

Therapiemöglichkeiten bei Harninkontinenz

# Überwindung des Tabus

Dr. med. Martin Runge, Aerpah-Kliniken Esslingen-Kennenburg und Ilshofen

Die Kontrolle der Ausscheidung ist für alle Menschen ein heikles, psychisch tief verwurzeltes Thema. Es geht um eine Aktivität, die Scham auslöst, wenn man sie nicht allein und ungestört vollzieht. Der Ausscheidungsvorgang konfrontiert uns mit der kreatürlichen, „tierhaften“ Seite unserer Natur: *Inter urinas et faeces nascimur* – wir, die Krone der Schöpfung. Dementsprechend ist es von großer psychosozialer Bedeutung, wenn die Kontrolle der Ausscheidung versagt. Unfreiwilliger Urinverlust führt zur sozialen Diskriminierung und Isolierung. Wegen der Tabuisierung des Themas werden die Symptome häufig im Arzt-Patient-Kontakt verheimlicht. Chancen zur frühen Intervention werden so verpasst.

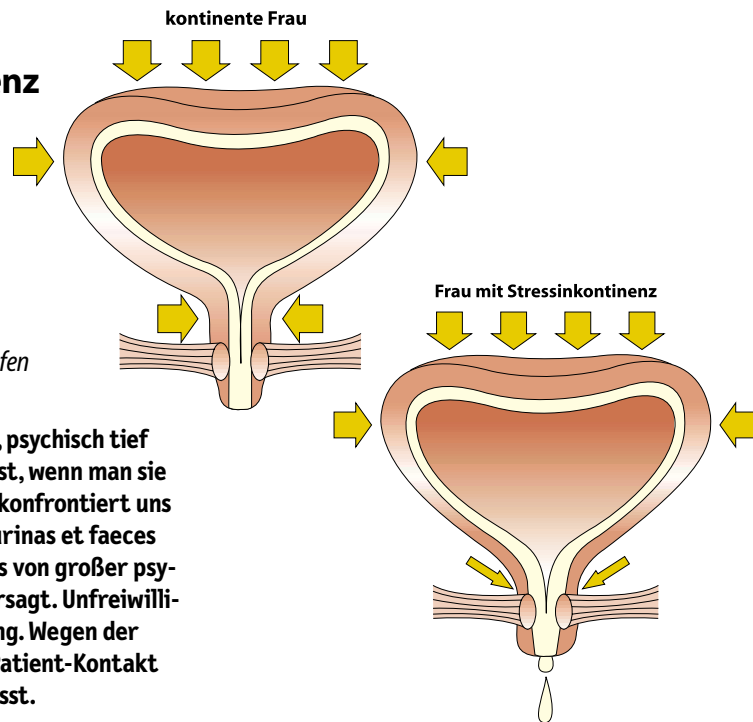


Abb. 1: Anatomische Situation bei einer kontinenten Frau und einer Frau mit Stressinkontinenz

ÜBERSICHT

- Harninkontinenz bei Frauen und im Alter
- Akute (passagere) Inkontinenz
- Drang- vs. Stressinkontinenz
- Nicht-medikamentöse Behandlungsformen
- Medikamentöse Therapie

In epidemiologischen Studien wurde wiederholt festgestellt, dass bis zu 40% der Ärzte nichts von der Harninkontinenz ihrer Patienten erfahren haben bzw. 25–40% der Patienten niemals um Hilfe nachgesucht hatten oder das Problem fünf Jahre und länger verschwiegen hatten. Das Problem beginnt bei Frauen bereits in mittleren Jahren. In einer Studie in Dänemark berichteten 22% der untersuchten 45-jährigen Frauen über stressbedingte Inkontinenzereignisse. Im Durchschnitt waren seit Manifestation

der Inkontinenz bereits neun Jahre vergangen, bevor zum ersten Mal ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wurde. Die Chance des Hausarztes liegt in der frühen Erkennung des Problems. Jede(r) muss sich selbstkritisch fragen, ob sie/er dem Thema ausweicht. Gerade die nicht-medikamentösen Therapien, die die Beckenbodenmuskulatur stärken, sind wirkungsvoller, wenn sie früh in mittleren Jahren vermittelt werden.

Besondere geriatrische Probleme

Harninkontinenz wird mit zunehmendem Alter immer häufiger. Sie gehört zu den „4 giants“, wie Bernard Isaacs die vier Syndrome genannt hat, die unsere Lebensqualität im Alter am meisten bedrohen (nebenstehender Kasten).

Ursachen und Erscheinungsformen weisen bei geriatrischen Patienten Unterschiede zu jüngeren Altersgruppen auf. Im Alter ist die Harninkontinenz oft kein isoliert auftretendes Organproblem, sondern eingebettet in eine alterstypische Multimorbidität. Nach Welz-Barth u. Füsgen (1995) ist Multimorbidität mit mehr als sechs Diagnosen zu 90% mit Harninkon-

tinenz assoziiert, und 97% der schwer demenzten Patienten sind harninkontinent.

Gerade diese „geriatrische Situation“ der Multimorbidität mit alterstypischer Psyche und alterstypischem Umfeld bedarf eines hausärztlichen „captain of the treatment“, wenn nicht der Überblick über die Interaktionen vieler Organsysteme und Therapien verloren gehen soll. Ohne hausärztlichen Überblick können die Interaktionen mit anderen Organschäden, mit Medikation und Komplikationen nicht angemessen erkannt und kontrolliert werden.

Bei geriatrischen Patienten muss daran gedacht werden, dass Harninkontinenz auch atypische Erstmanifestation eines blasenfernen Geschehens sein kann – von zerebralen Erkrankungen angefangen bis zu metabolischen Störungen (Blutzucker!) und Infektionen an ganz anderer Stelle. Es muss auffallen und dann verhindert werden, wenn ältere Menschen mit ihrem verminderten Durstgefühl zur „Bekämpfung“ ihrer

Inkontinenz zu wenig Flüssigkeit zu sich nehmen und sich so in die Dehydratation „hineindursten“. Die Non-Compliance bei Diuretika liegt nicht selten in Miktionsproblemen begründet.

GERIATRIE: „4 GIANTS“/„4I“

- Immobilität
- Instabilität
- Inkontinenz
- Intellektueller Abbau

Störungen von Defäkation und Miktion können zusammenhängen. Eine Koprostase kann die Verhältnisse im Becken so verändern, dass dadurch eine Harninkontinenz ausgelöst wird. Ein rektale Untersuchung auf Koprostase gehört also zur initialen Diagnostik, eine Regelung der Darmentleerung be-

reits zur Therapie. Eine chronische Obstipation mit habituellem Pressen bei der Defäkation kann eine neuronale Schädigung der Nerven des Beckenbodens bewirken. Eine gute Regulierung der Verdauung ist also eine Prävention der (weiblichen) Inkontinenz im späteren Leben.

**Warum sind Frauen mehr gefährdet?** Zum einen ist ihr Becken aus naheliegenden evolutionsbiologischen Gründen größer, der muskuläre und bindegewebige Abschluss des Beckens nach unten ist also mechanisch vulnerabler. Die Muskelschichten des Beckenbodens sind zudem dünner als beim Mann. Jede Geburt bedeutet eine hohe Belastung mit potentieller Schädigung der nervalen, bindegewebigen und muskulären Strukturen des Beckenausgangs. Dementsprechend häufiger sind Senkungen des Beckenbodens und der Beckenorgane bei der Frau. Eine gute Übersicht über diese Veränderungen bietet die Homepage der Universität Jena (<http://www.uni-jena.de/ufk/cd/harnin.htm>). Auch die besondere Häufigkeit der Stressinkontinenz ergibt sich aus diesen geschlechtsspezifischen Bedingungen (Abb. 1). Bekanntlich ist der Winkel zwischen Harnröhre und Beckenboden besonders kritisch. Aus diesen anatomischen Besonderheiten ergeben sich aber auch die Chancen und Notwendigkeiten einer funktionell-übenden Stärkung der Beckenbodenmuskulatur.

### Akute (vorübergehende) Harninkontinenz

Der obenstehende Kasten bietet ein **Merkwort für akute Inkontinenzursachen**, das dem englischen Wort für Windel (diaper) nachgebildet ist. Dass ein akuter Verwirrheitszustand (Delirium im Englischen) zur Inkontinenz führen kann, erklärt sich aus dem Verlust der zentralen Kontrolle. Akute Infekte der Harnwege überspielen die hemmenden Einflüsse auf die Blase durch Verstärkung des sensorischen Zustroms. Da intakte Schleimhäute zum Verschlussmechanismus der Blase gehören, können atrophische Urethritiden und entsprechende genitale Schleimhautveränderungen im multifaktoriellen Verschlussmechanismus der Frau der entscheidende versagende Faktor sein. Pharmaka verschiedener Art, die sedieren oder die Urinmenge erhöhen, können zur Inkontinenz beitragen oder führen. Psychische Krankheiten, besonders schwere Depressionen, können durch regressive Entwicklung zur Inkontinenz führen. Exzessive Urinmengen, z. B. bei Diuretika-Therapie oder Hyperglykämie, können die Kapazität der Blasenkontrolle übersteigen. Restriktionen der Mobilität können das Erreichen der Toilette so verzögern, dass die Zeit überschritten wird, für die es dem Patienten möglich war, den Urin willkürlich zurückzuhalten. Und schließlich können Stuhlmassen (Koprostase) im Enddarm zur Harninkontinenz führen.

Immer wieder einmal kann **Inkontinenz auf die medikamentöse Therapie** zurückgeführt werden – nicht als alleinige Ätiologie, sondern als kumulative Mitursache, sozusagen als „letzter Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt“. Die Diuretika sind an erster Stelle zu nennen; zentral wirksame Mittel wie Neuroleptika, Antidepressiva und Benzodiazepine kön-

nen zur Inkontinenz führen. Eine Medikamentenrevision gehört also zur Abklärung der Harninkontinenz. Auch die Hyperglykämie erhöht die Harnmengen und erschwert die Kontinenz (Diabeteseinstellung!).

### AKUTE (PASSAGERE) HARNINKONTINENZ – URSACHEN

#### Merkwort DIAPERS (engl.: Windeln):

- **D** = Delirium (akuter Verwirrheitszustand)
- **I** = Infektionen nicht nur der Harnwege
- **A** = Atrophische Urethritis und Vaginitis
- **P** = Pharmaka oder psychische Veränderungen
- **E** = Exzessive Urinmengen (z. B. Diuretika, Herzinsuffizienz, Hyperglykämie)
- **R** = Restriktion der Mobilität
- **S** = Stuhlmengen im Rektum (Koprostase)

### Das Beckenbodentraining

Der Stressinkontinenz liegt eine Verschlussinsuffizienz zugrunde. Bei Erhöhung des intraabdominellen Druckes können die Verschlussmechanismen der Blase, zu denen gerade bei Druckanstieg die quergestreifte Muskulatur des Beckenbodens gehört, den Verschlussdruck nicht hoch genug halten. Da der Beckenboden aus quergestreifter Muskulatur besteht, ist er einem Training zugänglich. Sicher kann durch neuronale Schädigungen eine Situation entstehen, dass ein willkürlicher Zugriff auf die Beckenbodenmuskulatur nicht mehr möglich ist; aber dies ist nicht die Regel. Allerdings haben viele Menschen auch ohne nervale Vorschäden ein schlechtes Gefühl und eine geringe selektive Kontrolle über den Beckenboden.

**Ziel des Beckenbodentrainings** ist die Stärkung und bessere Kontrolle der Beckenbodenmuskeln. Es genügt sicher nicht, der Patientin eine Broschüre zum Beckenbodentraining in die Hand zu drücken. Der bewusste Zugang zur kritischen Region ist mit Hindernissen und Vorbehalten gepflastert, und es bedarf Ermutigung, anhaltender Begleitung und Bestärkung, damit das Training langfristig durchgeführt wird. Neben der hausärztlichen Motivation sind Selbsthilfegruppen ein wichtiger Weg. Nicht selten ist eine gezielte Krankengymnastik angezeigt. In der Praxis sollten Informationen über örtliche Therapiemöglichkeiten und Gruppen bestehen. Viele urologische und gynäkologische Kliniken engagieren sich zunehmend. Bei der Gefährdung des weiblichen Beckenbodens sollten wir auch daran denken, die Übungen vermehrt präventiv zu empfehlen.

Die wissenschaftliche Datenlage zur Beckenbodengymnastik ist nicht gerade überwältigend, aber auch nicht deprimierend. Bei Frauen mit Stressinkontinenz erwies sich in einer norwegischen Studie, die im British Medical Journal (318 [1999] 487 ff) veröffentlicht wurde, dass Beckenbodentraining wirkungsvoller als eine Kontrollbehandlung mit Elektrostimulation oder Vaginalkegeln war. Hierbei machten 25 Frauen re-



Abb. 2: Übung im Rahmen des Beckenbodentrainings

regelmäßig Beckenbodengymnastik, 25 weitere erhielten zur Muskulaturstärkung Elektrostimulationen, während 27 Patientinnen täglich 20 Minuten lang einen Vaginalkegel trugen. Außerdem gab es 30 Kontrollpersonen ohne Behandlung. Über Erfolg oder Misserfolg der Behandlung entschied der Einlagentest: Hierbei wurde jeweils 200 Milliliter Kochsalzlösung in die entleerte Blase gefüllt. Dann mussten die Probandinnen jeweils 30 Sekunden auf der Stelle laufen und springen. Die wenigste Flüssigkeit ging bei den Frauen verloren, die zuvor regelmäßig Beckenbodentraining absolviert hatten.

Die Beckenbodengymnastik geht zurück auf den Arzt Arnold Kegel, der Mitte des 19. Jahrhunderts eine Gruppe von Übungen gegen die Stressinkontinenz entwickelt hat. Frauen, die Kegel über das Ergebnis ihrer Übungen befragte, berichteten, dass sie nicht nur den Urin besser zurückhalten konnten, sondern als angenehme „Nebenwirkung“ auch stärkere sexuelle Empfindungen wahrnahmen. Die Kegel-Übungen (cave Verwechslung mit Vaginalkegel-Übungen) werden auch vor und nach Geburten zur Stärkung der Vaginal- und Beckenbodenmuskulatur empfohlen. Die Domäne des Beckenbodentrainings ist zwar die **Stressinkontinenz**, aber auch bei der Reizblase und Urge-Inkontinenz lohnt sich ein Versuch.

**Ein Kernproblem** ist das fehlende Empfinden vieler Menschen für die Beckenbodenmuskulatur. Den Beckenboden willkürlich und selektiv anzuspannen, kann aber erlernt werden. Üben wird geraten, den Urinfluss zu unterbrechen, um sich mit diesem Muskel vertraut zu machen. Wenn die Scheu überwunden werden kann, können Frauen mit dem Finger in der Scheidenöffnung und am Perineum die Kontraktionen spüren.

Es gibt ein Fülle verschiedener Übungen, die zum Einsatz kommen (vgl. Abb. 2). Der Autor hat, um nicht zu sehr zu theoretisieren, einige Übungsbögen und Bücher ausprobiert. Besonders empfehlenswert fand ich das Buch von Heike Höfler „Beckenbodengymnastik für Sie und Ihn“ aus dem blv-Verlag München.

Kritisch ist die **möglichst selektive Anspannung des Beckenbodens**. Wenn hauptsächlich Abdominal- und Glutäalmuskulatur angespannt werden, wird ein kontraproduktiver Effekt erreicht. Das korrekte Erlernen der Beckenbodenübungen kann meist wohl nicht den Betroffenen allein überlassen werden.

### Biofeedback und Elektrostimulation

Besonders bei Problemen der willkürlichen Innervation stehen technische Methoden zur Verfügung, die alternativ oder ergänzend zur Anwendung kommen. Die **Biofeedback-Therapie** der Inkontinenz kann beachtliche Erfolge aufweisen. Mit intravaginalen Elektroden wird die will-

kürlich erreichte Muskelaktivität dem Übenden rückgemeldet (feed back). So gelingt die selektive Innervation besser. Im Unterschied zu krankengymnastischen Übungen kann eine falsche Muskelanspannung erkannt und korrigiert werden. Die Anwendung solcher Geräte (z. B. der Firma Bosana: Abb. 3) setzt natürlich ein gewisses Niveau an Einweisung, Kognition, Motivation und Beweglichkeit voraus (Information z. B. von HEIKO Meditec, Postfach 14 14, 83056 Kolbermoor, oder [www.v-d-t.de](http://www.v-d-t.de)).

Die **Elektrostimulation** kann in allen Phasen des Beckenbodentrainings eingesetzt werden. Sie ist um so wirkungsvoller, je näher die Stimulationssonde am Erfolgsorgan ist. Daher hat sich die vaginale Stimulation weitgehend durchgesetzt. Durch Aktivierung hemmender Reflexe auf die Blase wird

auch das Drangsyndrom bzw. die motorische Dranginkontinenz positiv beeinflusst. Wenn die Beckenbodenmuskulatur nicht gespürt und bewusst angesteuert werden kann, ist die Elektrostimulation eine Methode, die Funktion von Muskeln und Nerven zu verbessern oder die Wahrnehmung zu verstärken. Die Verordnung von handlichen



Abb. 3: EMG-Biofeedback-Trainer

Heimgeräten (z. B. ProSeco) erlaubt der Patientin auch die Stimulation zu Hause.

Nur kurz gestreift werden soll die **Indikation von Pessaren** bei Senkungen. Die guten Ergebnisse der gynäkologischen Alterschirurgie führen dazu, dass Pessare dann verwendet werden, wenn ausdrücklich kein Operationswunsch besteht oder Kontraindikationen gegen eine Operation vorliegen. Es sind neue Pessarformen in der Entwicklung, die deren Möglichkeiten erweitern könnten.

Die Komplexität des Thematik hat dazu geführt, ganzheitliche Ansätze zu entwickeln. Man spricht dann von „Pelvic re-education“ (Schüssler et al.). Schüssler empfiehlt **Beckenbodenkoni** nach Plevnik. Das Prinzip dieser Methode ist einem Gewichtstraining anderer Skelettmuskel vergleichbar. Koni mit steigenden Gewichten werden in die Scheide eingesetzt und müssen durch aktive Kontraktion des Beckenbodenmuskels vor dem Herausfallen bewahrt werden. Der Trainingseffekt zeigt sich darin, dass die Patientin mit der Zeit in der Lage ist, steigende Gewichte in der Scheide zu halten. Eine fälschlicherweise eingesetzte Kontraktion der Bauchmuskulatur führt zu einem Druckanstieg von oben auf die Scheide, wodurch es zum Herausgleiten des Konus kommt. 1988 konnte Plevnik mit seiner Arbeitsgruppe im British Journal of Obstetrics and Gynecology eine 70 %-ige Heilungs-/Besserungsrate bereits nach einmonatiger Konusbehandlung aufzeigen.

#### THERAPIELEITENDE INKONTINENZ-ANALYSE

Eine erste Unterscheidung der Inkontinenzformen bietet die Anamnese:

- **Der Detrusorhyperaktivität** ist die Drangsymptomatik (imperativer Harndrang) zuzuordnen.
- **Die Stressinkontinenz** als Verschlussinsuffizienz ist mit Situationen verbunden, in denen sich der intraabdominelle Druck erhöht.

#### Toilettentraining

Wenn Kontinenz darin besteht, die Miktion an örtliche und zeitliche Umstände anzupassen, besteht Toilettentraining darin, die örtlichen und zeitlichen Umstände an die Miktion anzupassen. Dafür ist natürlich das Vorhersehen der Miktion nötig. Durch ein **Miktionstagebuch** wird die pathophysiologische Rhythmik dargestellt, um kurz vor dem unfreiwilligen Harnabgang auch ohne Drang den Toilettengang durchzuführen. Gerade bei dementen Patienten hat dieses Vorgehen seine Bedeutung, aber auch kognitiv intakte Menschen können auf diese Weise ihren Toilettengang an den willkürlich nicht genügend kontrollierbaren Harnabgang anpassen. Bei kognitiv geminderten Menschen kann auf diese Weise eine Konditionierung der Ausscheidung erreicht werden. Dabei ist es erforderlich, auch die Einfuhr zu erfassen und gezielt zu steuern. Bei gleichmäßiger Einfuhr und gleichmäßiger Nierenleistung – pro Stunde produzieren die Nieren ca. 100 ml Urin, nach ca. drei bis vier Stunden wird normalerweise eine Blasenfüllung wahrgenommen – wird eine Rhythmisierung



**Abb. 4: Reflektorische Muskelstimulation mittels Wippe**

der Toilettengänge und Miktionen angestrebt. Dieses Vorgehen ist gerade bei Dranginkontinenz und der im Alter häufigen Detrusorinstabilität angezeigt – auch in Kombination mit einer medikamentösen Behandlung.

Die Beratung über Hilfsmittel wie Vorlagen, Kondomurinale etc. gehört natürlich ebenfalls zum Management der Inkontinenz. Wenn bei Dranginkontinenz und motorischen Behinderungen der Weg zur Toilette zu weit ist, kann er vielleicht mit einem Toilettenstuhl verkürzt werden.

### Neue nicht-medikamentöse Entwicklungen

In der Rehabilitation von Störungen der Skelettmuskulatur hat sich die *reflektorische Muskelstimulation* bewährt. Bei dieser Methode werden mechanische Schwingungen auf den Körper aufgebracht, die die Muskeln zu reflektorischen Kontraktionen veranlassen. Bei der Behandlung von Bein- und Rumpfmuskulatur, zu der ja auch der Beckenboden gehört, steht der Patient auf einer Wippe, die mit Frequenzen zwischen 10 und 30 Hz um eine sagittale Achse schwingt (vgl. Abb. 4). Dadurch werden die Beine alternierend sehr schnell einen kurzen Weg (1,4 cm) hochgestoßen. Dies führt zu einer Verlängerung von Muskelfasern, die reflektorisch mit einer Kontraktion reagieren. Diese Trainingsform führt schnell zu er-

heblichen Steigerungen der Muskelleistung, und findet in Rehabilitation und Leistungssport zunehmend Anwendung (s. [www.galileo2000.de](http://www.galileo2000.de); dort umfangreiche Literaturangaben; Fa. Novotec Pforzheim). Nachdem Patientinnen, die aus nicht-urologischer Indikation behandelt wurden, mehrfach spontan berichtet hatten, dass ihre Harninkontinenz besser geworden sei, laufen jetzt kontrollierte Versuche zum Einsatz der reflektorischen Muskelstimulation in der Inkontinenzbehandlung. Die Zwischenergebnisse sind verheißungsvoll.

### Medikamentöse Therapie

Die pharmakologische Therapie der Harnblasenfunktionsstörungen soll hier lediglich in einigen Hauptzügen dargestellt werden. Dass vor einer rationalen Pharmakotherapie eine Diagnose steht, ist klar. Gerade die Harninkontinenz zeigt, wie wichtig es ist, organspezifisch und fachübergreifend gleichzeitig zu denken und handeln. Wichtig sind bei langfristigen Störungen die Differenzierung der Detrusoraktivität, die urodynamische Untersuchungen verlangt, und die Beurteilung des Kontinenzapparates. Auch mechanische Obstruktionen sind auszuschließen. Bei mehreren Störungen sind multimodale Therapieansätze erforderlich. Dass Harnwegsinfektionen Inkontinenz auslösen, ist hinreichend bekannt.

Wawroscheck, Bannert und Harzmann betonen in ihrem ausgezeichneten Buch über „Arzneimitteltherapie in der Urologie“ (Stuttgart 2000), das zur Vertiefung des Themas sehr empfohlen wird, dass gerade der Detrusor medikamentös gut zu beeinflussen ist. Sie weisen darauf hin, dass Patienten sehr individuell auf verschiedene Pharmaka reagieren und deshalb ein Wechsel auf ein anderes Präparat der gleichen Substanzgruppe sinnvoll sein kann, wenn Nebenwirkungen oder unzureichende Wirkungen es verlangen.

**Dranginkontinenz/Detrusorhyperaktivität → Domäne der Anticholinergika ist die Detrusorhyperaktivität**, die in neurogen (Hyperreflexie, Reflexinkontinenz) und nicht-neurogen (Detrusorinstabilität) eingeteilt wird. Die Anwendung wird begrenzt durch Nebenwirkungen, die gerade den Geriater sorgenvoll stimmen, denn von Anticholinergika wird vermutet, dass sie sich negativ auf die kognitiven Funktionen auswirken. Mundtrockenheit, Obstipation und Sehstörungen sind häufig und müssen regelmäßig überprüft werden.

Oxybutynin ist international am weitesten verbreitet. Von Trospiumchlorid werden in einigen Studien weniger Nebenwirkungen berichtet. Dem Propiverin werden eine direkte muskulotrope Spasmolyse und leichte analgetische Wirkung zugeschrieben. Das Tolterodin ist der neueste Vertreter in dieser Gruppe; seine anticholinergen Nebenwirkungen werden als deutlich geringer berichtet. Für den Autor wäre der Nachweis fehlender kognitiver Beeinträchtigung in der Langzeitanwendung der entscheidende Punkt für die Auswahl. Flavoxat ist ein myotropes Spasmolytikum ohne anticholinerge Effekte; seine Effektivität soll geringer sein.

**Stressinkontinenz →** Wie vorne betont, scheint bei dieser Inkontinenzform das früh beginnende Training des Beckenbodens der Knackpunkt zu sein. In der urodynamischen Untersuchung

zeigt sich, dass es zum Harnverlust ohne Detrusorkontraktion kommt. Hier ist die Anamnese (Husten, Nießen, Pressen, Heben) eine Möglichkeit, Verlauf und Schweregrad zu bestimmen. Bei postmenopausalem Östrogenmangel kann der urethrale Verschlussdruck durch *Hormonsubstitution* erhöht werden. Estriol kann p. o., perkutan oder lokal als Creme oder Ovulum appliziert werden.

*Alpha-Sympathomimetika* (z. B. Midodrin) bewirken eine Erhöhung des Blasenauflasswiderstandes.

### Gesamtbewertung und Ausblick

Die geschilderten Maßnahmen und Möglichkeiten zur Behandlung der Harninkontinenz sind vielfältig und belegen ein breites Repertoire an Chancen. Da immer größere Segmente der Bevölkerung ein hohes Alter erreichen, werden Inzidenz und Prävalenz der Harninkontinenz weiter zunehmen. Es ist ein weites Feld, würde der alte Briest sagen, und im Interesse unserer Patientinnen und Patienten müssen wir es noch mehr als bisher bearbeiten. ■

### Danksagung

Ein herzliches Dankeschön an „unsere“ Urologen, Herrn Dr. Martin Leibbrand, und sein Praxisteam, der in der täglichen Zusammenarbeit und der Vorbereitung dieses Artikels wesentlich geholfen hat

*Literatur beim Verfasser*

### FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Harninkontinenz ist eine häufige, oft verheimlichte Störung.
- Sie trifft Frauen häufiger und in der Regel früher als Männer. Dies hat pathophysiologische und evolutionsbiologische Gründe. Die weite weibliche Beckenöffnung mit Harnröhre, Vagina/Geburtskanal und After wird durch eine delikate Konstruktion von Muskelschlingen gebildet. Durch Geburten, aber auch altersassoziierte Strukturveränderungen der Muskulatur wird der Beckenboden funktionell relevant verändert.
- Der Beckenboden ist als Struktur aus willkürlicher Skelettmuskulatur trainierbar; diese Kernbotschaft muss den Patientinnen rechtzeitig in mittleren Jahren vermittelt werden.
- Bei älteren, multimorbiden Patienten spielen geriatrische Besonderheiten eine Rolle; bei ihnen muss die Inkontinenz mit Multimorbidität und Multimedikation in Zusammenhang gebracht werden.
- Neben den medikamentösen Möglichkeiten sind Beckenbodentraining, Biofeedback, Elektrostimulation, Vaginalkoni und Toilettentraining Therapieformen, die entsprechend der jeweiligen Inkontinenzform und Begleiterkrankungen eingesetzt werden können.