



Ein Leitfaden für die
allgemeinmedizinische Praxis



**Inkontinenz:
Diagnose & Therapie
von Blasen- und
Darmschwäche**

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Inkontinenz ist ein häufiges Leiden. Rund eine Million Österreicher und vor allem Österreicherinnen leiden darunter, den Abgang von Harn oder Stuhl nicht mehr kontrollieren zu können. Als Ärztin / Arzt des Faches Allgemeinmedizin sind Sie in Ihrer täglichen Praxis immer wieder damit konfrontiert. Denn der Hausarzt ist als Vertrauensarzt naturgemäß erster Ansprechpartner auch in solchen Gesundheitsfragen.

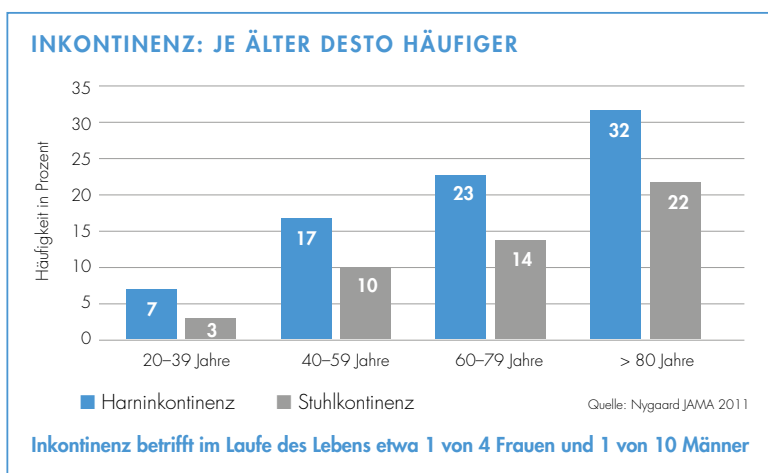
Allerdings ist die Inkontinenz als heimliches Leiden tabuisiert, daher mit Scham besetzt, sodass sich viele Patienten nicht einmal ihrem Arzt anvertrauen, was selbst für Fachärzte des Beckenbodens gilt. Weniger als die Hälfte aller betroffenen Menschen spricht darüber und sucht aktiv nach Hilfe. Wird die Blasen- oder Darmschwäche jedoch nicht behandelt, raubt sie den Betroffenen nicht nur ihre Würde, sondern führt viele in die soziale Isolation – mit all ihren Folgen. Darüber hinaus ist die Inkontinenz einer der häufigsten Gründe für die Einweisung in ein Pflegeheim, wenn sie im fortgeschrittenen Alter auftritt. Deshalb unser Appell: Fragen Sie Ihre Patientinnen und Patienten nach der Kontinenz!

Die Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ) unterstützt Sie gerne bei dieser wichtigen Aufgabe und hat gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) die wichtigsten Informationen zur Basisdiagnostik sowie Therapie einer Inkontinenz zusammengefasst, stellt spezialisierte Einrichtungen in ganz Österreich vor und Materialien wie z.B. Miktionsprotokolle kostenlos zur Verfügung.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen viel Erfolg und alles Gute!

Univ.-Prof. Dr. Lothar C. Fuith
Präsident der Medizinischen Kontinenzgesellschaft
Österreich (MKÖ)

Dr. Christoph Dachs
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für
Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)



**„Inkontinenz bringt
einen nicht um, aber
sie nimmt das Leben“**

Dr. Janet Brown,
amerikanische Frauenärztin

Als wissenschaftliche Gesellschaft bemüht sich die ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin) (alltags)relevante medizinische Themen aufzugreifen, – u.a. in Kooperation mit anderen Fachgesellschaften – diese unter niedergelassenen KollegInnen zu verbreiten und Forschung, Lehre und Praxis in der Allgemein- und Familienmedizin zu fördern. Weitere Informationen unter www.oegam.at

Harninkontinenz

Die wichtigsten Formen

- **Dranginkontinenz**

Unwillkürlicher Urinverlust mit gleichzeitigem Auftreten eines Harndranges, der schwer hinausgeschoben werden kann.

- **Belastungsinkontinenz (auch: Stressinkontinenz)**

Unfreiwilliger Harnabgang bei körperlicher Belastung (v.a. Husten, Niesen, Lachen, Heben, Treppensteigen) infolge einer Verschlusschwäche der Harnröhre.

- **Mischinkontinenz**

Unwillkürlicher Harnverlust mit starkem Harndrang und bei körperlicher Belastung.

- **Überlaufinkontinenz:**

Unwillkürlicher Harnverlust bei hohem Restharn wegen Abflussbehinderung, neurogenen Störungen oder Detrusorschwäche.

Basisdiagnostik in 5 Schritten

Im Rahmen der Basisdiagnostik können gefährliche Ursachen einer Harninkontinenz (z.B. neurologische Erkrankungen oder Tumoren) mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen sowie die Diagnose einer Drang-, Belastungs- oder Mischinkontinenz mit so hinreichender Sicherheit gestellt werden, dass eine konservative und medikamentöse Therapie eingeleitet werden kann. Bei Verdacht auf eine schwere Erkrankung, komplexe Störung oder Therapieresistenz ist die Indikation zur weiterführenden fachärztlichen Untersuchung gegeben (Hinweis auf spezialisierte Ärzte & Zentren siehe Rückseite).

1. Gezielte Anamnese

- Blasensymptomatik: Schweregrad, Dauer, Auswirkungen auf Lebensqualität, Behandlungswunsch
- Krankengeschichte: besonders neurologische Erkrankungen (z.B. Parkinson, MS), Stoffwechselerkrankungen (v.a. Diabetes mellitus), Geburten haben Einfluss auf die Blasenkontrolle
- Operationen oder Bestrahlung im kleinen Becken
- Trink- und Toilettengewohnheiten (Tag/Nacht), Sexual-, Stuhl-Anamnese
- Frage nach „Senkungsgefühl“ bei Frauen
- Harnwegsinfekte
- Medikamente (Antihypertensiva, Psychopharmaka, Diuretika, etc. können inkontinenzfördernd wirken)

Diagnosefragebogen bei Verdacht auf Harninkontinenz

Zur Differenzierung zwischen Drang- und Belastungsinkontinenz

- Verlieren Sie unfreiwillig Harn?
- Verlieren Sie Harn bei körperlicher Tätigkeit (z.B. Husten, Niesen, Lachen, Heben, Treppensteigen)
- Müssen Sie sehr häufig auf die Toilette gehen (untertags häufiger als alle 3 Stunden, wie oft entleeren Sie nachts Ihre Blase?)
- Leiden Sie an plötzlichem, unkontrollierbarem Harndrang?
- Wenn Sie Harn verlieren, leiden Sie dann gleichzeitig an sehr starkem Harndrang?
- Haben Sie das Gefühl, dass Sie auf der Toilette Ihre Blase gut entleeren?
- Spüren Sie ein Brennen beim Urinieren?

Quelle: ÖGAM-Konsensus „Funktionsstörungen der Harnblase“, 2008

2. Harnuntersuchung

Erfolgt mit Teststreifen, ev. mikroskopisch. Aussagekräftig ist der Mittelstrahlurin.
Nitrit und Leukozyten im Harn: Hinweis auf eine Harnwegsinfektion
Erythrozyten im Harn: Mikrohämaturie

3. Blasentagebuch (Miktionsprotokoll)

Das Protokoll erfasst Trink- und Toilettengewohnheiten und sollte über zumindest zwei Tage und zwei Nächte (mind. 48 Stunden) genau geführt werden – kostenlos erhältlich über die MKÖ (siehe Rückseite)

4. Gezielte Untersuchung des Urogenital- und Analbereiches

Mann: Harnröhrenöffnung/Glans, rektale Untersuchung zur Beurteilung der Prostata und des Beckenbodens (meist fachärztlich)
Frau: Betrachtung des äußeren Genitals: Besteht ein Prolaps des Uterus oder des Scheidenblindsackes (Uterus oder Vagina beim Pressen äußerlich sichtbar)? Harnabgang beim Husten sichtbar? („klinischer Stresstest“), ev. vaginale und bimanuelle Tastuntersuchung (Raumforderungen im kleinen Becken? Zustand der Beckenbodenmuskulatur), rektale Untersuchung zur Beurteilung des Ruhetonus und der Willkürkontraktion des Afterschließmuskels zur klinischen Beurteilung der Funktion der Beckenbodenmuskulatur (meist fachärztlich)

5. Restharnbeurteilung

Durch Ultraschalluntersuchung vor und nach der Entleerung oder sterilen Einmalkatheterismus v.a. um eine Überlaufinkontinenz ausschließen zu können. Bei Restharn sollte immer eine weitere Abklärung durch den Facharzt erfolgen.

Anamneseerhebung und Harnuntersuchung sollten bei der ersten Konsultation des Patienten durchgeführt werden. Darüber hinaus Erklärung des Blasentagebuchs, das bei der nächsten Konsultation mitgebracht werden soll. Die nächste Visite sollte mit voller Blase erfolgen.

Therapie

Dranginkontinenz

- Verhaltenstraining:
 - Miktionsstraining (aktive Verlängerung der Miktionsintervalle)
 - Toilettentraining (Blasentleerung vor Erreichen einer kritischen Füllmenge)
 - Beckenbodentraining unter Anleitung und Kontrolle von Personen mit physiotherapeutischer Expertise (Hinweis auf Adressen von spezialisierten Physiotherapeutinnen und -therapeuten siehe Rückseite)
- Biofeedback
- Medikamentöse Therapie: Anticholinergika oder β_3 -Adrenozeptor-Agonisten zur Entspannung der Blasenmuskulatur

Belastungsinkontinenz

- Beckenbodentraining (Hinweis auf Adressen von spezialisierten Physiotherapeutinnen und -therapeuten siehe Rückseite)
- Biofeedback
- Elektrotherapie
- Bei Therapieresistenz Zuweisung zur operativen Therapie.

Hinweis: Ausführliche Information finden Sie im ÖGAM-Konsensus «Funktionsstörungen der Harnblase, 2008».

Erhältlich als PDF-Dokument bei der ÖGAM (office@oegam.at) und der MKÖ (info@kontinenzgesellschaft.at). An einer Aktualisierung wird gearbeitet.

Stuhlinkontinenz

Stuhlinkontinenz (fäkale bzw. anale Inkontinenz) reicht von gelegentlicher, geringer Verschmutzung der Unterwäsche bis zum täglichen massiven, unkontrollierten Abgang von Winden und flüssigem, breiigem oder festem Stuhl.

Häufige Ursachen

- Der anale Schließmuskel oder der Beckenboden sind zu schwach (z.B. altersbedingt oder durch Störung der Nervenversorgung als Folge von neurologischen Erkrankungen, Wirbelsäulenproblemen oder dem Zug an Beckennerven bei meist lange zurückliegenden Geburten)
- Der anale Schließmuskel ist defekt (z.B. meist Spätfolge aufgrund unbemerkter Einrisse im Dammbereich bei auch normal verlaufenen Geburten, seltener aufgrund von Operationen)
- Das Reservoir „Mastdarm“ ist zu klein für den Darminhalt (z.B. Verkleinerung des Mastdarms durch einen Tumor bzw. in der Folge von Operationen, bei welcher dieser zur Gänze oder teilweise entfernt worden ist, chronische Entzündungen)
- Durchfall, z.B. bei Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten (Lactose- oder Fructose-Intoleranz)

Basisdiagnostik

1. Anamnese

- Frage nach den Stuhlgewohnheiten, insbesondere deren Veränderungen
- Gezielte Frage nach Verlust von Darminhalt
- „Können Sie den Schließmuskel kontrahieren?“
- Operationen im Anorektalbereich?
- Verschiedenste Medikamente können Diarrhoe auslösen

2. Klinische Untersuchung (meist fachärztlich)

- Anale Inspektion in Linksseitenlage: Narben (z.B. nach Fisteloperationen), permanent prolabierte Hämorrhoiden, die durchaus mit einem Heraussickern von Stuhlpartikeln einhergehen können, Senkung der Region in Ruhe und beim Pressen als möglicher Hinweis auf eine Beckenbodenschwäche, Prolaps des Rektums beim Pressen, selten in Ruhe.
- Digitale Palpation zur Beurteilung des Rektums (stenosierender Tumor? Tiefe Anastomose nach Resektion? Anspannung der Beckenbodenmuskulatur bei willkürlicher Kontraktion oder reflektorisch beim Husten?)

Die weitere Abklärung erfolgt durch den Facharzt für Chirurgie (Fachgebiet Proktologie) mit Endoskopien, analem Ultraschall, ev. Sphinktermanometrie.

Therapie

Mehr als zwei Drittel aller Fälle von Stuhlinkontinenz können ohne Operation weitgehend bis vollständig geheilt werden, natürlich auch in Abhängigkeit von der Ursache. Es empfiehlt sich die Kombination folgender Maßnahmen:

1. Stuhl-Eindickung

- diätetisch:
 - Häufig kleine Mahlzeiten, Vermeidung kalter Speisen
 - Fettarme Milchprodukte (z.B. Magertopfen) bzw. fettarme Fleisch-/Wurstsorten, generell auf fettarme Zubereitung achten
 - Pektinreiche Lebensmittel (z.B. geriebener Rohapfel)
 - Getränke wie z.B. schwarzer Tee, Wasserkakao, Heidelbeersaft
 - Vermeiden: säurereiches Obst (speziell Zitrusfrüchte), scharfe Gewürze, blähende Lebensmittel (z. B. Hülsenfrüchte, Kohlgemüse)
- medikamentös (z.B. Loperamid, Antidiarrhoika)

2. Beckenbodentraining

unter Anleitung von spezialisierten Physiotherapeutinnen und -therapeuten, eventuell unterstützt durch Elektrostimulation und Biofeedback.

3. Regelmäßiges Entleeren des Enddarms ev. unter Zuhilfenahme von Zäpfchen, Klistieren oder Einlaufsystemen.

Spezialisierte Einrichtungen in Österreich

Um österreichweit einheitliche Qualitätsstandards in der Diagnostik, Therapie und Patientenversorgung zu schaffen und zu sichern, zertifiziert die MKÖ als unabhängiges und interdisziplinäres Expertengremium „Kontinenz- und Beckenbodenzentren“. Diese Zentren zeichnen sich durch besondere Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten der kooperierenden Institutionen auf den Gebieten der Diagnostik und Therapie bei Harn- und Stuhlinkontinenz sowie bei Erkrankungen des Beckenbodens aus. Zusätzlich werden auch ärztliche Beratungsstellen / Ordinationen zertifiziert.

Adressen der aktuell 9 Kontinenz- und Beckenbodenzentren, der Inkontinenz-Ambulanzen sowie von spezialisierten Fachärzten und Physiotherapeuten (v.a. jene mit Zusatzausbildung Beckenbodenpalpation) finden Sie unter www.kontinenzgesellschaft.at (Rubrik Beratungsstellen & Zentren)

Servicematerialien

- **Miktionsprotokolle**

Die MKÖ und der Arbeitskreis für Blasenfunktionsstörungen der Österreichischen Gesellschaft für Urologie (ÖGU) haben allgemeingültige Miktionsprotokolle entwickelt: Das „Blasentagebuch“ und das „Katheterisierungs- und Restharnprotokoll“. Erhältlich über die MKÖ-Geschäftsstelle und zum Download von www.kontinenzgesellschaft.at sowie www.uro.at

- **Factsheets „Rat für Blase & Darm“ für Betroffene**

Kompakte Infoblätter mit konkreten Infos zu unterschiedlichen Aspekten einer Blasen- oder Darmschwäche sowie leicht umsetzbare Tipps für die Erhaltung bzw. Wiedererlangung einer gesunden Blase und eines gesunden Darms. Bisher erschienen zu den Themen Schwangerschaft & Geburt, richtiges Trinken, Stuhlinkontinenz, Sexualität, Obstipation.

- **Infopaket „Beckenbodengesundheit, Hilfe bei Blasen- und Darmschwäche für Betroffene & Angehörige“**

Kostenlose Info- & Servicematerialien rund um die Erhaltung der Beckenbodengesundheit bzw. „Was tun bei Inkontinenz?“

Fortbildung

- **MKÖ-Jahrestagung**

Die Jahrestagung der MKÖ ist eine einzigartige interdisziplinäre Möglichkeit der Weiterbildung, des Erfahrungsaustausches und der Diskussion.

- **Regionale Fortbildungsveranstaltungen**

Regionale Veranstaltungen in mehreren österreichischen Bundesländern sind neben der wissenschaftlichen Jahrestagung der Gesellschaft als interdisziplinäre Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte, Angehörige der Berufsgruppen Physiotherapie und Pflege sowie für Hebammen konzipiert, die sich in angenehmer Atmosphäre austauschen und ihre Zusammenarbeit intensivieren.

Termine sind jeweils auf der MKÖ-Webseite angekündigt: www.kontinenzgesellschaft.at

Kontakt für die Bestellung der kostenlosen Materialien bzw. zur MKÖ-Geschäftsstelle:

T: 01/402 09 28, E: info@kontinenzgesellschaft.at, www.kontinenzgesellschaft.at

Folgen Sie uns auf Facebook: www.facebook.com/kontinenz

Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ)

Begonnen hat die systematische Inkontinenzhilfe in Österreich 1990 in Innsbruck, als sich ein kleiner Kreis von Ärzten, diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern und Physiotherapeuten zusammenschloss. Seit Bestehen ist es das Ziel der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ), Maßnahmen zur Prävention, Diagnostik und Behandlung der Inkontinenz sowie Forschung, Lehre und Praxis zu fördern, medizinisches Fachpersonal aus- und weiterzubilden sowie durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit Betroffene und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und zu beraten. Alle Berufsgruppen, die professionell mit der Thematik befasst sind, waren von Beginn an in die Gesellschaft eingebunden. Heute ist die MKÖ maßgeblich an der Vernetzung von Fachärzten, Ambulanzen, Allgemeinmedizinern, Physiotherapeuten, Pflegeberufen und der Öffentlichkeit beteiligt. Einen wesentlichen Beitrag dazu liefern auch die seit 1991 jährlich abgehaltenen Jahrestagungen sowie regionale Fortbildungsveranstaltungen. **Kontinenz ist MKÖ!**

Mit freundlicher Unterstützung von:

