



Tabuthema Harninkontinenz

Was tun bei Blasenschwäche?

DD | Harninkontinenz gehört zu den Themen, die trotz ihrer großen Relevanz aus Scham oft unter den Teppich gekehrt werden. Deutlich wird dies bereits, wenn man versucht, Daten zur Prävalenz der Inkontinenz zu finden. So beruhen viele Datenerhebungen auf Befragungen und es wird geschätzt, dass die Dunkelziffer deutlich höher liegt. Im folgenden Artikel soll ein wenig Licht ins Dunkel gebracht werden: Welche Formen der Inkontinenz gibt es und wie können sie therapiert werden?

Als Harninkontinenz wird ein unfreiwilliger Urinabgang jeglicher Art bezeichnet. Je nach Ausprägung und Ursache unterscheidet man jedoch zwischen verschiedenen Inkontinenzarten (siehe Abb.).

Bei der früher als Stressinkontinenz bezeichneten **Belastungsinkontinenz** kommt es zu einem unwillkürlichen Urinverlust bei körperlich anstrengenden Alltagsaktivitäten, ohne dass vorher ein Harndrang empfunden wurde. Dazu gehören beispielsweise Husten, Niesen und Sport. Grund für den ungewollten Urinverlust ist eine Schwäche des Beckenbodens bzw. des Schließmuskels, sodass bei einem physischen Druck auf die Blase der Urin nicht eingehalten werden kann. Auch wenn sowohl Männer als auch Frauen von einer

Belastungsinkontinenz betroffen sein können, leiden an ihr häufiger Frauen, auch im jungen Alter. Grund dafür ist u. a. die mögliche Senkung von Blase, Vagina und Gebärmutter nach einer Geburt. Aber auch hormonelle Veränderungen während der Wechseljahre, genetische Veranlagungen und Bindegewebsschwächen können zu einer Belastungsinkontinenz führen.^{1,2}

Im Gegensatz zur Belastungsinkontinenz empfinden Betroffene bei der **Dranginkontinenz** einen besonders starken plötzlichen Harndrang (imperativer Harndrang) und verlieren ungewollt Urin, bevor sie eine Toilette aufsuchen können. Bei der Dranginkontinenz handelt es sich um die häufigste Inkontinenzform, die auch wieder mehr Frauen als Männer betrifft, wobei unter ihr vor allem ältere Menschen leiden. Ausgelöst wird sie durch ein Ungleichgewicht zwischen hemmenden und stimulierenden Nervenimpulsen, die für die Blasenentleerung verantwortlich sind. Als Folge kommt es entweder zu einem plötzlichen und heftigen Zusammenziehen der Blasenmuskulatur (motorische Dranginkontinenz oder überaktive Blase) oder zu einer Fehlkommunikation zwischen Gehirn und Blase. Bei letzterer wird dem Gehirn ein falscher Füllstand der Blase vermittelt und der Befehl zur Entleerung einer nicht gefüllten Blase gegeben (sensorische Dranginkontinenz oder überemp-

findliche Blase). Das Ungleichgewicht der Nervenimpulse kann unterschiedliche Gründe haben. So können Nervenerkrankungen wie Multiple Sklerose oder Parkinson, aber auch Verletzungen des Rückens oder des Rückenmarks sowie Erkrankungen der Harnblase zu den fehlgesteuerten Impulsen führen.^{1,3}

Tritt neben Drangbeschwerden auch ein unfreiwilliger Harnverlust bei körperlicher Belastung auf, spricht man von einer **Mischharninkontinenz**. Sie tritt vor allem bei Frauen über 55 Jahre auf und wird zumeist als belastender als eine reine Drang- oder Belastungsinkontinenz empfunden.

Bei der **Überlaufinkontinenz** ist die betroffene Person hingegen nicht in der Lage, die Blase kontrolliert vollständig zu entleeren. Es kann während des Toilettengangs somit nur eine geringe Urinmenge abgegeben werden, wodurch der Druck in der Blase steigt und es zu einem kontinuierlichen leichten Harnabgang kommt. Streng genommen handelt es sich dabei nicht um eine Harninkontinenz, sondern vielmehr um eine Entleerungsstörung. Im Gegensatz zur Drang-, Belastungs- und Mischharninkontinenz tritt die Überlaufinkontinenz vor allem bei Männern auf. Grund dafür ist oft eine vergrößerte Prostata, die den Harnleiter einengt, oder ein Prostatatumor, der den Urinablauf verhindert. Wird – wie in diesen Fällen – der Harnabgang durch ein Hindernis bzw. eine Verengung verhindert, spricht man von einer obstruktiven Überlaufinkontinenz. Ist hingegen ein zu schwacher Blasenmuskel ursächlich für die

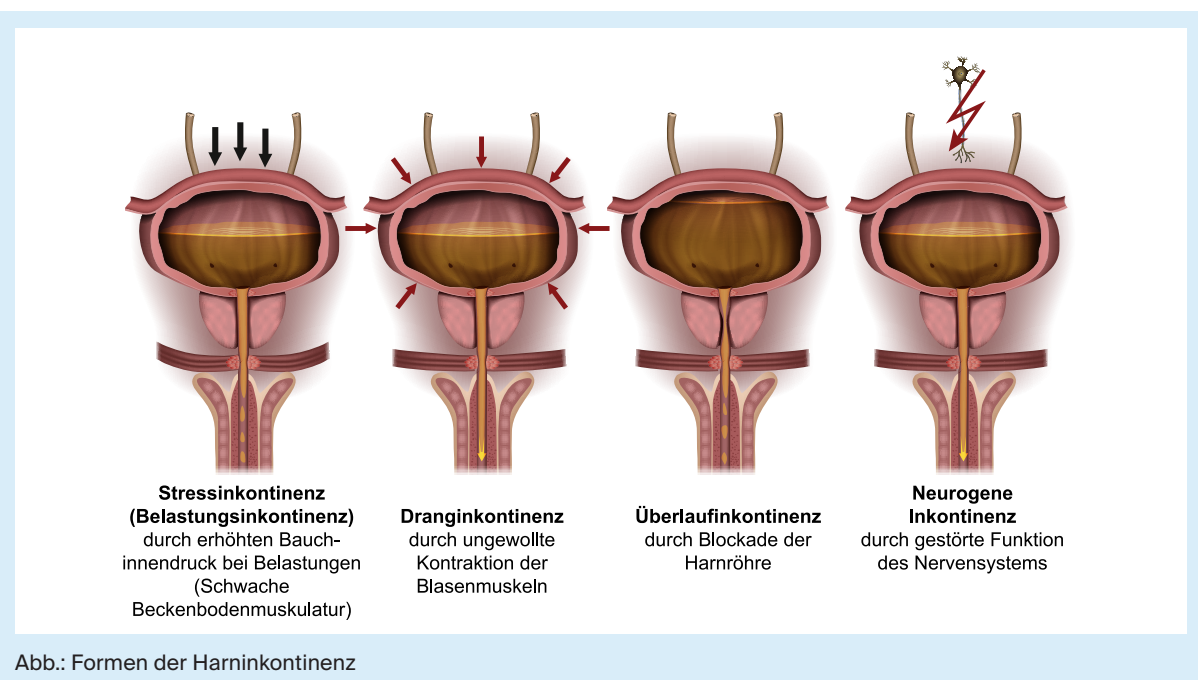
unvollständige Blasenentleerung, handelt es sich um eine funktionelle Überlaufinkontinenz. Letztere tritt vor allem bei Frauen auf, meist als Folge einer neurologischen Erkrankung wie Demenz, Parkinson oder Multipler Sklerose.^{1,4}

Eine Inkontinenz kann darüber hinaus auch durch neurologische Defekte verursacht werden. Bei so einer **neurogenen Inkontinenz** führt ein neurogener Defekt wie ein Schlaganfall oder eine Querschnittslähmung zu einem Kontrollverlust über die Blasenaktivität. Als Folge kann es beispielsweise zu einem häufigen bis ständigen unangenehmen Harndranggefühl (Detrusor-überaktivität), einem häufig unterbrochenen Harnstrahl und Startschwierigkeiten (Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie) oder auch einem schwachen Harnstrahl mit Restharngefühl (Hypokontraktiler Detrusor) kommen.⁵

Therapie

Erster Schritt bei der Behandlung einer Harninkontinenz ist eine konservative Therapie mit lebensstilbezogenen Interventionen, bevor medikamentöse oder chirurgische Maßnahmen ergriffen werden. Zu der konservativen Therapie zählt Folgendes:¹

- **Gewichtsreduktion:** Übergewicht bzw. Adipositas können das Risiko einer Harninkontinenz erhöhen. So gibt es Anzeichen, dass mit zunehmendem Body-Mass-Index die Prävalenz für Drang- und Belastungsinkontinenz proportional zunimmt. Betroffene sind somit angehalten, ihr Gewicht zu reduzieren.



Physiotherapie bei Inkontinenz – Empfehlungen aus der aktuellen S2k-Leitlinie „Harninkontinenz der Frau“¹

Blasentraining: Toilettengänge werden nach einem festen Schema geplant und bei jedem Gang – auch ohne Harndrang – die Blase vollständig entleert. Sind die Abstände zwischen den Toilettengängen zu Beginn kurz, werden diese mit der Zeit immer weiter ausgedehnt. Empfohlen vor allem bei Drang- und Mischharninkontinenz.

Beckenbodentraining: Muskulatur und Bänder des Halteapparats sollen durch gezielte Übungen unter professioneller Anleitung gestärkt werden. Empfohlen vor allem bei Belastungs- und Mischharninkontinenz (inkl. älterer Patientinnen und nach einer Geburt).

Elektrostimulation: Mit Hilfe elektrischer Reize werden Nerven angeregt, die einen Einfluss auf die Blasenaktivität haben. Die Anwendung erfolgt häufig bei Personen, die den Beckenbodenmuskel nicht spüren und so auch nicht anspannen können. Empfohlen als zusätzliche Therapie zum Beckenbodentraining sowie bei überaktiver Blase.

- **Physiotherapie:** In vielen Fällen kann eine Physiotherapie helfen, Inkontinenz vorzubeugen oder die Symptome zu verbessern. Je nach Inkontinenzform besteht diese in der Regel aus Blasentraining, Beckenbodentraining und/oder Elektrostimulation.
- **Management der Flüssigkeitszufuhr:** Häufig passen Betroffene ihre Flüssigkeitszufuhr an, um ihre Symptome zu lindern. Dies sollte stets unter Anweisung von medizinischem Fachpersonal erfolgen, auf einer 24-stündigen Flüssigkeitsaufnahme basieren und Urinausscheidungsmessungen beinhalten. In manchen Fällen kann darüber hinaus eine Reduktion harntreibender Getränke wie Koffein den Harndrang verringern.

In der medikamentösen Therapie der Dranginkontinenz kommen in erster Linie **Antimuskarinika** zum Einsatz. Sie sollen über eine Blockade der muskarinergen Rezeptoren M2 bzw. M3 das Ankoppeln des Acetylcholins an diese Rezeptoren unterbinden und so eine Muskelkontraktion verhindern oder abschwächen. Eine Übersicht über die in Deutschland zugelassenen Antimuskarinika ist in der Tabelle dargestellt. Oxybutynin ist darüber hinaus als transdermales Pflaster (Kentera[®]) sowie als intravesikale Instillationslösung erhältlich.

Insgesamt zeigen Antimuskarinika eine gute Wirksamkeit, wobei es zwischen den einzelnen Medikamentenklassen keine signifikanten Unterschiede in der Verbesserung der Lebensqualität oder der Dranginkontinenzepisoden gibt. Anders sieht es hingegen bei den Nebenwirkungsprofilen aus. Zu diesen zählen vornehmlich Mundtrockenheit, Obstipation, Akkommodationsstörungen, kognitive Einschränkungen, Tachykardie und Fatigue. Die höchste Nebenwirkungsrate findet sich bei Oxybutynin IR, wobei IR-Formulierungen generell mehr Nebenwirkungen aufweisen als ER- und transdermale Formulierungen.¹

Antimuskarinika weisen generell eine sehr hohe Abbruchrate auf. Begründet wird dies in den meisten Fällen mit einer mangelnden Wirksamkeit. Weitere Gründe sind Medikamentenwechsel, Nebenwirkungen sowie die Entscheidung, die Krankheit ohne Medikamente zu bewältigen. Die Fachgesellschaften empfehlen derzeit einen Wechsel auf ein anderes Präparat bzw. eine andere Darreichungsform, sollte die gewünschte Wirkung ausbleiben.¹

Wirkstoffe	Präparatenamen in Deutschland	Empfohlene tägliche Dosis
Darifenacin	Emselex [®] Darifenacin*	1-mal 7,5–15 mg
Fesoterodin	Toviaz [®] Fesoterodin*	1-mal 4–8 mg
Oxybutynin IR	Dridase [®]	3–4-mal 2,5–5 mg
Oxybutynin ER	Oxybugamma [®] Oxybutin [®] Oxybutynin*	2–3-mal 5 mg
Propiverin	Mictonetten [®]	2–3-mal 15 mg
Propiverin ER	Mictonorm [®] Propiverin*	1-mal 30 mg
Solifenacin	Vesikur [®]	1-mal 5–10 mg
Tolterodin IR	Detrusitol [®]	2-mal 1–2 mg
Tolterodin ER	Tolterodin*	1-mal 4 mg
Trospium IR	Spasmolyt [®] Spasmex [®]	3-mal 10–15 mg 2-mal 10–20 mg
Trospium ER	Trospium* Urivesc [®] Spasmo-Urgenin [®] Trospi [®]	1-mal 60 mg

Tab.: In Deutschland verfügbare Antimuskarinika (angepasst)¹

* Generische Präparate erhältlich; IR = intermediate release, ER = extended release

Mit Mirabegron und Duloxetine stehen darüber hinaus zwei weitere Wirkstoffe zur Behandlung der Harninkontinenz zur Verfügung. **Mirabegron** ist ein β_3 -Adrenorezeptor-Agonist, der bei überaktiver Blase, Drang- und Mischharninkontinenz zum Einsatz kommt. β_3 -Adrenorezeptoren befinden sich vor allem auf der

glatten Muskulatur der Harnblase, wo eine Relaxation und somit eine Verbesserung der Speicherfunktion erreicht werden soll. Als Nebenwirkungen sind hier Hypertonie, Nasopharyngitis und Harnwegsinfektionen zu beachten. Eine Therapie mit Mirabegron wird vor allem Betroffenen empfohlen, die mit einer nicht-medikamentösen konservativen Therapie keine ausreichende Verbesserung erreichen und entweder eine Antimuskarinika-Unverträglichkeit aufweisen oder bei denen Antimuskarinika keine Wirkung erzielen.

Duloxetin verhindert hingegen die Wiederaufnahme der Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin am präsynaptischen Spalt, wodurch es zu einer verstärkten Stimulation der motorischen Pudendusnerven und somit zu einer verstärkten Kontraktionskraft der Muskeln an der Harnröhre kommt. Insbesondere in den ersten Wochen kann Duloxetin zu zentralnervösen und gastrointestinalen Nebenwirkungen führen, was sich in einer hohen Abbruchrate niederschlägt.¹

Bei meno- bzw. postmenopausalen Frauen mit Dranginkontinenz oder überaktiver Blase kann auch die lokale vaginale Gabe von **Östrogenpräparaten** erfolgen. Anders sieht es hingegen bei der systemischen Hormontherapie aus. So kann die Gabe konjugierter Östrogene im Zuge einer Hormonersatztherapie zu einer Verschlechterung der Inkontinenz führen. Sollte es zum Auftreten bzw. zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen, kann ein Präparatewechsel erwogen werden.¹

Beratung zu Hilfsmitteln

Sollte eine aktive Therapie nicht den gewünschten Erfolg bringen oder nicht möglich sein, ist der Einsatz von Hilfsmitteln für Menschen mit Inkontinenz unerlässlich. So können durch die richtige Verwendung von Inkontinenzeinlagen, -vorlagen, Fixierhosen, Pants und Co. die Lebensqualität und Hygiene deutlich verbessert werden. Wichtig bei der Beratung ist hier ein offener und diskreter Umgang. So empfiehlt es sich, für ein Beratungsgespräch das Beratungszimmer aufzusuchen und Betroffenen die Chance zu geben, verschiedene Optionen in die Hand zu nehmen und ihnen nach Möglichkeit Muster mitzugeben. Im Gespräch sollten eine freundliche und nahbare Sprache gewählt und Begriffe verwendet werden, mit denen sich das Gegenüber wohlfühlt.

Komplementärmedizinische Therapieoptionen

Auch in der Komplementärmedizin gibt es verschiedene Behandlungsansätze, allerdings fehlen bisher Studien, die deren Wirksamkeit bestätigen. Immer wieder diskutiert wird ein Zusammenhang zwischen Vitamin D und Inkontinenz, insbesondere bei Frauen. So gibt es Hinweise darauf, dass die präventive Einnahme von Vitamin D während der Schwangerschaft das Risiko für eine Mischharninkontinenz und eine überaktive Blase senken könnte.¹

Darüber hinaus zeigen Präparate mit *Bryophyllum pinnatum*, die aus der Traditionellen Chinesischen Medizin stammenden Gosh-jinki-gan und Weng-li-tong sowie die Kombination aus *Crataeva nurvala*, Acker-Schachtelhalm und *Lindera aggregata* einen positiven Nutzen. Für Männer konnten darüber hinaus Verbesserungen unter Gabe des Glänzenden Lackporlings (*Ganoderma lucidum*) gezeigt werden. Bei Frauen wirkte sich hingegen die Einnahme von Kürbissamen positiv aus. Aufgrund der mangelnden Aussagekraft der Studienergebnisse wird in der aktuellen Leitlinie zur Harninkontinenz der Frau jedoch keine Empfehlung ausgesprochen.¹

Fazit

Inkontinenz ist ein wichtiges Thema, mit dem offen umgegangen werden sollte. Je nach Inkontinenzform stehen neben lebensstilbezogenen Interventionen wie Blasen- oder Beckenbodentraining in der medikamentösen Therapie vor allem Antimuskarinika, ferner auch Mirabegron und Duloxetin sowie bei Frauen topische Östrogene zur Verfügung. Phytotherapeutika zeigen zwar einige positive Ansätze, jedoch mangelt es an aussagekräftigen Studien.

1 S2k-Leitlinie Harninkontinenz der Frau, gültig bis: 31.12.2026

2 Belastungsinkontinenz: Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten, Kontinenzzentrum AG, abzurufen unter: <https://www.kontinenzzentrum.ch/de/erkrankungen/inkontinenzformen/belastungsinkontinenz.html>, zuletzt abgerufen am 14.11.2023

3 Dranginkontinenz: Definition, Ursachen und Therapiemöglichkeiten, Kontinenzzentrum AG, abzurufen unter <https://www.kontinenzzentrum.ch/de/erkrankungen/inkontinenzformen/dranginkontinenz.html>, zuletzt abgerufen am 14.11.2023

4 Überlaufblase / Überlaufinkontinenz, pflege.de, abzurufen unter: <https://www.pflege.de/krankheiten/inkontinenz/harninkontinenz/ueberlaufinkontinenz/>, zuletzt abgerufen am 14.11.2023

5 S1-Leitlinie Diagnostik und Therapie von neurogenen Blasenstörungen, gültig bis: 05.01.2025