

Sicher versorgen und sozialen Rückzug aufhalten

Management der Harninkontinenz bei gebrechlichen älteren Menschen

Bei der Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz im Alter gilt es, vor allem reversible Ursachen zu erkennen und zu behandeln. Toilettentraining kann die Schwere der Harninkontinenz selbst bei funktionell schwer beeinträchtigten Patienten reduzieren.

Harninkontinenz ist ein immer grösser werdendes medizinisches und sozioökonomisches Problem, das erhebliche Konsequenzen für die Lebensqualität älterer Betroffener und deren soziales Umfeld hat. Während 6–12% der zu Hause lebenden über 64-Jährigen und 21% der über 85-Jährigen an Harninkontinenz leiden, sind über 50% der Patienten in Altenpflegeeinrichtungen betroffen. Häufige Folgen der Harninkontinenz sind Hautreizungen, Harnwegsinfekte und verzögerte Heilung von Dekubitalgeschwüren. Eine weitere bedeutsame Konsequenz kann der soziale Rückzug der Betroffenen aufgrund von Schamgefühlen sein.

Ursachen

Das Alter per se ist keine Ursache einer Harninkontinenz. Verschiedene alters-assoziierte Veränderungen (z.B. verminderte Detrusor- kontraktilität, Beckenbodenschwäche, verminderte Sensibilität für Füllungsstatus der Blase) können jedoch an der Entstehung einer Harninkontinenz beteiligt sein (1,2). Die Pathogenese der Harninkontinenz betagter Menschen ist meist multifaktoriell. Häufig sind physiologische Altersveränderungen, neurologische Erkrankungen, psychische Faktoren, urologische und gynäkologische Probleme, Verhaltensfaktoren und funktionelle Beeinträchtigungen in unterschiedlicher Intensität miteinander kombiniert. In der diagnostischen Abklärung und Therapie müssen diese Faktoren berücksichtigt werden (2,3).

Reversible Ursachen

Die wichtigsten potentiell reversiblen Ursachen der Harninkontinenz betagter Menschen sind in Tabelle 1 dargestellt. Auch wenn eine Therapie dieser reversiblen Ursachen nicht immer zur vollständigen Heilung führt, kann das Ausmass der Inkontinenz häufig vermindert werden.

Formen der Harninkontinenz

Es können verschiedene Formen der Harninkontinenz unterschieden werden. Die Drang-, Stress- (Belastungs-), Überlauf-, und extraurethrale Inkontinenz (4).

Bei betagten Menschen sind vor allem die drei erstgenannten Inkontinenzformen häufig zu finden (siehe Tabelle 2). Im Gegensatz zur häufig vermuteten Schliessmuskelschwäche kommt im Alter die Dranginkontinenz mit über 60% beim hochbetagten Menschen am häufigsten vor. Oft tritt sie bei Frauen auch in Kombina-



PD Dr. med.
Mathias H.-D. Pfisterer

tion mit einer Stressinkontinenz als sogenannte Mischinkontinenz auf. Bei gebrechlichen Patienten wird immer wieder der Begriff „Funktionelle Inkontinenz“ verwendet. Hier werden meist chronische Einschränkungen der Mobilität und der geistigen Leistungsfähigkeit für die Inkontinenz verantwortlich gemacht. Diese Nomenklatur kann jedoch fälschlicherweise dazu verleiten, die Suche nach behandelbaren Ursachen der Harninkontinenz auszublenden.

Basisdiagnostik

Ältere Menschen sollten regelhaft nach dem Vorliegen einer „Blasenschwäche“ befragt werden. Dies ist einer der wichtigsten diagnostischen Schritte. Zur weiteren nichtinvasiven Basisdiagnostik gehören die Inkontinenz-/Pflegeanamnese, eine gezielte körperliche Untersuchung, Toilettentagebuch, Restharnbestimmung, sowie die Urinuntersuchung mittels Teststreifen. So können reversible Ursachen (siehe Tabelle 2) und abklärungsbedürftige Befunde identifiziert, sowie eine Verdachtsdiagnose gestellt werden um dann eine angemessene konservative Therapie einzuleiten.

Toilettentagebuch

Das Toilettentagebuch enthält sowohl objektive als auch subjektive Anteile zur Erfassung einer Harninkontinenz und ermöglicht die Dokumentation des Ausscheidungs- und Trinkverhaltens eines Patienten. Es wird durch die Betroffenen, das Pflegepersonal oder die Angehörigen geführt und sollte sich möglichst über 2-3 Tage erstrecken.

Restharnbestimmung/Urinuntersuchung

Durch die Restharnbestimmung, kann eine mögliche Blasenentleerungsstörung (Überlaufblase/chronische Harnretention) ausgeschlossen werden. Ein Restharnvolumen über 200 ml ist als pathologisch anzusehen. Die Urin-(Schnelltest-)Diagnostik trägt zur Identifizierung von entzündlichen oder anderen Erkrankungen der Blase (z.B. Tumor) bei.

Erweiterte Diagnostik

Zusätzlich zur Basisdiagnostik können einige Betroffene von einer erweiterten urologischen, gynäkologischen oder aufwändigen apparativen Diagnostik profitieren. Die wichtigste Überlegung dabei ist, ob die möglichen Ergebnisse der erweiterten Abklärung das the-

rapeutische Vorgehen beeinflussen werden, da sie für gebrechliche Patienten einen erheblichen Aufwand bedeuten und häufig als unangenehm erlebt werden.

Management

Bei der Entwicklung eines Therapieplanes sollte beachtet werden, dass geriatrische Patienten im Hinblick auf Fähigkeiten, Präferenzen und Vorerfahrungen eine sehr heterogene Gruppe darstellen. Was für den einen Patienten eine angemessene und realistische Zielsetzung ist, kann für den anderen unangemessen und unrealistisch sein.

Behandlung der reversiblen Ursachen

Bei eingeschränkter Mobilität kann der Einsatz einer Urinflasche am Bett (geschlechtsspezifische Modelle), eines Toilettenstuhls oder leicht zu öffnende Kleidung die Situation verbessern. Wichtig ist die gezielte Verbesserung der funktionellen Fähigkeiten durch therapeutische Massnahmen. Akute Harnwegsinfektionen, ungenügende Blutzuckereinstellung oder Ödeme (z.B. bei Herzkrankung) bedürfen einer spezifischen Behandlung.

Toiletentraining

Toiletentraining, Biofeedback, Elektrostimulation und Beckenbodentraining zählen in der Therapie der Harninkontinenz zu den sogenannten Verhaltensinterventionen. Die drei letztgenannten setzen eine gute kognitive Funktion voraus. Toiletentraining, ist dabei die wichtigste und am häufigsten eingesetzte Massnahme. Es können 4 Varianten unterschieden werden:

- ▶ Festgelegte Entleerungszeiten: Pat. wird regelmässig (z.B. tags 2-3 stündlich) von Pflegeperson zur Toilette geführt.
- ▶ Individuelle Entleerungszeiten: Wie „festgelegte Zeiten“ aber mit individuell erstelltem Toilettenplan.
- ▶ Aufgeforderter Toilettengang: Pat. wird in regelmässigen Abständen (z.B. 2-stdl.) zum Toilettengang aufgefordert, aber nur zur Toilette begleitet, wenn gewünscht. Bei Erfolg wird Pat. verbal „belohnt“.
- ▶ Blasentraining: Pat. muss selbständig zu bestimmten Zeiten zur Toilette gehen, beginnt meist mit 1–2 stdl. Intervall. Pat. soll nur zu angegebenen Zeiten zur Toilette, wenn erfolgreich, Steigerung der Intervalle (z.B. um 30 Min.). Diese Form ist nur für funktionell unabhängige, kognitiv kompetente Betroffene geeignet.

Toiletentraining kann selbst bei funktionell schwer beeinträchtigten Betroffenen die Schwere der Harninkontinenz reduzieren (2). Toiletentraining bedeutet für das Pflegepersonal in der Regel einen höheren Zeitaufwand.

Vorteile des Toiletentrainings bei älteren Menschen:

- ▶ Wirksam bei Stress-, Drang-, "funktioneller" und gemischter Inkontinenz
- ▶ Nicht invasiv
- ▶ Bei vielen Patienten als initiale Therapie geeignet

TAB. 1 „DIAPPERS“ Reversible Ursachen der Harninkontinenz		
D	Delirium, Verwirrheitszustand	
I	Infektion	Akuter symptomatischer Harnwegsinfekt kann Inkontinenz verursachen
A	Atrophische Entzündung der Harnröhre oder Vagina	Östrogenmangelsyndrom bei Frauen, kann zu Drangsymptomen und Entzündungen beitragen
P	Pharmaka	Kontraktionsschwäche des Detrusors (Blasenmuskels) durch Anticholinergika, Antidepressiva, Neuroleptika, Opioide, Muskelrelaxantien Verstärkter Drang durch potente Diuretika Sedierung, Verwirrheitszustand durch Beruhigungsmittel, Sedativa
P	Psyche	Psychische Erkrankungen, z.B. eine schwere Depression, können in seltenen Fällen als Ursache einer Inkontinenz in Frage kommen.
E	Exzessive Urinproduktion	Übermässige Flüssigkeitszufuhr, Blutzuckerentgleisung, Zustände, die eine vermehrte nächtliche Urinausscheidung verursachen (Ödeme bei Herzkrankungen, venöse Insuffizienz), harntreibende Substanzen (u.a. koffeinhaltige Getränke, Alkohol)
R	Reduzierte Mobilität	Häufig verursacht durch beeinflussbare Ursachen wie Gelenkentzündungen, Frakturen, Schmerzen oder Angst vor Stürzen
S	Stuhlgangprobleme (Obstipation)	Kann zu Stuhl- und Harninkontinenz führen, die sich nach abführenden Massnahmen bessert

Quelle: Resnick 1995

Medikamentöse Therapie

Funktionell eingeschränkte und gebrechliche ältere Menschen mit Dranginkontinenz sprechen häufig nicht gut auf eine medikamentöse Behandlung mit antimuskarineren Pharmaka an. Dennoch gibt es immer wieder Patienten, die unter einer spezifischen anticholinergen Therapie, besonders in Kombination mit einem Toiletentraining, von einer erheblichen Besserung ihrer Inkontinenz berichten. Für die Therapie der Dranginkontinenz kann, gemäss der aktuellen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, der Einsatz der antimuskarineren Substanzen Darifenacin (Emselex®), Fesoterodin (Toviaz®), Solifenacin (Vesicare®), Tolterodin (Detrusitol®), Trospium (Spasmo-Urgenin®) und Oxybutynin (Kentera®) erwogen werden (5). Allerdings sollte auf häufige Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Harnretention, Schwindel, Sehstörungen und Obstipation, sowie seltener Verwirrheitszustände geachtet werden (4).

Für die medikamentöse Therapie der Überlauf- oder der Stress- (Belastungs-) Inkontinenz bei hochbetagten Menschen gibt es derzeit keine überzeugenden Empfehlungen (2, 4).

Chirurgische Behandlung

Die chirurgische Therapie der Harninkontinenz betagter inkontinenter Menschen kann bei Frauen mit Stress- (Belastungs-) Inkontinenz sinnvoll sein, wenn ein konservativer Therapieversuch nicht erfolgreich war oder wenn bei Patientinnen ein Prolaps der Organe des kleinen Beckens (z.B. Blase oder Uterus) vorliegt. Bei betagten

TAB. 2 Formen und Ursachen der Harninkontinenz gebrechlicher Menschen

Form	Beschreibung	Häufige Ursachen
Drang-Inkontinenz	Ungewollter Urinverlust (meist grössere, oft auch wechselnde Mengen) durch Unfähigkeit die Miktion hinauszuzögern, nachdem Harndrang empfunden wird.	Überaktivität des Detrusors isoliert oder im Zusammenhang mit einer oder mehreren der folgenden Ursachen: Lokale urogenitale Veränderungen wie Harnblasen-, Harnröhrenentzündung, Tumor, Steine, Abflusshindernisse; ZNS- Erkrankungen wie Schlaganfall, demenzielles Syndrom, Parkinson-Syndrom, Rückenmarkserkrankung
Stress- (Belastungs-) inkontinenz	Ungewollter Urinverlust (meist kleinere Mengen), der bei kurzzeitiger Erhöhung des Druckes im Bauchraum (z.B. durch Husten, Niesen, Lachen) auftritt.	Schwäche der Beckenbodenmuskulatur , die zu einer vermehrten Mobilität der Blase und der Harnröhre führt. Blasenhals- oder Sphinkterschwäche im Zusammenhang mit vorausgegangener Schädigung (z.B. Operation, schwere Geburt)
Überlaufinkontinenz*	Ungewollter Urinverlust (häufige, kleinere Mengen), der im Zusammenhang mit einer überdehnten Blase auftritt.	Anatomisches Abflusshindernis (z.B. vergrößerte Prostata, Harnröhrenverengung) Akontraktile Blase (schwacher Blasenmuskel/Detrusor) z.B. im Zusammenhang mit diabetischer autonomer Neuropathie, Rückenmarksverletzung oder Medikamentennebenwirkung

* Überlaufinkontinenz wird von der International Continence Society als „chronische Harnretention mit Inkontinenz“ bezeichnet.

nach Ouslander und Schnelle (6)

Männern ist bei Vorliegen eines anatomischen Abflusshindernisses (z.B. altersbedingte Prostatavergrößerung), das eine Blasenentleerungsstörung oder entsprechenden Leidensdruck verursacht, eine chirurgische Therapie häufig indiziert.

Inkontinenzhilfsmittel

Dem Einsatz von Hilfsmitteln im Management der Harninkontinenz ist eine überragende Bedeutung beizumessen, da bei den meisten geriatrischen Patienten keine Heilung im Sinne einer vollständigen Kontinenz erreicht wird. Durch Hilfsmittel (z.B. anatomisch geformte Vorlagen) kann Sicherheit im täglichen Leben für die Betroffenen wiederhergestellt und damit sozialer Verunsicherung und Isolierung wirksam begegnet werden.

Bei der Auswahl der Hilfsmittel sind Kriterien wie Ausscheidungsmenge, Zeitpunkt der Inkontinenz, Mobilität, Fingerfertigkeit, kognitive Fähigkeiten, anatomische Voraussetzungen und Hautbeschaffenheit zu beachten. Grundsätzlich gilt bei der Auswahl „so gross wie nötig, so sicher wie möglich“. Unabdingbar für eine sichere Versorgung ist die Anleitung der Betroffenen und gegebenenfalls ihrer Angehörigen in der Handhabung der Inkontinenz-Hilfsmittel. Sie sollte durch eine erfahrene Pflegekraft erfolgen.

Trotz effektiver Vorlagen sollten die Betroffenen die Möglichkeit haben, regelmässig eine Toilette aufzusuchen. Hilfsmittel sollen nicht aus Bequemlichkeit eingesetzt werden, da sie mit Abhängigkeit von fremder Hilfe einhergehen können. Blasenverweilkatheter werden bei betagten Menschen immer noch zu häufig in Krankenhäusern und Pflegeheimen eingesetzt. Sie verursachen oft Komplikationen. Deshalb ist ein „Dauerkatheter“ bei Harninkontinenz in der Regel nur im Rahmen einer Blasenentleerungsstörung („Überlaufblase“) und im Zusammenhang mit der Behandlung schwerer Hauterkrankungen im Genitalbereich angebracht.

PD Dr. med. Mathias H.-D. Pfisterer

Klinik für Geriatrie und Zentrum für Palliativmedizin
Agaplesion Elisabethenstift, Evangelisches Krankenhaus
Landgraf-Georg-Strasse 100, 64287 Darmstadt
pfisterer.mathias@eke-da.de

Literatur:

1. Pfisterer MH, Griffiths DJ, Schaefer W, Resnick NM. The effect of age on lower urinary tract function: a study in women. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54(3):405-412.
2. DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T, Palmer MH, Wagg A. Incontinence in the frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. *NeuroUrol Urodyn* 2010; 29(1):165-178.
3. Resnick NM. Urinary incontinence. *Lancet* 1995; 346(8967):94-99.
4. Thirugnanasothy S. Managing urinary incontinence in older people. *BMJ* 2010; 341:c3835.
5. Albers C, Bojack B, Heckmann J, Kirschner-Herrmanns R, Kümmerle S, Müller H et al. DGG-Leitlinie Harninkontinenz der Deutschen Gesellschaft Geriatrie. *European Journal of Geriatrics* 2005; 7:1-44.
6. Ouslander JG, Schnelle JF. Incontinence in the Nursing Home. *Ann Intern Med* 1995; 122(6):438-449.

Take-Home Message

- ◆ Bei der Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz im Alter gilt es, vor allem reversible Ursachen zu erkennen und zu behandeln.
- ◆ Die häufigste Form der Harninkontinenz im Alter ist die Dranginkontinenz.
- ◆ Toilettentraining kann selbst bei funktionell schwer beeinträchtigten Betroffenen die Schwere der Harninkontinenz reduzieren.
- ◆ Gebrechliche und funktionell eingeschränkte ältere Menschen mit Dranginkontinenz sprechen häufig nicht gut auf eine medikamentöse Therapie an. Ein Therapieversuch mit antimuskarinen Substanzen kann in Kombination mit einem Toilettentraining erwogen werden.
- ◆ Unabdingbar für eine sichere Versorgung inkontinenter Menschen ist die Anleitung der Betroffenen und der sie Pflegenden in der Handhabung von Inkontinenz-Hilfsmitteln.