

Harninkontinenz im Alter

Zuletzt revidiert: 25. Nov. 2024

Zuletzt revidiert von: [Bonnie Stahn](#)

Ausdruck von DEXIMED, 12. Dez. 2024 - gedruckt von Daniel Mueller

Definition:

Unwillkürlicher Harnabgang.

Häufigkeit:

Über 80 % der multimorbidien, geriatrischen Patient*innen. Männer sind seltener betroffen.

Symptome:

Unterteilung in Stressinkontinenz, Überlaufinkontinenz sowie überaktive Blase.

Befunde:

Bei Stressinkontinenz Urinabgang bei Belastung, bei Überlaufinkontinenz unbemerkt Urinabgang, bei überaktiver Blase ständiger Harndrang.

Diagnostik:

Anamnese, körperliche und Urinuntersuchung sowie Miktionstagebuch und sonografische Restharnbestimmung.

Therapie:

Abhängig von der Art der Inkontinenz spezifische konservative Therapie, ggf. mit medikamentöser Unterstützung.

Allgemeine Informationen

Diagnostik

Diagnostische Kriterien

- Symptomfragebögen können Hinweise auf eine vorliegende Harninkontinenzform liefern. ⁴
- Zusätzlich zur strukturierten Anamneseerhebung bietet ein validiertes Assessment den Vorteil der Vollständigkeit, standardisierten Terminologie, Vergleichbarkeit im zeitlichen Verlauf und Unabhängigkeit von der Untersucher*in (Validität und Reliabilität). ⁴
 - In der Langfassung der aktuellen Leitlinie  werden exemplarisch 14 validierte Fragebögen mit entsprechender Verlinkung genannt (S. 29–32).

Anamnese

Ein unterdiagnostiziertes Problem

- Eine gezielte Anamnese ist wichtig, da Harninkontinenz meist ein Tabuthema ist und oft nicht aktiv von den Betroffenen geäußert wird.⁴

Typische Symptome

- Bei älteren Menschen kommt häufig eine Mischung aus Stressinkontinenz und überaktiver Blase vor.
- **Stress-/Belastungssinkontinenz**
 - Charakterisiert durch Harnverlust bei Husten, Niesen und anderen Aktivitäten, die den intraabdominalen Druck erhöhen.
 - oft nur geringe Mengen Harnverlust
- **Überaktive Blase** (früher Dranginkontinenz)
 - Charakterisiert durch plötzlichen starken Harndrang, der häufig zu Harnverlust führt.
 - oft größere Harnmengen
- Chronische Harnretention mit Harninkontinenz/Überlaufinkontinenz
 - Typisches Symptom ist Harnträufeln ohne spürbaren Harndrang.
 - Mögliche Ursachen sind entweder Obstruktion (z. B. **Prostatahyperplasie**) oder bei fehlender Obstruktion:
 - Altersumbauvorgänge der Harnblase
 - neurogene Schäden (z. B. im Rahmen einer diabetischen Zystopathie oder einer intestinalen **Polyneuropathie**)
 - Nebenwirkungen von Medikamenten, die die Detrusorkontraktilität herabsetzen und eine Restharnbildung begünstigen.⁴
- Oft ist eine Inkontinenz mit einer Darmfunktionsstörung vergesellschaftet, insbesondere eine übermäßige Stuhlfüllung des Rektums kann die Blasenkapazität verkleinern und eine Inkontinenzsymptomatik verstärken.⁴

Leitlinie: Basisdiagnostik bei geriatrischen Patient*innen⁴

- Ausführliche Anamnese mit gezielter Erfassung von:
 - Ausmaß der Harninkontinenz
 - Miktionsfrequenz am Tag
 - Miktionsfrequenz in der Nacht
 - Miktionsmenge
 - Inkontinenzmenge und -häufigkeit

- Körperhaltung während der Miktion
- Startschwierigkeiten
- Harnstrahlqualität
- kontinuierlicher/intermittierender Miktionsverlauf
- Einsatz der Bauchpresse
- Dysurie/Algurie
- Hämaturie
- Art der Inkontinenz (Stressinkontinenz, überaktive Blase, Überlaufinkontinenz bei chronischer Harnretention)
 - zeitliche und tätigkeitsbezogene Zuordnung
- Leidensdruck
- persönliche Lebenssituation (Sozialanamnese)
- Funktionseinschränkungen
 - mentale und körperliche Leistungsfähigkeit
- Komorbiditäten
 - Erkrankungen mit potenzieller Auswirkung auf den unteren Harntrakt (z. B. Diabetes mellitus, Z. n. Apoplex, Arteriosklerose, M. Parkinson, Enzephalitiden, Rückenmarksläsionen, Demenz, Radiatio, Depression, andere psychische Erkrankungen)
- Operationen
 - Eingriffe im kleinen Becken können durch Denervierung oder Verletzung des unteren Harntraktes die Ursache sowohl für Harnblasenentleerungsstörungen als auch für eine Harnspeicherstörung darstellen.
- gynäkologische Anamnese
 - einschließlich der Anzahl und Art der Geburten und Schwangerschaften bzw. mögliche Komplikationen
- Sexualanamnese
 - Hinweise z. B. auf ein Östrogendefizit (bei Dyspareunie), neurologische Störungen oder Stoffwechselkrankheiten (bei erktiler Dysfunktion)
- aktuelle Medikamenteneinnahme
- Stuhlanamnese
 - u. a. Frequenz, Vorwarnzeit, Inkontinenz, Entleerungsschwierigkeiten
 - Blasenentleerungsstörungen und Harninkontinenz sind oft mit einer Defäkationsstörung vergesellschaftet.
 - Stuhlmassen im Rektum können die Blasenentleerung erschweren, die Blasenkapazität verkleinern und damit eine Inkontinenzsymptomatik hervorrufen.

- Obstipation kann durch eine reduzierte Trinkmenge und Immobilität verstärkt werden, ständiges Pressen bei der Defäkation kann den Beckenboden schwächen.
- Trinkanamnese
 - Trinkmenge und Zeit – auch unter Berücksichtigung der Schlafzeit
- bisherige Therapie der Inkontinenz
 - vorausgegangene Therapieversuche und Angaben über den bisherigen Gebrauch an Hilfsmitteln
- Klinische Untersuchung
 - Untersuchung des äußeren Genitales (Atrophien? Fisteln? Senkungen? Hautbeschaffenheit?)
 - rektale Untersuchung (Sphinktertonus, Prostata bei Männern)
 - neurologische Untersuchung, insbesondere Dermatom S2–S5 (Reithosenanästhesie)
 - Einschätzung mentaler und physischer Leistungsfähigkeit
 - Stresstest zur Objektivierung von unwillkürlichen Urinverlust (optional)
 - Patient*in bei gefüllter Blase husten und/oder pressen lassen.
 - Falls Urin abgeht: Stresstest positiv.
 - Ggf. den Stresstest im Stehen wiederholen.
 - Vorlagenwiegetest (optional)
 - Objektivierung und Quantifizierung des Harnverlustes besonders im Hinblick auf den Therapieverlauf
 - Gewichtsdifferenz zwischen den nassen Windeln/Vorlagen eines Tages oder einer Nacht zum Trockengewicht der gleichen Anzahl von Windeln und Vorlagen
- Urinuntersuchung
 - Infektausschluss mittels Teststreifen im Rahmen der Erstuntersuchung
 - Mikrohämaturie abklärungsbedürftig (Tumoren, Steine)
- Miktionsstagebuch
 - an 2–3 Tagen über 24 h
 - ggf. durch Unterstützung der Angehörigen bzw. des medizinischen Personals
 - Erfassung von:
 - Miktionsfrequenz
 - Miktionsvolumen
 - Häufigkeit des Harnverlustes

- Harndranggefühl
- Vorlagenverbrauch
- Trinkmenge
- Schlaf-Wach-Rhythmus
- Sonografische Restharnbestimmung
 - Bei etwa 1/3 der älteren Patient*innen eingeschränkte Kontraktionsfähigkeit des Detrusors, was zu relevantem Restharn führen kann.
 - hierdurch erhöhtes Infektionsrisiko und erhöhte Miktionssfrequenz
 - Die Sonografie sollte sowohl den unteren als auch den oberen Harntrakt erfassen.

Ergänzende Untersuchungen in der Hausarztpraxis

- Der gesamte Abschnitt basiert auf dieser Referenz. ⁴
- Labor
 - Serumkreatinin
 - zur Abklärung einer Überlaufinkontinenz
 - zur Abschätzung des Ausmaßes der Schädigung bzw. der Rehabilitationsfähigkeit der oberen Harnwege
 - Serumnatrium
 - zur Abklärung einer möglichen zu Inkontinenz führenden **Hyponatriämie** – nicht selten infolge einer Behandlung mit Thiazid -Diuretika und/oder Antidepressiva  oder Antikonvulsiva
 - PSA-Wert
 - bei V. a. prostatabedingte Miktionssbeschwerden

Diagnostik bei Spezialist*innen

- Der gesamte Abschnitt basiert auf dieser Referenz. ⁴
- Invasive Diagnoseverfahren sollten bei geriatrischen Patient*innen nur in Ausnahmefällen zur Anwendung kommen.
- Perinealsonografie
 - Konfiguration des Blasenhalses in Ruhe und unter Stressbedingungen
 - bei V. a. **Stressinkontinenz**
- Urethrozystoskopie

- bei V. a. intravesikale Raumforderungen
- Urodynamische Untersuchung
 - Der Stellenwert im Hinblick auf die Vorhersage des Therapieerfolges ist umstritten, sollte jedoch bei geriatrischen Patient*innen erwogen werden.
 - bei Therapieversagen
 - vor jeder geplanten operativen Intervention
 - bei komplexer Vorgeschichte, insbesondere bei neurologischen Erkrankungen
 - Ziel
 - Objektivierung der Symptome
 - Quantifizierung der Fehlfunktionen des unteren Harntraktes
 - Risikoabschätzung im Hinblick auf die Prävention von Schäden des oberen Harntraktes bei neurogenen Blasenstörungen

Indikationen zur Überweisung

- Bei persistierender **Mikrohämaturie** weitere Abklärung durch Urolog*in
 - Patient*innen, die mehr als ein halbes Jahr ohne Besserung behandelt wurde, sollten ebenfalls zur Urologie überwiesen werden.
-

Therapie

Therapieziele

- Auslösende oder provozierende Faktoren (insbes. Medikamenten Nebenwirkungen) identifizieren und korrigieren.
- Lebensqualität verbessern.
 - Kontrolle über die Beschwerden
 - Inkontinenzepisoden verringern.

Allgemeines zur Therapie

- Die Inkontinenz abhängig von ihrer Ursache und angepasst an den subjektiven Leidensdruck behandeln.
- Es ist sinnvoll, die betroffenen geriatrischen Patient*innen zunächst empirisch konservativ zu behandeln.⁴
- Invasive Operationsverfahren sollten bei geriatrischen Patient*innen nur

Leitlinie: Konservative Therapiemaßnahmen ⁴

- Verhaltensintervention
 - Empfehlung einer Gewichtsreduktion kann bei stark übergewichtigen, eher jüngeren Frauen mit Harninkontinenz in Erwägung gezogen werden.
 - Reduzierung der Koffeinzufuhr auf maximal 200 mg pro Tag (2 Tassen Kaffee)
 - Regulation einer Obstipation
 - Möglicher Zusammenhang zwischen Rauchen und Inkontinenz, daher Rauchstopp ansprechen.
- Toilettentraining
 - bei überaktiver Blase und Stressinkontinenz
 - kontraindiziert bei Überlaufinkontinenz
 - besonders bei mobilen, kognitiv nicht eingeschränkten geriatrischen Patient*innen effektiv
- Physiotherapie
 - Beckenbodentraining der willkürlichen periurethralen und paravaginalen Muskeln
 - Biofeedback
 - Elektrostimulation mit nichtimplantierten Elektroden
 - Bei geriatrischen Patient*innen, die ein aktives Beckenbodentraining primär nicht durchführen können.
 - Erfolgt nur in Ausnahmefällen.
- Hilfsmittel
 - körpernahe Hilfsmittel
 - Aufsaugende Vorlagen sind eine noninvasive und nahezu nebenwirkungsfreie Therapiemöglichkeit.
 - Kondom-Urinale als Alternative für männliche Patienten mit ausreichender Penislänge
 - körperferne Hilfsmittel
 - keine Studien zu Urinflaschen verfügbar
 - Urinflaschen besitzen jedoch gerade bei Männern große Bedeutung.
 - Umgebungsanpassung
 - Es existieren keine kontrollierten Studien.
 - Anpassung im Rahmen eines diagnostischen Hausbesuchs sinnvoll
 - Toilettensitzerhöhung

- Haltegriffe
- Toilettenstuhl
- Gehhilfen
- Beleuchtung
- Anpassung der Kleidung (Anti-Rutsch-Socken, Klettverschluss)
- Qualifizierte Pflegekräfte, die strukturiert im Umgang mit Inkontinenz ausgebildet wurden.

Medikamentöse Therapie verschiedener Inkontinenzformen

Überaktive Blase

- Anticholinergika [5](#) können bei älteren Patient*innen den unfreiwilligen Urinverlust um die Hälfte reduzieren. [5](#)
- Der Wirkmechanismus ist die Reduktion der Aktivität des Detrusors.
 - **Cave:** potenzielle Nebenwirkungen!
 - Störungen der Kognition bis zur Verwirrtheit, Glaukom, Mundtrockenheit, Delirinduktion, Tachykardien, Übelkeit und Verstopfung schränken die Anwendbarkeit von Anticholinergika [5](#) deutlich ein und sollten als mögliche Kontraindikationen vor der Therapieeinleitung überprüft werden. [4](#)
 - Bei Einnahme starker CYP3A4-Inhibitoren (Protease-Hemmstoffe, Ketoconazol [5](#) oder Itraconazol [5](#)) sind viele Anticholinergika [5](#) kontraindiziert bzw. eine Dosisreduktion notwendig.
 - Bei einem Einsatz von Anticholinergika [5](#) sollte eine sorgfältige Überwachung der Therapie erfolgen (insbes. Restharnbestimmung). [4](#)
 - Kontraindikationen sind mechanische Störungen der Magen-Darm-Passage, **Glaukom**, Herzrhythmusstörungen, **Myasthenia gravis** und bekannte Restharnbildung. [4](#)
- Verfügbare Substanzen laut Leitlinie (Dosierung jeweils der Fachinformation entnommen) [4](#)
 - Oxybutynin [6](#) als Medikament der ersten Wahl; relevante Vorteile der übrigen, teureren Substanzen konnten nicht belegt werden.
 - Initialdosis 2 x/d 2,5 mg oral
 - Steigerung auf 5 mg 2 x/d möglich

- alternativ als – allerdings erheblich teureres – Pflaster
3,9 mg/24 h, Wechsel alle 3–4 Tage ⁷
- Alle Anticholinergika  können die Kognition verschlechtern. Spezifische diesbezügliche Vorteile einzelner Substanzen konnten nicht belegt werden. ⁴
- Darifenacin  7
 - Initialdosis 7,5 mg 1 x/d oral
 - Steigerung auf 15 mg 1 x/d möglich
 - Kontraindikation u. a. bei gleichzeitiger Anwendung von starken CYP3A4-Hemmern
- Fesoterodin  8
 - Initialdosis 4 mg 1 x/d oral
 - Steigerung auf 8 mg 1 x/d möglich (Tageshöchstdosis)
 - Kontraindikation u. a. bei gleichzeitiger Anwendung von starken CYP3A4-Hemmern (s. o.) bei Patient*innen mit mäßiger bis schwerer Einschränkung der Leber- oder Nierenfunktion
- Propiverin  9
 - Initialdosis 15 mg 2 x/d oral
 - Steigerung auf 15 mg 3 x/d möglich (Tageshöchstdosis)
 - Kontraindikationen u. a. Tachyarrhythmien und moderate bis schwere Leberfunktionsstörungen
- Solifenacin  10
 - 5 mg 1 x/d oral
 - Steigerung auf 10 mg 1 x/d möglich
 - Kontraindikation u. a. bei Einnahme starker CYP3A4-Inhibitoren (s. o.)
- Tolterodin  11
 - 2 mg 2 x/d oral
 - Reduktion auf 1 mg 2 x/d bei Unverträglichkeiten oder GFR < 30
- Trospiumchlorid  12
 - 20 mg 2 x/d oral
 - Reduktion auf 20 mg 1 x/d bei GFR < 30
- Mirabegron 
 - nicht-anticholinriger Wirkmechanismus
 - Zulassungsstudien zeigen eine signifikante Reduktion von Inkontinenzepisoden gegenüber Placebo. ⁴
 - Ein Zusatznutzen von Mirabegron  konnte beim Zulassungsverfahren nach dem AMNOG

(Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) nicht belegt werden. Es kommt nur infrage bei Patient*innen mit subjektiv störenden oder potenziell gefährdenden anticholinergen Nebenwirkungen oder Kontraindikationen.⁴

- Ebenso kann bei nicht ausreichender Wirkung die Kombination beider Wirkstoffgruppen erwogen werden.
- Gefahr der Auslösung oder Verschlimmerung einer [arteriellen Hypertonie](#)
 - nur bei gut eingestellten Patient*innen oder solchen ohne Hypertonie unter fortwährender Blutdruckkontrolle
 - Dosisempfehlung 50 mg 1 x/d¹³
 - Dosisreduktion bei Nierenfunktionseinschränkung oder Einnahme starker CYP3A4-Inhibitoren
- Injektionen mit Botulinumtoxin [☒](#) stellen eine operative, hochwirksame Maßnahme mit limitierter Invasivität in Fällen einer therapierefraktären überaktiven Blase dar.⁴
 - als Reserveverfahren auch bei geriatrischen Patient*innen möglich
 - Dosierungsschemata und Injektionstechnik sind nicht standardisiert und unterscheiden sich je nach angewandtem Präparat.⁴

Stressinkontinenz

- Duloxetin [☒](#)
 - wirksam in der Reduktion von Inkontinenzepisoden bei mittelschwerer Belastungskontinenz funktionell nicht eingeschränkter, gesunder Frauen im Alter zwischen 20 und 85 Jahren⁴
 - Daten bei multimorbidem, hochbetagten Patientinnen liegen nicht vor.
 - effektive Dosen in randomisierten Studien waren 40 mg 2 x/d oral.⁴
 - ausschleichendes Beenden der Medikation
 - **Cave:** Hohe Nebenwirkungsrate (u. a. Übelkeit) bei eher geringem Therapieeffekt, sodass eine kritische Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen sollte, insbesondere bei Patientinnen mit psychischen Komorbiditäten (erhöhtes Risiko für [Suizidalität](#)).¹⁴
- Eine Kombination der Gabe von Duloxetin [☒](#) mit Beckenbodentraining ist vermutlich der alleinigen medikamentösen Therapie überlegen.⁴

Chronische Harnretention mit Überlaufinkontinenz

- Falls medikamentös bedingt:
 - Verursachendes Medikament absetzen oder die Dosis reduzieren.

- Alpharezeptorenblocker
 - Senkung des Blasenauslasswiderstands, sowohl bei Männern als auch Frauen ⁴
 - Nach **Harnverhalt** und Katheterisierung sollte ein Alpharezeptorenblocker-unterstützter Katheterauslassversuch unternommen werden, um die Spontanmiktion wieder zu restituieren. ⁴
- Parasympathomimetika (Bethanechol, Distigminbromid) bei Detrusoratonie
 - Die Einsatzmöglichkeiten sind wegen der bestehenden Kontraindikationen wie **Asthma bronchiale**, **Myokardinfarkt**, dekompensierte **Herzinsuffizienz**, **Hyperthyreose**, Ulcus ventriculi, **Epilepsie** und **Morbus Parkinson**, bei denen eine vagale Stimulation unerwünscht ist, bei geriatrischen Patient*innen beschränkt. ⁴
- Ggf. ist eine intermittierende Katheterisierung notwendig.

Allgemeines

- Eine symptomatische Therapie aller Harninkontinenzformen ist mit der Gabe von einem synthetischen antidiuretischen Hormon (DDAVP, Desmopressin) denkbar. ⁴
 - Diese Therapie zeigt insbesondere auch Wirkung gegen **Nykturie**.
 - **Cave:** hämostyptische Eigenschaften (Ischämien) sowie Nebenwirkung der **Hyponatriämie!**

Formen des Toilettentrainings

- Der gesamte Abschnitt basiert auf dieser Referenz. ⁴
- Blasentraining (Bladder Drill)
 - Betroffene sollen selbstständig zu bestimmten Zeiten zur Toilette gehen.
 - Beginnt meist mit 1- bis 2-stündlichen Intervallen.
 - wenn erfolgreich, allmähliche Steigerung der Intervalle (z. B. um 30 Minuten)
 - Angestrebt werden 3- bis 4-stündliche Intervalle.
 - Voraussetzung
 - Systematische Fähigkeit, die Miktion zu verzögern durch Unterdrückung des Harndranges.
 - Kognitiv kompetente, motivierte, lernfähige Betroffene, die ein Miktionsprotokoll selbst führen können.
 - hohes Maß an Eigeninitiative
 - Fähigkeit, Toilette selbstständig oder mit Hilfe aufzusuchen.

- nicht empfohlen bei organischer Gehirnerkrankung
- Das Blasentraining ist fast so effektiv wie eine medikamentöse Behandlung.
- Die meisten Patient*innen, die auf diese Weise tagsüber kontinent werden, erreichen dies auch in der Nacht.
- Angebotener Toilettengang (Prompted Voiding)
 - Vorgehensweise
 - In regelmäßigen Abständen (z. B. alle 2 Stunden) wird durch die Frage: „Nass oder trocken?“ die Aufmerksamkeit der Betroffenen auf die Blase gelenkt.
 - Überprüfen Sie, ob nass oder trocken, und geben Sie Rückmeldung.
 - Bieten Sie anschließend einen Toilettengang an und ermuntern Sie bis zu 3-mal dazu, wenn die Patientin/der Patient dies initial ablehnt.
 - Zur Toilette wird nur begleitet, wenn dies gewünscht bzw. nicht abgelehnt wird.
 - Bei erfolgreichem Toilettengang oder wenn trocken: Geben Sie eine positive verbale Rückmeldung.
 - Bieten Sie Getränke an.
 - Nennen Sie den Zeitpunkt des nächsten Toilettenganges mit der Aufforderung, die nächste Miktion bis dahin zu verzögern.
 - Kommt infrage bei nicht ausreichenden kognitiven Fähigkeiten für komplexere Verhaltensinterventionen.
 - Voraussetzungen
 - Funktionell fähige Patient*innen, die die Toilette/den Toilettenstuhl nutzen können.
 - Fähigkeit, Harndrang zu verspüren und auf die Aufforderung zum Toilettengang zu reagieren.
 - motivierte Pflegeperson
- Festgelegte Entleerungszeiten (Timed Voiding, Scheduled Toiletting)
 - Die Betroffenen werden regelmäßig nach einem festen Zeitplan (z. B. tagsüber alle 2 Stunden) von einer Pflegeperson zur Toilette begleitet.
 - Kommt infrage bei kognitiv eingeschränkten Betroffenen, funktionell abhängigen Betroffenen.
 - Vorteil: Einfach für die Pflegenden umzusetzen.
 - Voraussetzung: Motivierte Pflegeperson vorhanden.
 - Für Patient*innen empfohlen, die nicht selbstständig zur Toilette gehen können.
- Individuelle Entleerungszeiten (Habit Training)

- wie „Festgelegte Entleerungszeiten“, jedoch mit individuell erstelltem Toilettenplan
- Kommt infrage bei kognitiv eingeschränkten Betroffenen, funktionell abhängigen Betroffenen.
- Vorteil: Einfach für die Pflegenden umzusetzen.
- Voraussetzung: Motivierte Pflegeperson vorhanden, und ein Miktionsmuster kann festgestellt werden.
- Für Patient*innen zu empfehlen, bei denen ein Miktionsmuster festgestellt werden kann.

Instrumentelle Harnblasen-Langzeitdrainage

- Die Indikation für die Anlage eines Harnblasenkatheters ist primär die Blasenentleerungsstörung und nicht die Harninkontinenz.⁴
- 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.⁴
- Sofern Harnblasen-Langzeitdrainage unumgänglich, sollte besonders bei männlichen Patienten der suprapubischen Katheterdrainage der Vorzug gegeben werden.⁴

Verlauf, Komplikationen und Prognose

Verlauf

- Ist oft ein wachsendes Problem mit zunehmendem Alter.

Komplikationen

- Soziale Isolation
- Dermatitis und Infektionen im Genitalbereich
- **Stürze** und Schlafstörungen bei **Nykturie**
- **Depression**

Prognose

- Durch einfache Therapiemaßnahmen sind in der Regel gute Erfolge zu erzielen.¹
-

Verlaufskontrolle

- Erstellen Sie nach individueller Beurteilung der Betroffenen einen Behandlungsplan.
- Nicht alle Ärzt*innen haben Erfahrungen mit allen Maßnahmen, sollten aber die Behandlung koordinieren (gleichgültig, ob die Patient*innen zu Hause, bei Physiotherapeut*innen oder fachärztlich behandelt werden).
 - Eine Adressenliste der interdisziplinären Kontinenz- und Beckenboden-Zentren in Deutschland ist auf der Homepage der Deutschen Kontinenz Gesellschaft [↗](#) zu finden.

Patienteninformationen

Worüber sollten Sie die Patient*innen informieren?

- Über Hilfsmittel
- Über konservative und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

Weitere Informationen

- Deutsche Kontinenz Gesellschaft: Toiletten- und Trinkprotokolle [↗](#)
-

Quellen

Leitlinien

- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG). S2k-Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten - Diagnostik und Therapie. AWMF-Leitlinie Nr. 084-001, Stand 2024. register.awmf.org [↗](#)

Literatur

1. Vasavada SP. Urinary Incontinence. Medscape, Stand 5/2023
emedicine.medscape.com [↗](#)
2. Junius-Walker U, Wrede J, Schleef T, et al. What is important, what needs treating? How GPs perceive older patients' multiple health problems: a mixed method research study. BMC Research Notes 2012;5:443.

3. Talasz H. Harninkontinenz geriatrischer Patientinnen. Z Gerontol Geriat 2014; 47: 57-68.
doi.org [\[link\]](#)
4. Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG). S2k-Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten - Diagnostik und Therapie. AWMF-Leitlinie Nr. 084-001, Stand 2024.
register.awmf.org [\[link\]](#)
5. Samuelsson E, Odeberg J, Stenzelius K, et al. Effect of pharmacological treatment for urinary incontinence in the elderly and frail elderly: A systematic review. Geriatr Gerontol Int 2015; 15: 521-34.
doi:10.1111/ggi.12451
onlinelibrary.wiley.com [\[link\]](#)
6. Fachinformation Oxybutynin Stadapharm. Stand März 2023. Letzter Zugriff 17.11.2024.
fachinformation.srz.de [\[link\]](#)
7. Fachinformation Darifenacin Aristo. Stand 1/2022. Letzter Zugriff 17.11.2024.
fachinformation.srz.de [\[link\]](#)
8. Fachinformation Fesoterodin Aristo. Stand: 4/2024 Letzter Zugriff 17.11.2024
fachinformation.srz.de [\[link\]](#)
9. Fachinformation Propiverin Aristo: Stand: 4/2022, Letzter Zugriff: 17.11.2024
fachinformation.srz.de [\[link\]](#)
10. Fachinformation Solifenacin AAA-Pharma. Stand 10/2021. Letzter Zugriff 17.11.2024
www.fachinfo.de [\[link\]](#)
11. Fachinformation Tolterodin Ratiopharm, Stand 8/2020. Letzter Zugriff 17.11.2024
www.fachinfo.de [\[link\]](#)
12. Fachinformation Trospiumchlorid Aristo. Stand 9/2018. Letzter Zugriff 17.11.2024
fachinformation.srz.de [\[link\]](#)
13. Fachinformation Betmiga Astellas Pharma. Stand 8/2024 Letzter Zugriff 17.11.2024
www.fachinfo.de [\[link\]](#)
14. Deutsches Ärzteblatt. Belastungskontinenz: Duloxetin ist nur für psychisch gesunde Patienten geeignet (22. November 2016).
www.aerzteblatt.de [\[link\]](#)

- Bonnie Stahn, Dr. med., Fachärztin für Allgemeinmedizin, Hamburg
- Lino Witte, Dr. med., Arzt in Weiterbildung Innere Medizin, Frankfurt
- Günther Egidi, Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, Bremen (Review)

Frühere Autor*innen

- Die ursprüngliche Version dieses Artikels basiert auf einem entsprechenden Artikel im norwegischen hausärztlichen Online-Handbuch Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL).