

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Hirnleistungsstörungen/Demenzen
als Ursache der Inkontinenz -
neurologische Aspekte**

Dal-Bianco P

*Journal für Urologie und
Urogynäkologie 2004; 11 (1)*

(Ausgabe für Österreich), 19-21

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2004; 11 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 19-21

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2004; 11 (1)

(Ausgabe für Deutschland), 17-19

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Hirnleistungsstörungen/Demenzen als Ursache der Inkontinenz – neurologische Aspekte

P. Dal-Bianco

Inkontinenz ist ein häufiges Problem älterer dementer Patienten und gilt als einer der Hauptgründe für die Pflegeheimweisung. Mehr als die Hälfte der Pflegepatienten leidet an kognitiven Störungen, dessen Schweregrad direkt proportional mit dem Ausmaß der Inkontinenz korreliert [1]. Die Koinzidenz von Demenz und Inkontinenz soll nicht dazu verleiten, sofort auf einen neuropathologischen Zusammenhang zu schließen. Deshalb ist es ratsam, inkontinente Demenzpatienten zum Ausschluß neurologischer, urologischer und interner Ursachen begutachten zu lassen. Inkontinenz ist nicht nur eine Bürde für Betroffene und Betreuer, sondern auch mit erhöhter Mortalitätsrate bei älteren Menschen assoziiert [2]. Patienten mit Hirnleistungsstörungen können durch Toiletentraining profitieren, während Biofeedbackmethoden Erfolge bei Patienten mit geringeren kognitiven Einbußen zeigen. Evaluationsstudien könnten Patientengruppen definieren, die von speziellen „maßgeschneiderten“ Inkontinenzmanagements optimal profitieren, um die jeweils kosteneffektivste Vorgangsweise für den klinischen Alltag auswählen zu können.

*Incontinence is a common problem of old demented people and is one of the main causes of institutionalization in the elderly. More than half of the patients living in carehomes have substantial cognitive impairments. The severity of these impairments is related to the extent of incontinence. The coincidence of dementia and incontinence should not mislead to the immediate conclusion concerning neuropathological connections between both deficits. It is therefore advisable to send incontinent patients with dementia to a neurological, urological and medical examination for exclusion of primary somatic reasons. Incontinence is not only a burden for the patient and the caregiver, but is also an increased risk factor for mortality in elderly people living at home. Patients with mental impairment may improve by toilet-training, whereas select elderly patients may benefit from biofeedback methods. A management approach to incontinence could lower laundry and supply costs, and improvements in mobility could reduce nursing time spent dealing with incontinence. *J Urol Urogynaekol* 2004; 11 (1): 19–21.*

Inkontinenz bedeutet die Funktionsbeeinträchtigung der Blasen- und/oder Enddarmfunktion, in deren Folge unbeabsichtigt Harn und/oder Stuhl zum falschen Zeitpunkt am falschen Ort abgeht. Blase und Enddarm senden Nervensignale zum Gehirn, machen Harn- und/oder Stuhldrang bewußt, so daß willkürlich Zeitpunkt und Ort der Entleerung bestimmt werden kann. Sofern dieser neuronale Regelkreis intakt ist und das Wissen wie, wann und wo Harn bzw. Stuhl abgesetzt werden kann, läuft dieser Funktionsbereich physiologisch ab. Patienten, die an einer Alzheimer-Krankheit oder anderen dementiellen Störungen leiden, erfahren im Krankheitsverlauf einen intellektuellen Abbau, der zur Inkontinenz führen kann.

Die Tatsache, daß Hirnleistungsstörung/Demenz und Harn-/Stuhlinkontinenz oft gemeinsam einhergehen, fördert die Schlußfolgerung, daß zwischen den neuronalen Veränderungen, die zu einer Demenz führen und den neuronalen Prozessen, die in eine Inkontinenz münden, ein Zusammenhang besteht. Für diesen Zusammenhang gibt es jedoch keine gesicherten Anhaltspunkte.

Prävalenzdaten

Die Prävalenz der fäkalen Inkontinenz wird in den USA für die Gesamtbevölkerung mit knapp über 2 % angegeben. 30 % der inkontinenten Patienten sind älter als 65 Jahre und 63 % weiblich [3]. Die Angaben über Inkontinenz für Personen über 65 Jahren schwankt allerdings in der Literatur beträchtlich und liegt zwischen 4 und 27 %. Die Prävalenz von Stuhl- und Harninkontinenz wurde bei 1049 Frauen („community-residing elderly women“) im Alter von über 60 Jahren in Holland untersucht. Die Prävalenzrate der Harninkontinenz lag bei 23,5 %. Täglicher Harnverlust trat bei 14 % auf. Im Alter zwischen 60 und 84 Jahren lag die Stuhlinkontinenz bei 4,2 % und stieg bei den über 85jährigen auf 16,9 %. In allen Altersgruppen konnte ein Zusammenhang zwischen Mobilitätsbeeinträchtigung und Häufigkeit der Harninkontinenz festgestellt werden [4].

Die Prävalenz für fäkale Inkontinenz wird in amerikanischen Pflegeheimen für Langzeitpatienten mit über 50 % angegeben [5]. Issac und Walkley publizierten, daß 80 % der Patienten, die in eine Pflegeinstitution aufgenommen werden, an Inkontinenz leiden [6].

Die Prävalenz von chronischen gastrointestinalen Symptomen und des „irritable bowel syndrome“ (IBS) betagter Menschen ist unzureichend bekannt. Von 328 alten, nicht institutionalisierten Menschen klagten 24,3 % über häufig auftretende abdominale Beschwerden: 24,1 % gaben chronische Obstipation und 14,2 % wiederholt chronische Diarrhoe, 3,7 % Stuhlinkontinenz > 1mal/Woche an. Nur 23 % dieser IBS-Patienten suchten im Zeitraum des vorangegangenen Jahres einen Arzt auf [7]!

Doppelinkontinenz ist zwölfmal häufiger als fäkale Inkontinenz alleine und 50–70 % der harninkontinenten Patienten sind zusätzlich stuhlinkontinent [3].

Klinische Fragen zur ätiologischen Abklärung der Inkontinenz

- Ist das Urogenitalsystems strukturell und neuromuskulär intakt?
- Wirken die eingenommenen Medikamente ungünstig auf Miktions-/Stuhlgang?
- Ist ein Miktions-/Defäkationsstimulus vorhanden?
- Ist die Patientenmobilität ausreichend für eine effiziente Reaktion?
- Ist die Fähigkeit/Fertigkeit vorhanden, sich vor dem Urinieren oder Stuhlabsetzen zu entkleiden?
- Besteht genügend soziale Aufforderung, die Toilette zu benutzen?
- Ist der Patient motiviert, den Urin-/Stuhlabgang zu unterdrücken?
- Ist die kognitive Fähigkeit vorhanden, den Zeitpunkt eines Stuhl- und Harndrangs zu interpretieren und darauf adäquat zu reagieren?

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. Peter Dal Bianco, Universitätsklinik für Neurologie, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20, E-mail: Peter.Dal-Bianco@univie.ac.at

Im psychiatrischen Bereich können Depressionen oder Verhaltensstörungen Inkontinenz bewirken:

- Besteht eine Depression mit schwerer Antriebs-
hemmung?
- Bestehen Verhaltensstörungen, die als Ausdrucksart das
Einnässen oder Einkoten haben, um Konflikte der Um-
welt mitzuteilen?

Die ätiologische Abklärung beginnender Inkontinenz
dementer Patienten sollte durch neurologische, urologi-
sche und interne Begutachtung erfolgen.

Präventiv- und Hilfsmaßnahmen für Inkontinenz

Da das Verständnis dementieller Patienten für Inkontinenz
eingeschränkt ist, kann die Behandlung besonders schwie-
rig sein. Folgende Empfehlungen können Inkontinenz-
beschwerden reduzieren helfen:

- Verbesserung der Motilität (z. B. Seh-, Hörhilfen,
Mobilitätssteigerung etc.).
- Iatrogene Interventionen mit Inkontinenzfolgen sind zu
beachten (Diuretika, Schlaf-/Beruhigungsmittel, Neuro-
leptika und andere sedierende Medikamente oder die
physische Fixierung des Kranken).
- Verwirrte Patienten unterstützen, rechtzeitig die Toilet-
te aufzusuchen.
- Ballaststoffreiche Ernährung und ausreichende Flüssig-
keitszufuhr beachten.
- Kleidungsstücke sollten leicht zu öffnen, die Toiletten
klar gekennzeichnet, gut beleuchtet und behinderten-
gerecht gestaltet sein (z. B. Haltegriffe, erhöhte
Toilettensitze etc.).
- Toiletentraining mit dem Ziel der regelmäßigen Entlee-
rung.

Dazu werden die individuellen Gewohnheiten der Pa-
tienten berücksichtigt. Tagesprotokolle müssen über längere
Zeitspannen bezüglich Blasen- und Darmentleerung
erstellt werden. Menge und Art zugeführter Getränke wer-
den notiert und ein Toilettenplan erarbeitet: Eine halbe
Stunde vor der vermuteten Blasenentleerung wird der Pati-
ent zum Toilettengang aufgefordert etc. Der erarbeitete
Zeitplan sollte mittels Wecker oder Schaltuhr eingehalten
werden.

Chassagne et al. stellten fest [8], daß langfristige oder
permanente Stuhlinkontinenz – als Merkmal für schlech-
ten Gesundheitszustand – mit erhöhter Mortalitätsrate ein-
hergeht und die Mobilitätsförderung der Stuhlinkontinenz
Betrogter entgegenwirke.

Risikofaktoren und negative Einflüsse auf Inkontinenz

Es gibt geradezu inkontinenzermunternde Maßnahmen,
wie etwa:

- prophylaktische Versorgung mit Einlagen (Windeln),
- zeitliche, physische und/oder psychische Überforde-
rung der Betreuer,
- ungenügende Ausbildung und schlechte Bezahlung
des Pflegepersonals,
- ökonomische Maßnahmen (Einlagen sind billiger als
Personalkosten).

Kelly und Flint stellen fest, daß Harninkontinenz bei
Demenzpatienten häufiger auftritt als bei gleich alten,
nicht dementen Menschen.

Mit zunehmendem Schweregrad der kognitiven Stö-
rung und/oder physischen Mobilitätsbeeinträchtigung steigt
die Zahl inkontinenter Patienten. Als unabhängige Risiko-
faktoren werden von Nelson et al. „female sex, advancing
age, poor general health, and physical limitations“ ange-
führt [3]. Roberts et al. stellen fest [9], daß Personen mit
singulärer Inkontinenzform mit höherer Wahrscheinlich-
keit bald auch von der dualen Inkontinenz (Alvi et Urini)
betroffen sind. Patientenalter und männliches Geschlecht
erhöhen das duale Inkontinenzrisiko. Borrie et al. errech-
neten eine signifikant inverse Korrelation zwischen menta-
lem/phischem Zustand und dem Schweregrad der In-
kontinenz [10].

Auf Grund der Datenauswertung von 1473 Menschen
älter als 65 Jahre wurden folgende Inkontinenz-Risikofak-
toren, die sich als geschlechtsunabhängig erwiesen, fest-
gestellt [5]:

- Lebensalter über 75a
- Schlechter Gesundheitszustand/reduzierte Alltagsakti-
vitäten
- Schlaganfall
- Demenz
- Sozialer Rückzug
- Reduzierte Lebensqualität („lack of life worth living“,
„Ikigai“)

Jeder zweite Pflegeheimpatient leidet an Harn-
inkontinenz, stellten Ouslander et al. fest [1]: 64 % sind
schon zum Zeitpunkt der Heimaufnahme, hatten mehr als
eine inkontinente Episode pro Tag oder kamen mit Dauer-
katheter. Mehr als die Hälfte dieser Patienten litt zusätzlich
an Stuhlinkontinenz. Der Großteil dieser Patientengruppe
hatte kognitive Defizite, deren Schweregrad direkt propor-
tional mit dem Ausmaß der Inkontinenz korrelierte.

Nelson et al. stellen eine häufige Koexistenz von Stuhl-
und Harninkontinenz fest und machen auf folgende Risi-
kofaktoren aufmerksam: Sondenernährung, Diarrhoe und
Reduktion der Alltagsfähigkeiten [11]. Inkontinenz ist
nicht nur eine Bürde für Betroffene und Betreuer, sondern
ist auch mit erhöhter Mortalität bei älteren Menschen asso-
ziiert [12].

Ökonomische Aspekte der Inkontinenz

Inkontinenz ist der zweithäufigste Grund für die Heim-
bzw. Spitalsaufnahme älterer Patienten. Laut O'Donnell et
al. sind folgende Gründe für Spitals- und Pflegeheim-
einweisung alter Patienten statistisch an erster Stelle [12]:

- Verhaltensstörungen paranoider und aggressiver Art
- Inkontinenz
- Schwere kognitive Störungen mit Funktionseinbußen
in der Selbstversorgung

Weder Patientencharakteristika wie Alter, Geschlecht
und Ausbildung, noch die Stellung des Betreuers zum Pati-
enten (z. B. EhepartnerIn, Tochter oder Sohn etc.) beein-
flussen die Institutionseinweisung [12].

Borrie et al. untersuchten bei 457 Pflegepatienten im
Alter von durchschnittlich 74 Jahren die Prävalenzraten
der Inkontinenz, den Pflegemehraufwand und die wegen
Inkontinenz aufkommenden Kosten [10]:

- Prävalenzrate für Harninkontinenz 62 %, für Stuhl-
inkontinenz 46 % und für Doppelinkontinenz 44 %.
- Eine Stunde Pflegemehraufwand pro Tag und Patient.

- Der zusätzliche Kostenmehraufwand beträgt 9771 USD pro Patient pro Jahr.

Evaluationsstudien sollten Patientengruppen definieren, die von unterschiedlich „maßgeschneiderten“ Inkontinenzmanagements optimal profitieren, um künftig die kosteneffektivste Vorgangsweise für die tägliche Versorgung auswählen zu können.

Literatur:

1. Ouslander G, Kane RL, Abrass IB. Urinary incontinence in elderly nursing home patients. JAMA 1982; 248: 1194–8.
2. Nakanishi N, Tatara K, Shinsho F et al. Mortality in relation to urinary and faecal incontinence in elderly people living at home. Age Ageing 1999; 28: 301–6.
3. Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community-based prevalence of anal incontinence. JAMA 1995; 274: 559–61.
4. Kok AL, Voorhorst FJ, Burger CW, van Houten P, Kenemans P, Janssens J. Urinary and faecal incontinence in community-residing elderly women. Age Ageing 1992; 21: 211–5.
5. Nakanishi N, Tatara K, Naramura H, Fujiwara H, Takashima Y, Fukuda H. Urinary and fecal incontinence in a community-residing older population in Japan. J Am Geriatr Soc 1997; 45: 215–9.
6. Issac B, Walkley FA. A survey of incontinence in elderly hospital patients. Gerontol Clin 1964; 6: 367–76.
7. Talley NJ, O’Keefe EA, Zinsmeister AR, Melton LJ III. Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly: a population-based study. Gastroenterology 1992; 102: 895–901.
8. Chassagne P, Landrin I, Neveu C et al. Fecal incontinence in the institutionalized elderly: incidence, risk factors, and prognosis. Am J Med 1999; 106: 185–90.
9. Roberts RO, Jacobsen SJ, Reilly WT, Pemberton JH, Lieber MM, Talley NJ. Prevalence of combined fecal and urinary incontinence: a community-based study. J Am Geriatr Soc 1999; 47: 837–41.
10. Borrie MJ, Davidson HA. Incontinence in institutions: costs and contributing factors. CMAJ 1992; 147: 322–8.
11. Nelson R, Furner S, Jesudason V. Fecal incontinence in Wisconsin nursing homes: prevalence and associations. Dis Colon Rectum 1998; 41: 1226–9.
12. O’Donnell BF, Drachman DA, Barnes HJ, Peterson KE, Swearer JM, Lew RA. Incontinence and troublesome behaviors predict institutionalization in dementia. J Geriatr Psychiatry Neurol 1992; 5: 45–52.

a.o. Univ.-Prof. Dr. med. Peter Dal-Bianco

Geboren 1951 in Innsbruck. 1976 Promotion zum Dr. med. univ. Medizinische Fakultät Wien. Zwei Auslandssemester in GB, Glasgow University. 1982 Facharzt Diplom für Neurologie und Psychiatrie. 1985–1986 Max-Planck-Institut für neurol. Forschung in Köln (Prof. Dr. W. D. Heiss). 1987 Habilitation für klinische Neurologie an der Universität Wien. Eigenverantwortliche neurologische Forschungs- u. Lehrtätigkeit, Rigorosumsprüfer im Fachgebiet Neurologie. 1987 Aufbau und Leitung der Spezialambulanz für Gedächtnisstörungen. Seit 1989 Leiter der Neurologischen Allgemeinambulanz d. Univ. Klinik f Neurologie. 1997 Verleihung des tit. ao. Universitätsprofessors. 1997–2002 Präsident der Österreichischen Alzheimer-Gesellschaft.



Forschungsschwerpunkte: Alters- und Systemerkrankungen d. Zentralnervensystems, Gedächtnisstörungen, Demenzen, Alzheimerkrankheit, Zerebrovaskuläre Erkrankungen. Mitglied von in- u. ausländischen Fachgesellschaften; in- u. ausländische Vortrags- u. Publikationseinladungen.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)