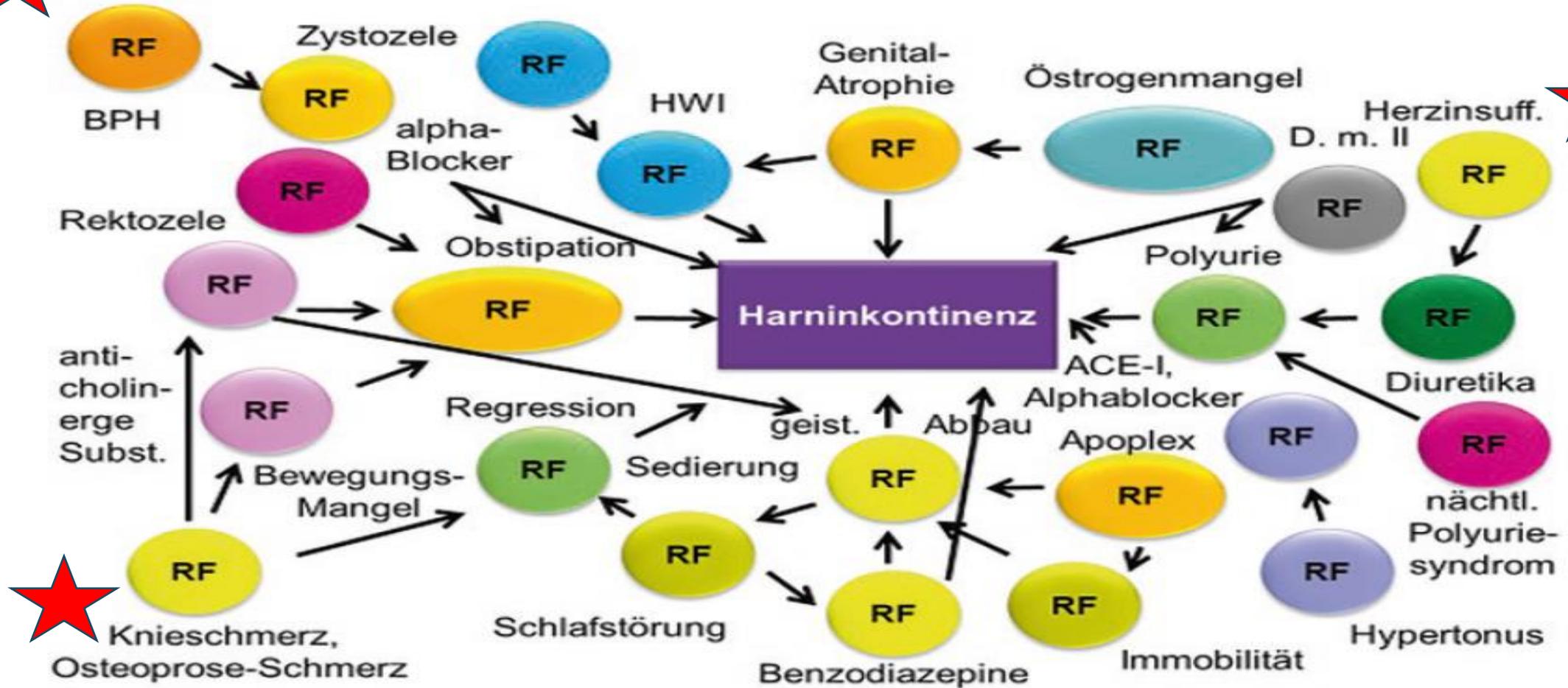


Abb. 3.2 Das „geriatrische Denken“ – multidirektional, viele Risikofaktoren (RF) beeinflussen ein Leitsymptom. (© Wiedemann 2020, All Rights Reserved)

Harninkontinenz und die Relevanz für den Hochbetagten¹⁻⁷

- Stürze und Knochenbrüche^{5,7} ↑
- Infekte der unteren Harnwege^{3,7} ↑
- Schmerzen³ ↑
- Hautschäden ^{2,4}(Inkontinenz Assoziierte Dermatitis, IAD) ↑
- Depressionen und Angst^{1,7} ↑
- Prävalenz von Doppel-Inkontinenz^{6,7} 10,3% - 35,4%

1. Melotti IGR et al, Severe depression and anxiety in women with overactive bladder. *Neurourol Urodyn.* 2018 Jan;37(1):223-228. doi: 10.1002/nau.23277.

2. Füsgen I, Dirschka TH. Skin irritation amongst incontinent nursing home patients. *Euro J Ger.* 2003;5;2:94-7.

3. Brown JS et al., Comorbidities associated with overactive bladder, *Am J Manag Care* 2000;6(11 Suppl.):574-9.

4. Kayser SA et al, Incontinence and Incontinence-Associated Dermatitis in Acute Care, *J Wound Ostomy Contience Nurs.* 2021 Nov-Dec 01;48(6):545-552.

5. Foley AL et al: Association between the Geriatric Giants of urinary incontinence and falls in older people. *Age Ageing*; 2012 Jan;41(1):35-40.

6. Slieker-ten Hove et al., 2010, Prevalence of Double Incontinence, Risks and Influence on Quality of Life in a General Female Population *Neurourology and Urodynamics* 29: 545–550.

7. Soysal, P., Veronese, N., Ippoliti, S. et al. The impact of urinary incontinence on multiple health outcomes: an umbrella review of meta-analysis of observational studies. *Aging Clin Exp Res* 35, 479–495 (2023). <https://doi.org/10.1007/s40520-022-02336-0>

Physiologische Veränderungen am unteren Harntrakt im Alter

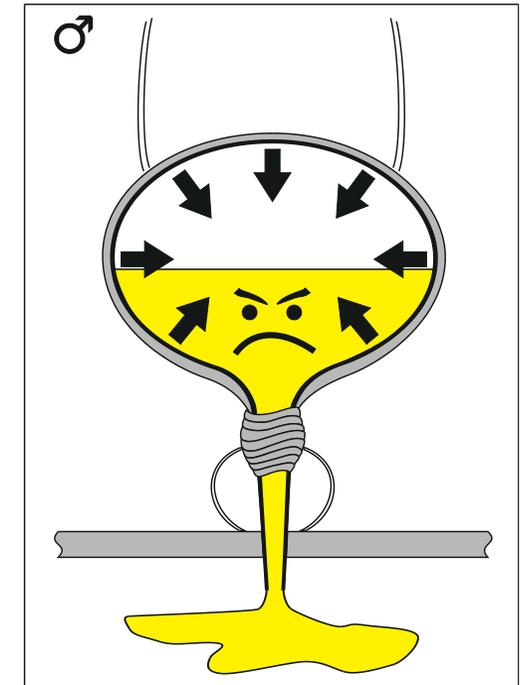
- Abnahme der Blasenkontraktilität
- Relative Detrusorüberaktivität
- Abnahme des Fassungsvermögens (350 – 400 ml)
- Verspätetes Harndranggefühl
- Erhöhte Miktionsfrequenz (v.a. nachts)
- Hormonelle Umstellung: Östrogenabfall (senile Vaginitis), Testosteronabfall (Prostata-Adenom)

Inkontinenzformen (nach Abrahams 2003)

- **Belastungsinkontinenz**
- **Dranginkontinenz (= Überaktive Blase mit Inkontinenz)**
- **Mischinkontinenz**
- **Inkontinenz bei eingeschränkter Mobilität**
- **Neurogene Blasenentleerungsstörung**

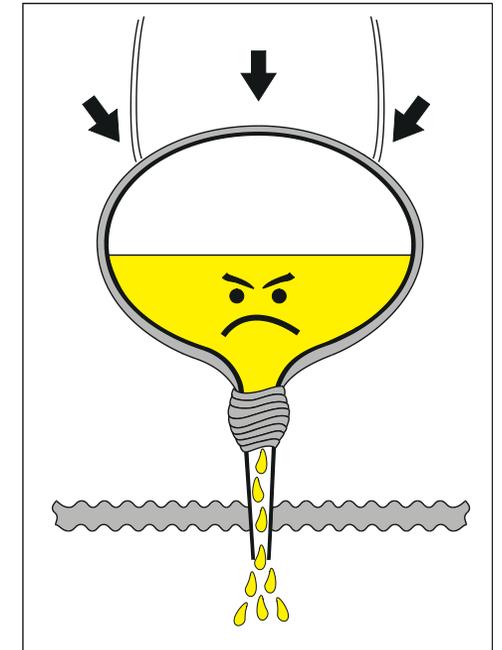
Überaktive Blase

- **engl. OAB (overactive bladder)** Definition der ICS = International Continence Society 2003
- **Syndrom, zusammengesetzt aus:**
 - Pollakisurie (>8 Miktionen/d)
 - Nykturie
 - imperativen Harndrang
 - mit Harnverlust („OAB wet“)
 - ohne Harnverlust („OAB dry“)
 - **in Abwesenheit einer Infektion oder einer anderen Ätiologie**
- **Ursachen:**
 - Altersumbauvorgänge in der Blase
 - mangelnde zentrale Kontrolle
 - rezidivierende Harnwegsinfekte
 - Östrogenmangel bei der Frau



Belastungsinkontinenz

- **Urinverlust bei Belastung** (nach Ingelman-Sundberg)
 - Grad I: bei Husten, Lachen, Niesen
 - Grad II: bei Bewegung
 - Grad III: bei Umdrehbewegungen im Bett
- **Ursachen:**
 - Geburtstrauma
 - Überdehnung des Beckenbodens
 - Quetschung des N. pudendus
 - Adipositas
 - Umbau des Kollagens
 - Östrogenmangel (?)
 - altersbedingter Verlust an Muskelzellen
 - Schließmuskelschädigung durch Operation (beim Mann: radikale Prostatektomie)



Harninkontinenz Diagnostik



AWMF-Register Nr.	084/001	Klasse:	S2k
-------------------	---------	---------	-----

Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten –

Diagnostik und Therapie Version: Nr. 7.1 (update 2024)

S2k-Leitlinie der
Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
 und der
Deutschen Gesellschaft für Urologie
Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Deutschen Kontinenz Gesellschaft
Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften

Korrespondenz:

Prof. Dr. Andreas Wiedemann

Urologische Klinik am Ev. Krankenhaus Witten gGmbH

Lehrstuhl für Geriatrie Universität Witten/Herdecke

awiedemann@evk-witten.de

Mandatsträger weiterer Fachgesellschaften

Dr. Joachim Stein, Großburgwedel: Deutsche Gesellschaft für Urologie

Prof. Dr. Christl Reisenauer, Tübingen: Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel, Villingen-Schwenningen: Deutsche Kontinenz Gesellschaft

Prof. Dr. Katja Boguth, Dipl.-Pfl.-Päd. Gabriela Schmitz, Cottbus: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaften

Hr. Matthias Zeisberger, Berlin: Inkontinenz Selbsthilfe e.V.

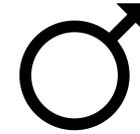
NEU:

S2k Leitlinie Harninkontinenz bei
geriatrischen Patienten

Die klinischen Fälle



- Frau, 82 J. Temp. 38,6°C in die Notaufnahme eingeliefert.
- RR 90/85 mmHg, Hf 112 bpm, GCS 9 Punkte
- Pflegeheimanamnese: Seit heute zunehmende Verschlechterung des AZ, keine Nahrungsaufnahme mehr, trinken sonst selbständig möglich, aktuell nur noch mit Hilfe wenige Schlucke. Harninkontinenz. Anlage eines Harnblasenkatheters.

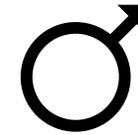


- Mann 79 J. klagt bei Hausarzt-Besuch über Blutzuckerentgleisungen, die der Pflegedienst seit 1 Woche bemerkt habe. Es besteht neu eine Harninkontinenz.
- BZ kap.: 284 mg/dl spontan vormittags in der Praxis.
- RR 178/88 mmHg; Hf 62 bpm
- Letzter HbA1c vor 4 Wochen: 6,8 %

Die klinischen Fälle – Was ist Ihr Verdacht?



- Verdachtsdiagnose:
 - A. Infekt unklarer Genese
 - B. Infekt der unteren Harnwege
 - C. V.a. Sepsis
 - D. Apoplex
 - E. Exsiccose
- Maßnahmen:
 - Urinstix
 - Urinkultur
- Ergebnis:
 - Leukozyten +++, Nitrit +, Erys wenig
 - E. coli 10^6 KBE



- Verdachtsdiagnose:
 - A. Diabetes mellitus Typ 2
 - B. Harninkontinenz unklarer Genese
 - C. V.a. Infekt unklarer Genese
 - D. Arterielle Hypertonie
 - E. Alle sind richtig
- Maßnahmen:
 - Urinstix
 - Urinkultur ?
- Ergebnis:
 - Leukozyten +++, Nitrit -, Erys +++
 - Kultur: kein Wachstum

Die klinischen Fälle – Was ist Ihr Verdacht?



- Verdachtsdiagnose:
 - A. Infekt unklarer Genese
 - B. Infekt der unteren Harnwege
 - C. V.a. Sepsis**
 - D. Apoplex
 - E. Exsiccose
- Maßnahmen:
 - Urinstix
 - Urinkultur
- Ergebnis:
 - Leukozyten +++, Nitrit +, Erys wenig
 - E. coli 10^6 KBE



- Verdachtsdiagnose:
 - A. Diabetes mellitus Typ 2
 - B. Harninkontinenz unklarer Genese
 - C. V.a. Infekt unklarer Genese
 - D. Arterielle Hypertonie
 - E. Alle sind richtig**
- Maßnahmen:
 - Urinstix
 - Urinkultur ?
- Ergebnis:
 - Leukozyten +++, Nitrit -, Erys +++
 - Kultur: kein Wachstum

Ziel der Diagnostik

- Unterscheidung der Inkontinenztypen
- Quantifizierung der Inkontinenz
- Ausschluss anderer Ursachen

Risikofaktoren „DIAPPERS“

- **D**elirium
- **I**nfektion
- **A**trophische Urethritis/Kolpitis
- **P**harmaka
- **P**syche
- **E**xcessive Urinproduktion
- **R**estricted mobility
- **S**tuhlprobleme/Obstipation

Inkontinenzanamnese

Wichtige Fragen:

- Seit wann ? Wie häufig?
- tageszeitabhängig?
- Unbemerkt oder dranghaft ?
- Intensität ?
- Situationsabhängigkeit ?
- Bisherige Therapien ?
- Anzahl der Vorlagen (Pads) ?
- Leidensdruck ? !

Assessmentinstrumente für Harninkontinenz bei Geriatrischen Patienten

- S2k – LL der DGG e.V., aktualisierte Fassung Januar 2024, AG Inkontinenz
- Basisdiagnostik:
 - Gezielte Anamnese
 - Klinische Untersuchung
 - Miktionstagebuch
 - Urinuntersuchung
 - Restharnmessung

Basisassessment

Basisassessment bei geriatrischen Patienten

- Harninkontinenz
- Gangstörung
- Kognitiver Abbau

- Barthel-Index (Items: Mobilität, Inkontinenz)
 - Mini-Mental-Status-Test (Kognition)
- ICIQ (Harninkontinenz – Differenzierung, Leidensdruck)

International Consultation of Incontinence Questionnaire, Urinary Incontinence Short Form: ICIQ UI SF

Kombination von Symptom- und krankheitsspezifischen Lebensqualitätsfragebogen

ICIQ-Summen-Score (1+2+3)*:

Maximale Punktzahl:

21

Keine Inkontinenz

0

Leichte Inkontinenz

bis

1-5

Mäßige Inkontinenz

bis

6-10

Starke Inkontinenz

≥

11

* basierend auf Abrams P, Avery K, Gardener N, Donovan J; ICIQ Advisory Board. The International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire: www.iciq.net. J Urol 2006.

Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten 4 Wochen einschätzen?

Bitte ein Feld ankreuzen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sehr schlecht ausgezeichnet

Kontinenz Bitte denken Sie bei den Fragen daran, wie es Ihnen in den letzten 4 Wochen gegangen ist

1. Wie häufig verlieren Sie Harn?

Bitte ein Feld ankreuzen

- niemals 0
- ungefähr 1 mal pro Woche oder weni- 1
- zwei- oder dreimal pro Woche 2
- ungefähr 1 mal pro Tag 3
- mehrmals am Tag 4
- ständig 5

2. Wie viel Harn verlieren Sie gewöhnlich? (unabhängig davon ob Sie Vorlagen tragen oder nicht)

Bitte ein Feld ankreuzen

- kein Harnverlust 0
- eine kleine Menge Harn 2
- eine mittelgroße Menge Harn 4
- eine große Menge Harn 6

3. Wie sehr beeinträchtigt generell der Harnverlust Ihren Alltag?

Bitte markieren Sie eine Zahl zwischen 0 (überhaupt nicht) und 10 (ein schwerwiegendes Problem)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

überhaupt nicht schwerwiegend

4. Wann verlieren Sie Harn? Bitte kreuzen Sie alle Felder an, die zutreffen

- niemals – kein Harnverlust
- Harnverlust vor dem Erreichen der Toilette
- Harnverlust beim Husten oder Nießen
- Harnverlust während des Schlafes
- Harnverlust bei körperlicher Betätigung / sportlicher Aktivität
- Harnverlust nach dem Wasserlassen und Wiederankleiden
- Harnverlust ohne erkennbare Ursache
- ständiger Harnverlust

Miktionsstagebuch

Wichtig: Tragen Sie jedes Ereignis in eine neue Zeile ein

Datum: _____ ☕ kl. Tasse (1dl) ☕ gr. Tasse (2dl) 🍷 kl. Glas (2dl) 🍷 gr. Glas (3dl)

Uhrzeit	Trinkmenge (siehe oben)	Urinmenge in ml	Plötzlicher Harndrang?		Unfreiwilliger Harnverlust?	
			ja	nein	wenig*	viel*
17.30		250	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
8.15	600 Tee	210				
9.00		100	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
10.00						
11.00	300 Wasser	150	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
11.15		100	<input checked="" type="checkbox"/>			
11.45						
12.00	300 Wasser					
14.15	300 Tee					
14.30		220	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
15:00	300 Kaff.	100	<input checked="" type="checkbox"/>			
15.45		200				
16.30		150				
17.15		100	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
18.30						
19.30	300 Ice Tee					
20.30		240	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
20.45	200 Tee	140			<input checked="" type="checkbox"/>	
21.40		150	<input checked="" type="checkbox"/>			
2.00		100	<input checked="" type="checkbox"/>			
3.00						
5.00						
Total	2300	2230				

* wenig = wenige Tropfen, * viel = Kleidungs-, Vorlagenwechsel erforderlich

S2k Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten

HARNINKONTINENZ – THERAPIE

Therapie der Harninkontinenz

- **Belastungsinkontinenz**

- **Konservativ**

- ✓ **Physiotherapie**
 - ✓ **Verhaltensintervention**
 - ✓ Medikamentös
 - Duloxetin

- Operativ

- Unterspritzung
 - Bänder
 - artifizieller Sphinkter
 - Harnblasenersatz

- **Atone Überlaufinkontinenz**

- Medikamentös

- Parasympathomimetika
 - Alpha-Rezeptorenblocker

- Intermittierender Selbstkatheterismus

- Sacrale Neuromodulation

- **Dranginkontinenz**

- **Konservativ**

- ✓ **Physiotherapie**
 - ✓ **Verhaltensintervention**
 - ✓ Medikamentös
 - β 3-Adrenorezeptoragonist
 - Anticholinergika
 - GAG-Ersatz

- Operativ

- Botulinum Toxin
 - Sacrale Neuromodulation
 - Harnblasenersatz

- **Extraurethrale Inkontinenz**

- Operativ

- Fistelverschluss
 - Harnblasenersatz

Physiotherapie

• Theoretischer Teil

- Aufklärung über Anatomie und Physiologie
- Zwerchfell- und Beckenbodenkoordination
- Beziehung zwischen Haltung und Beckenbodenspannung



• Praktischer Teil

- Wahrnehmungsfähigkeit für Beckenboden, Atmung und Haltung verbessern
- Übungen zur Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur
- Kontinenz unterstützende Maßnahmen bei „drängenden“ Situationen erlernen
- Nutzung von Hilfsmittel
- Elektrostimulation mit Biofeedback und Vibrationstraining

Veränderung des Verhaltens

Verhaltensschulung bei Aktivitäten des täglichen Lebens:

- **Regulierung von Trinkvolumen u. Miktionszeiten**
- Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel (Kaffee, schwarzer und grüner Tee, Cola)
- **Stuhlregulierung**
- Gewichtsreduktion
- Einschränkung des Nikotinkonsums
- Vermeiden von Heben und Tragen schwerer Lasten – gezielter Einsatz des Beckenbodens
- korrekte Haltungs- und Atemtechnik
- **Günstige Gestaltung des Toilettenumfeldes**

Quelle: S2k Harninkontinenz

Toilettenumfeldgestaltung



Blasentraining

<p>Blasentraining (Bladder drill, re-education)</p>	<p>Betroffene müssen <u>selbständig</u> zu bestimmten Zeiten zur Toilette gehen, beginnt meist mit 1-2 stdl. Intervall.</p> <p>Betroffene sollen nur zu angegebenen Zeiten zur Toilette gehen, wenn erfolgreich, allmähliche Steigerung der Intervalle (z.B. um 30 Min.)</p> <p>Angestrebt werden 3-4 stdl. Intervalle</p> <p>Systematische Fähigkeit, Miktion zu verzögern durch Unterdrückung des Harndranges.</p> <p>Aktive Rehabilitations- und Schulungstechniken.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Kognitiv kompetente, motivierte, lernfähige Betroffene, die Miktionsprotokoll selbst führen können · Hohes Maß an Eigeninitiative notwendig · Fähig, Toilette selbständig oder mit Hilfe aufzusuchen · Nicht empfohlen bei organischer Gehirnerkrankung 	<p style="text-align: center;">Ib / A</p>
--	--	--	--

Quelle: Karin Stenzelius et al, The effect of conservative treatment of urinary incontinence among older and frail older people: a systematic review, Age Ageing (2015) 44 (5): 736-744 first published online June 25, 2015 doi:10.1093/ageing/afv070.

Verhaltenstraining

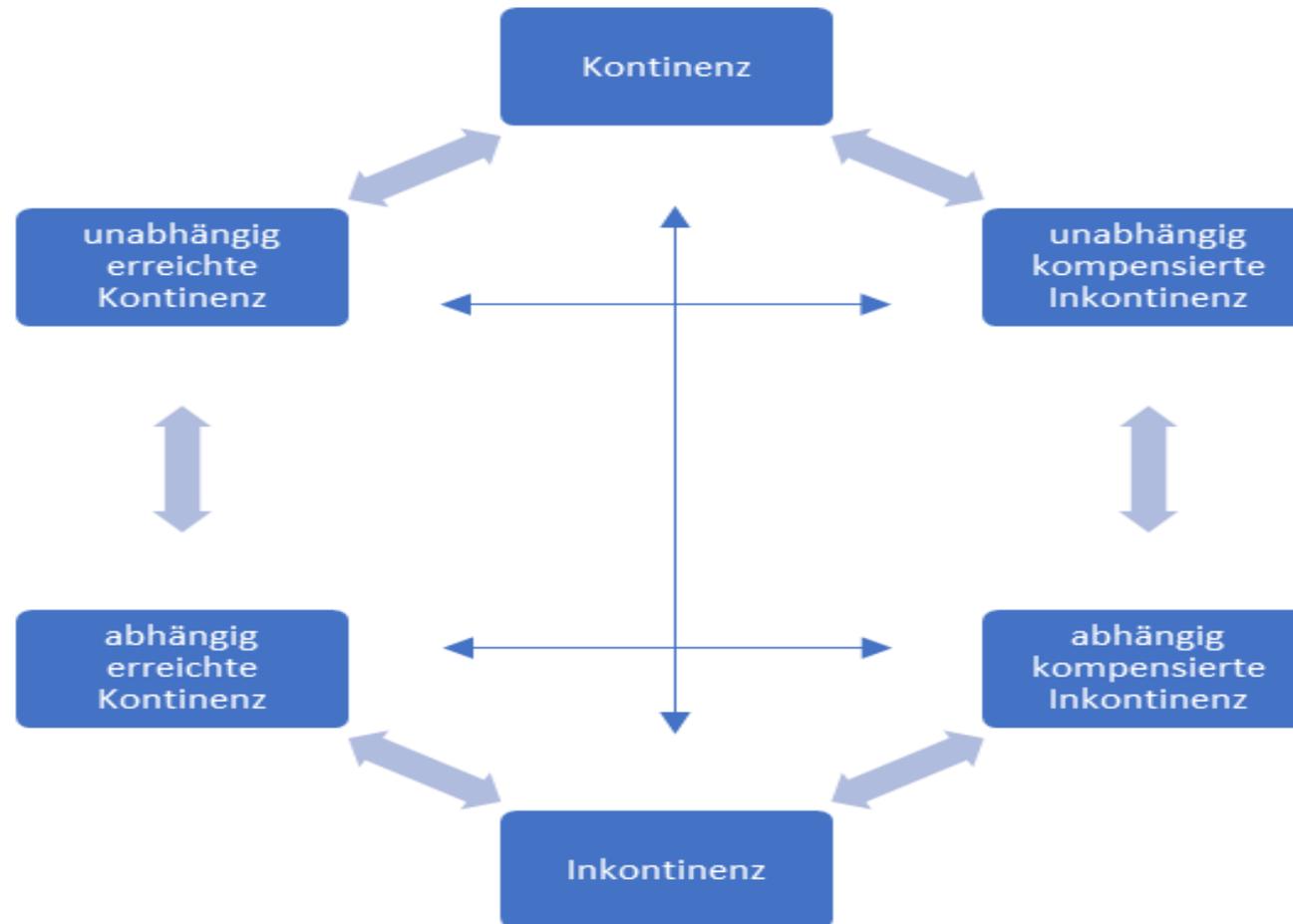
Form	Durchführung	Zielgruppe/Bedingung	Evidenzgrad/ Empfehlungsklasse
Festgelegte Entleerungszeiten (Timed voiding, scheduled toileting)	Betroffene werden regelmäßig nach starrem Zeitplan (z.B. tags alle 2 h) von Pflegepersonal zur Toilette begleitet	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitiv eingeschränkte Betroffene • Funktionell abhängige Betroffene • Einfach umsetzbar für die Pflegenden • Motivierte Pflegeperson vorhanden 	IV / C
Individuelle Entleerungszeiten (Habit training)	Wie „festgelegte Entleerungszeiten“, jedoch mit individuell erstelltem Toilettenplan	<ul style="list-style-type: none"> • kognitiv eingeschränkte Betroffene • Funktionell abhängige Betroffene • Einfach umsetzbar für die Pflegenden • Motivierte Pflegeperson vorhanden • Miktionsmuster kann festgestellt werden 	Ila / B
Angebotener Toilettengang (prompted voiding)	<ul style="list-style-type: none"> • in regelm. Abständen (z.B. 2-stdl.) wird durch Frage ob nass oder trocken die Aufmerksamkeit auf die Blase gelenkt • nach Überprüfen, ob nass oder trocken, wird Rückmeldung gegeben • anschl. Angebot des Toilettengangs mit 3-maliger Ermunterung • auf Wunsch Begleitung zur Toilette • bei erfolgreichem Toilettengang positive verbale Rückmeldung • Getränk anbieten • Vereinbarung über Zeitpunkt des nächsten Toilettengangs 	<ul style="list-style-type: none"> • nicht ausreichende kognitive Fähigkeit für komplexere Verhaltens-Interventionen • funktionell fähig, Toilette zu nutzen • fähig, Harndrang zu verspüren • Kann auf Aufforderung zum Toilettengang reagieren • motivierte Pflegeperson vorhanden 	Ib / A

Harninkontinenzmanagement in Heimen

Kontinenzprofile

- KONTINENZ
 - UNABHÄNGIG ERREICHTE KONTINENZ
 - ABHÄNGIG ERREICHTE KONTINENZ
- UNABHÄNGIG KOMPENSIERTE INKONTINENZ
- ABHÄNGIG KOMPENSIERTE INKONTINENZ
 - **NICHT KOMPENSIERTE INKONTINENZ**

Mögliche Dynamik der Kontinenzziele



Pharmakotherapie



- beginnt mit dem Weglassen von Medikamenten....
durch
- Medikamenten-Check

Multimedikation und Inkontinenz

Belastungsinkontinenz begünstigend:

- Benzodiazepine
- ACE-Hemmer
- Alphablocker
- Muskelrelaxantien

Dranginkontinenz begünstigend:

- Cholinergika, Antidementiva
- Betablocker
- Digitalis
- Prostaglandine E1/E2

Mögliche Überlaufblase

- β -Sympathomimetika
- Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva
- Neuroleptika
- Anticholinergika
- Phenytoin
- Antiemetika

Therapie der Harninkontinenz

• Belastungsinkontinenz

- Konservativ
 - ✓ Physiotherapie
 - ✓ Verhaltensintervention
 - ✓ **Medikamentös**
 - **Duloxetin**
- Operativ
 - Unterspritzung
 - Bänder
 - artifizieller Sphinkter
 - Harnblasenersatz

• Atone Überlaufinkontinenz

- Medikamentös
 - Parasympathomimetika
 - Alpha-Rezeptorenblocker
- Intermittierender Selbstkatheterismus
- Sacrale Neuromodulation

• Dranginkontinenz

- Konservativ
 - ✓ Physiotherapie
 - ✓ Verhaltensintervention
 - ✓ **Medikamentös**
 - **β 3-Adrenorezeptoragonist**
 - **Anticholinergika**
 - (GAG-Ersatz)
- Operativ
 - Botulinum Toxin
 - Sacrale Neuromodulation
 - Harnblasenersatz

• Extraurethrale Inkontinenz

- Operativ
 - Fistelverschluss
 - Harnblasenersatz

Medikamente zur Behandlung bei Inkontinenz

Belastungsharninkontinenz der Frau

Duloxetin (SNRI) 20--40-mg Kontraindikation bei starker Nicht bei Leberfunktionsstörung

mittelschwer
bis schwer
Formen

Dranginkontinenz, Überaktive Blase mit oder ohne Inkontinenz

Antimuskarinikum

<u>Darifenacin</u> 15-mg-retard	15-mg	Keine Dosisanpassung bei GFR 15–29 ml/min/1,73 m ²	CYP3A4-Hemmer CYP2D6-Hemmer
<u>Fesoterodin</u> 4- und 8-mg-retard	Langsame Aufdosierung 4 auf 8-mg	4-mg bei GFR 15–29 ml/min/1,73 m ²	CYP3A4-Hemmer
<u>Oxybutinin</u> 2,5- und 5-mg	2,5–5-mg	Keine Dosisanpassung bei GFR 15–29 ml/min/1,73 m ²	CYP3A4--Metabolisierung
<u>Oxybutinin</u> -Gel-Pflaster	36 mg alle 3-4-Tage		
<u>Propiverin</u> 5-mg	Max.-Dosis 45-mg	Max.-Dosis 30-mg bei GFR 15–29 ml/min/1,73 m ²	
<u>Solifenacin</u> 5- und 10-mg	5--10-mg	Max.-5-mg Tagesdosis bei GFR 15–29 ml/min/1,73 m ²	CYP3A4-Hemmer
<u>Tolderodin</u> 1-4mg	1-mg zweimal täglich bis 4-mg retardiert einmal täglich	Max.-1-mg zweimal täglich bei GFR 15–29 ml/min/1,73 m ²	CYP3A4-Hemmer
<u>Trospium</u> 5-45mg	Zweimal tägliche Gabe bis max. 45-mg	GFR < 10 kontraindiziert	
Beta-3-Mimetika			
<u>Mirabegron</u>	25--50-mg/d	25mg bei GFR 15–29 ml/min/1,73 m ²	25-mg/d bei gleichzeitiger Gabe von starken CYP3A-Inhibitoren

Dranginkontinenz
Östrogen (lokal)

Medikamentöse Therapie – Beispiel Überaktive Blase

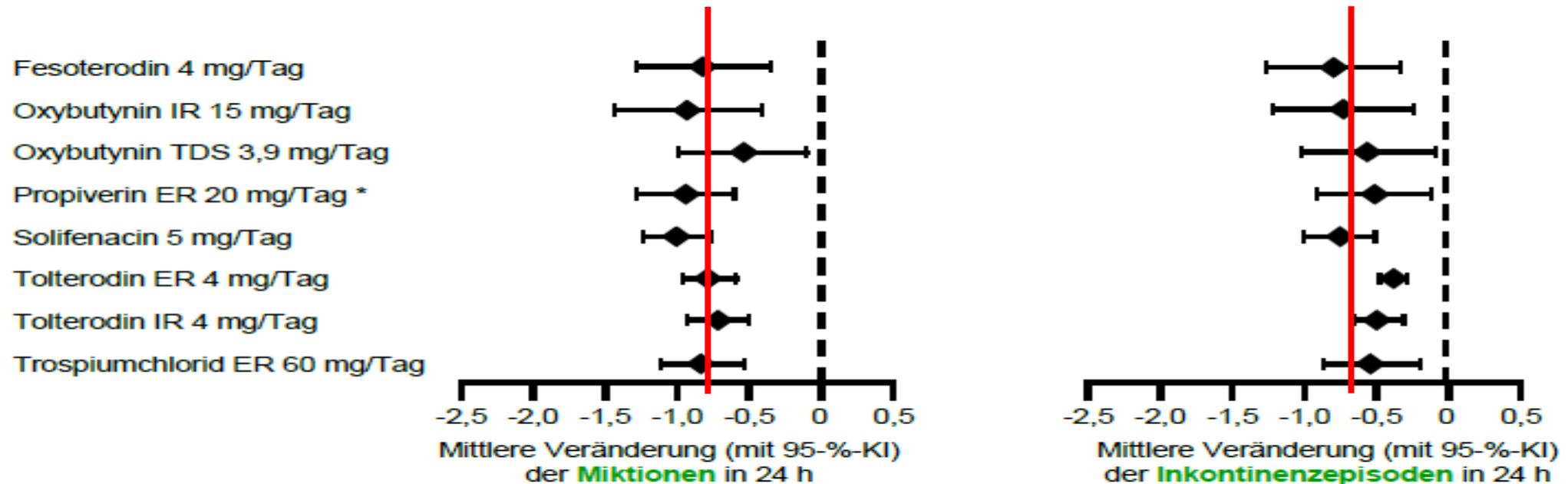
Anticholinergika (syn. Antimuskarinika) können eine wirksame Therapieform zur Verbesserung von Symptomen bei überaktiver Blase mit oder ohne Inkontinenz sein (Evidenzlevel Ia, Empfehlungsgrad A, 100 %).

Bei geriatrischen Patienten wiegen aber potentielle Nebenwirkungen besonders schwer:

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

Wirksamkeit von Antimuskarinika bei Überaktiver Blase

- Miktions- und Inkontinenzepisoden -

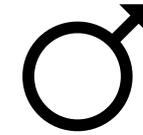


*Für diese Analyse lagen keine Daten zur derzeit angewendeten Anfangsdosis von Propiverin IR 30 mg/Tag vor. Daher werden Daten zu Propiverin ER 20 mg/Tag gezeigt.¹

Die klinischen Fälle – Verlauf

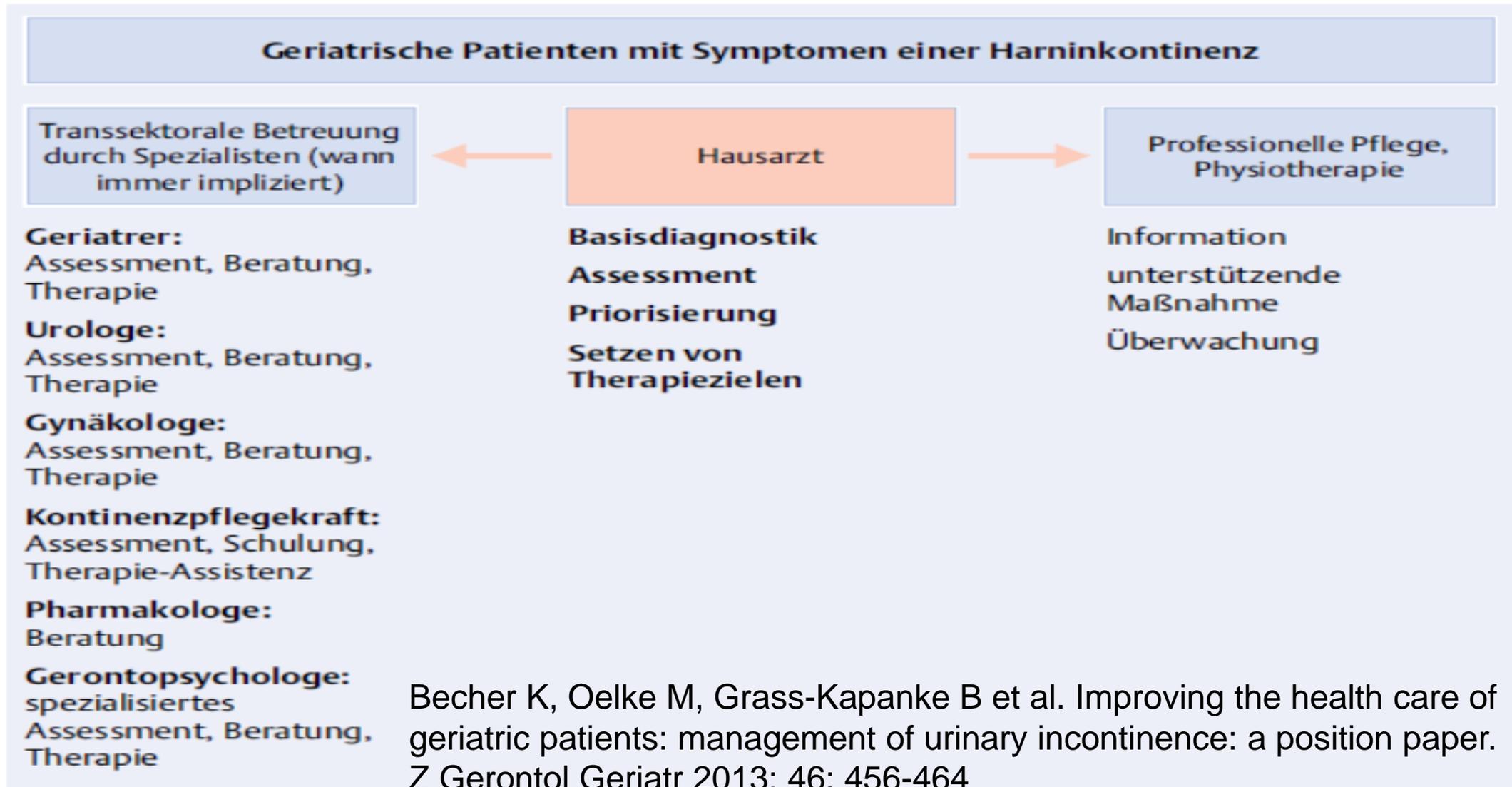


- Frau, 82 J
- Behandlung des Infektes
- **Ziel: Abhängig erreichte Kontinenz**
- Remobilisierung
- Entfernung des Harnblasenkatheters
- Angebot von Vorlagen
- Basis – Assessment:
- Kognition erhalten
- Mobilisation auf Stationsebene möglich
- **Angebotener Toiletten** erfolgreich



- Mann 79 J.
- Blutzuckereinstellung und Schulung/Beratung
- Basis-Assesement:
- - Kognition leicht eingeschränkt
- - Mobilisation in der Ebene möglich mit Gehwagen
- - weiterhin Urininkontinenz mit Drangkomponente
- **Ziel: Unabhängig kompensierte Inkontinenz**
- Angebot von Vorlagen
- ICIQ-SF: 15 Punkte – starke Inkontinenz
- Sonografie: Prostatavergrößerung
- **Überweisung an Facharzt Urologie – weiterführende Diagnostik**

Abbildung: Transsektorale Versorgung bei Harninkontinenz



Instrumentelle Harnblasen-Langzeitableitung

Indikation: Grundsätzlich ist die Indikation für die Anlage eines Harnblasenkatheters primär die Blasenentleerungsstörung und nicht die Harninkontinenz. Die Indikation zur Anlage definiert sich bei der Blasenentleerungsstörung über:

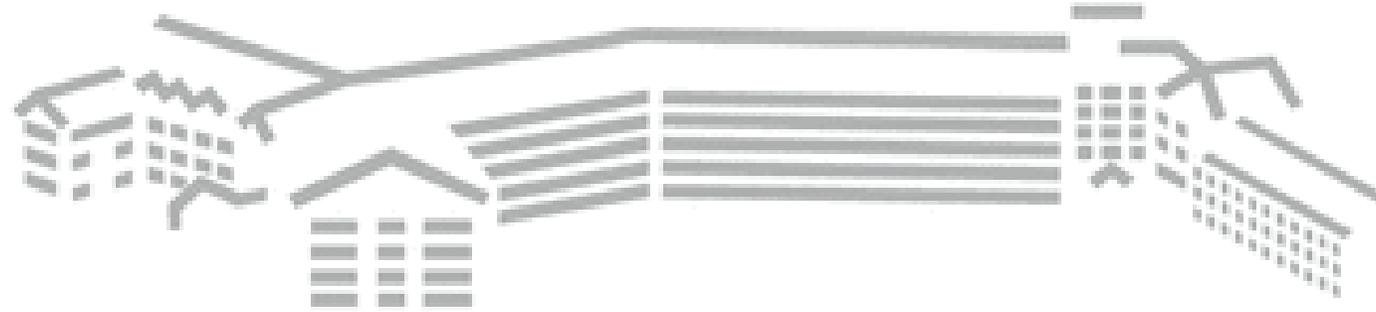
- das Verhältnis der Restharnbildung zur funktionellen Blasenkapazität
- das Vorhandensein eines begleitenden, klinisch relevanten Infektes
- schwerwiegende Hautdefekte/Intertrigo
- die Nierenfunktion in Anwesenheit eines Refluxes
- den individuellen Leidensdruck durch Miktionsbeschwerden
- die Notwendigkeit einer passageren Ausfuhrkontrolle, wenn sie auf anderem Wege nicht exakt zu gewährleisten ist.

Take Home Message I

- Der Geriatrische Patient hat zu seiner Multimorbidität zusätzlich funktionelle Einschränkungen, die ihn besonders vulnerabel machen.
- Bei Symptomen einer Harninkontinenz ist rechtzeitig eine gezielte Basisdiagnostik und bei älteren Patienten ein Basis-Assessment, das Alltagskompetenz, Mobilität und Kognition beinhaltet, zu empfehlen. Die fachärztliche Überweisung und damit interdisziplinäre Diagnostik ist häufig ratsam.
- Die Nicht-Behandlung hat unter Umständen erhebliche Folgen für die Alltagskompetenz und damit Lebensqualität. Urininkontinenz kann mit weiteren Folgeerkrankungen wie Stürzen, Depression und Infekten einhergehen.

Take Home Message II

- Beckenbodengymnastik zur Vorbeugung von Harninkontinenz kann auch bei geriatrischen Patienten förderlich sein.
- Verhaltenstraining in Form angebotener Toilettengänge, individueller Entleerungszeiten und festgelegter Entleerungszeiten ist bei kognitiv eingeschränkten Menschen erprobt und zu empfehlen.
- Vor einer medikamentösen Therapie sollte die bisherige Medikamenteneinnahme überprüft werden.
- Die medikamentöse Therapie ist bei einer Drangsymptomatik nach Ausschluss anderer Ursachen mit einem wenig zentral wirksamen Antimuskarinikum oder einem Beta-3 Agonisten unter besonderer Beachtung von Nebenwirkungen möglich.



Klinik Wartenberg

**VIELEN DANK FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT**