

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Das Erstgespräch bei

Harninkontinenz

Dungl A, Riss P

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2005; 12 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 8-11

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



A. Dungl, P. A. Riss

DAS ERSTGESPRÄCH BEI HARNINKONTINENZ

Das Erstgespräch bei Harninkontinenz ist ein wesentlicher Schritt der Diagnostik. Wie Bausteine fügen sich die Anamnese-daten zu einem Gesamtbild, das in weiterführende nichtinvasive und invasive Untersuchungen mündet oder zu einer Therapieentscheidung führen kann.

Eine Strukturierung des Erstgesprächs kann sich aus der Einteilung in neun Bausteine ergeben. Für jeden einzelnen Persönlichkeitsbereich und individuellen Lebensumstand haben sich in der urogynäkologischen Sprechstunde zwei bis drei grundsätzliche Fragen bewährt (Abb. 1).

1. PERSON, KONSTITUTION, BERUF

Wenn Harninkontinenz auch nicht zwingend eine Folge des natürlichen Alterungsprozesses sein muß, besteht doch eine Korrelation des Auftretens von Harninkontinenz mit dem Lebensalter. Verminderung der Blasenkapazität, Änderung der Beckenbodenstrukturen sowie hormonelle Veränderungen mit der Menopause erklären dies. Eine Reihe von Veränderungen und Erkrankungen, die mit dem Alter zusammenhängen, wie etwa eingeschränkte Mobilität, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Morbus Parkinson oder Demenz, tragen ebenfalls zu dieser Entwicklung bei.

Genetische Faktoren scheinen eine Rolle zu spielen. Frauen, deren Mutter oder Schwester inkontinent sind, haben ein höheres Erkrankungsrisiko. Eine angeborene Bindegewebschwäche zeigt sich auch in der Ausbildung von Varizen und Beckenbodenschwäche, gefolgt von Scheiden- und Gebärmutter-senkung mit der entsprechenden Beschwerdesymptomatik.

Ein eindeutiger Risikofaktor ist ein erhöhtes Körpergewicht. Vermehrter Druck im Bauchraum schwächt Muskulatur, Bindegewebe und Nervenbahnen.

Ernährungsgewohnheiten, die mit chronischer Obstipation einhergehen, bedingen übermäßiges Pressen zur Darmentleerung und damit eine Überbeanspruchung der Beckenbodenstrukturen. Frauen mit einem erhöhten BMI haben ein über vierfach erhöhtes Risiko, eine Belastungsinkontinenz, und ein über doppelt so hohes Risiko, eine Dranginkontinenz zu entwickeln. Berufsbedingte körperliche Belastungen, wie häufiges Heben schwerer Lasten, stellen in diesem Sinne ebenso einen Risikofaktor dar.

Rauchen nimmt in zweifacher Hinsicht Einfluß auf die Entwicklung von Harninkontinenz. Nikotin schädigt erwiesenermaßen das Gewebe des Beckenbodens. Chronischer Husten durch Nikotinmißbrauch führt wiederum zu einer Erhöhung des intraabdominellen Druckes.

Fragen:

1. Alter, Größe, Gewicht?
2. Beruf, Senkungsbeschwerden, Varikosität, Rauchen?

2. HARNVERLUST

Harnverlust ist für viele Frauen noch immer ein Tabuthema! Obwohl weltweit drei von zehn Frauen davon betroffen sind und diese Frauen dadurch eine bedeutende Einschränkung ihrer Lebensqualität erfahren, ist das Reden darüber nicht selbstverständlich. Viele Frauen glauben, Inkontinenz sei eine natürliche Alterserscheinung, die sie hinnehmen müßten und genieren sich, ihrer Ärztin, ihrem Arzt oder ihrem Partner davon zu erzählen.

„Suffer in silence“ darf keine Lösung dieses Problems sein. Das Ansprechen dieses Themas und Schaffen einer guten Gesprächsatmosphäre ist eine unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen des Erstgesprächs (Abb. 2).

Harninkontinenz ist eine Krankheit, bei der unwillkürlicher Harnverlust ein soziales oder ein hygienisches Problem ist und dies objektiv nachgewiesen werden kann. Wir teilen definitionsgemäß (nach Empfehlung der International Continence Society aus dem Jahr 2002) Harninkon-

Abbildung 1: Bausteine des Erstgesprächs bei Harninkontinenz

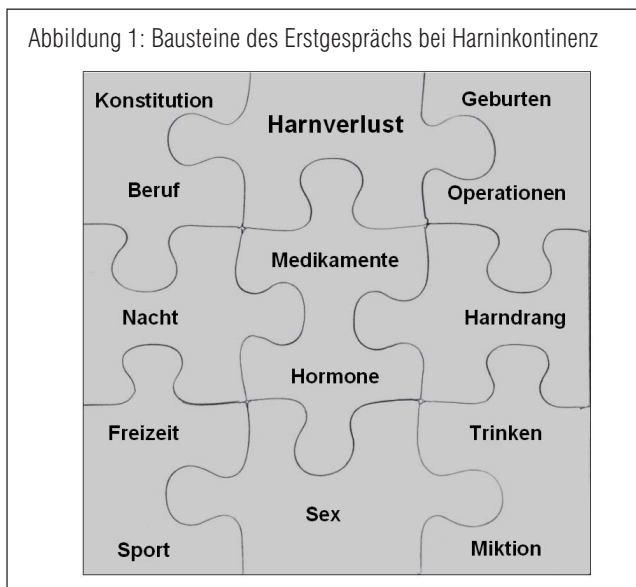


Abbildung 2: Das Erstgespräch – wichtig ist eine ungestörte Atmosphäre, in welcher auch intime Bereiche angesprochen werden können.



tinenz in verschiedene Formen ein: Belastungsinkontinenz, Dranginkontinenz und Mischinkontinenz sind die häufigsten Formen. Daneben unterscheiden wir Überlaufinkontinenz, Reflexinkontinenz und Enuresis nocturna (der Verlust von Harn im Schlaf).

Nicht kontrollierbarer Harnverlust bei körperlichen Aktivitäten wie raschen Bewegungen, Laufen oder Stiegensteigen oder bei Druckerhöhung im Bauchraum beim Lachen, Husten und Niesen bezeichnen wir als Belastungsinkontinenz.

Ist der Harnverlust begleitet von starkem Harndrang oder geht dem Harnverlust ein nicht unterdrückbarer Harndrang voraus, sprechen wir von Dranginkontinenz. Einer Detrusorkontraktion auf dem Boden einer Hyperaktivität oder Instabilität folgt eine Relaxation des urethralen Sphinkters.

Bei der Mischinkontinenz sind die Umstände, die zum Harnabgang führen, beiden Inkontinenzformen zuzuordnen.

Im Alltag entwickeln Frauen eine Fülle von Strategien, mit dem Harnverlust umzugehen. Der häufige Wäschewechsel oder das Tragen von Vorlagen sind Möglichkeiten, dem „Naßwerden“ zu begegnen.

Fragen:

1. Müssen Sie eine Vorlage tragen?
2. Verlieren Sie Harn beim Husten Niesen, Lachen, Heben oder Stiegensteigen?

3. HARNDRANG

Plötzlicher Harndrang mit nicht kontrollierbarem Harnabgang bedeutet eine massive Beeinträchtigung im Alltag. Die Patientin wird vom Drang gleichsam überfallen. Der Harnabgang geschieht nicht als Folge körperlicher Aktivitäten und ist somit nicht vorherzusehen.

Ständige Toilettengänge, mit Entleerung nur geringer Harnmengen, bestimmen den Tagesablauf. Die Beeinträchtigung am Arbeitsplatz und im Privatleben bedeutet eine große Belastung. Als Vermeidungsstrategie ziehen sich die betroffenen Frauen aus ihrem sozialen Umfeld

zurück. Die Sorge, in Gesellschaft naß zu werden und schlecht zu riechen, drängt sie oftmals in die soziale Isolation. Ausfälle am Arbeitsplatz sind in wirtschaftlich ökonomischer Hinsicht nicht zu unterschätzen.

Vermehrter Drang kann Symptom einer Harnwegsinfektion sein. Frauen neigen aufgrund ihrer relativ kurzen Harnröhre zu Blasenentzündungen, vor allem durch Keime, die aus dem Darm und aus der Scheide aufsteigen. Blasensteine oder tumoröse Veränderungen in der Harnröhre oder Harnblase können sich ebenfalls als vermehrter Harndrang äußern. Diesem Umstand ist natürlich durch weiterführende Diagnostik Rechnung zu tragen.

Neurologische Erkrankungen wie Multiple Sklerose sowie Läsionen peripherer Nerven durch traumatische Verletzungen im kleinen Becken müssen erfragt werden, um sie als Ursache für Detrusorhyperreflexie auszuschließen.

Fragen:

1. Verlieren Sie Harn nach nicht unterdrückbarem Harndrang?
2. Neigen Sie zu Harnwegsinfektionen?
3. Leiden Sie unter neurologischen Erkrankungen?

4. GEBURTEN, OPERATIONEN

Schwangerschaft und Geburt stellen erwiesene Risikofaktoren für die Entstehung von Harninkontinenz dar. Untersuchungen haben gezeigt, daß bis zu 85 % der Frauen in der Schwangerschaft unter Belastungsinkontinenz leiden. Auch wenn die Mehrzahl dieser Frauen nach der Entbindung wieder kontinent ist, so entwickeln doch drei von zehn Müttern innerhalb von 5 Jahren nach der Entbindung eine Inkontinenz.

Ob gynäkologische Operationen die Entwicklung von Inkontinenz begünstigen, ist noch nicht eindeutig erwiesen. Möglicherweise führen ausgedehnte gynäkologische Eingriffe so wie auch chirurgische Operationen und Strahlenbehandlung des kleinen Beckens zu Schädigung von Nervenfasern und Muskulatur.

Fragen:

1. Wie viele Kinder haben Sie geboren?
2. Hatten Sie eine Zangen- oder Vakuumgeburt oder einen Kaiserschnitt?
3. Hatten Sie eine Senkungs- oder Inkontinenzoperation oder andere OP?

5. MEDIKAMENTE, HORMONE

Viele häufig verordnete Medikamente haben direkt oder indirekt Einfluß auf Kontinenzmechanismen. Hochdruck- und Herzerkrankungen werden mit Entwässerungsmitteln behandelt, die über ein vergrößertes Ausscheidungsvolumen zu einer Erhöhung der Miktionsfrequenz und zu vermehrtem Drang führen. Wichtig ist, die Einnahmezeit zu erfragen, um etwa eine Störung der Nachtruhe bei später Einnahme zu vermeiden.

Eine folgenreiche Nebenwirkung von ACE-Hemmern in der Bluthochdrucktherapie ist chronischer Husten, der zu Belastungsinkontinenz führen kann. Betablocker steigern die Detrusorkontraktilität und verursachen damit eine erhöhte Miktionsfrequenz und Dranginkontinenz. NSAR, Säureblocker, Eisen- und Kalziumpräparate können über Auslösung von chronischer Obstipation zu Belastungsinkontinenz führen.

Östrogene haben zweifelsfrei einen Einfluß auf das Gewebe des unteren Harntrakts. Die postmenopausale Veränderung des Scheidenepithels kann zu Scheidentrockenheit und vermehrter Neigung zu Harnwegsinfekten führen, gesteigerter Drang und Inkontinenzepisoden können die Folge sein.

Fragen:

1. Welche Medikamente nehmen Sie?
2. Nehmen Sie Hormone?

6. TRINKEN, MIKTION

Durstgefühl und Flüssigkeitszufuhr sind individuell sehr verschieden. Den meisten Patientinnen fällt es schwer, darüber verlässliche Auskunft zu geben. Die angegebenen Trinkmengen variieren durchschnittlich von einem halben bis zu vier

Litern in 24 Stunden. Selbstverständlich müssen auffällig hohe Trinkmengen hinterfragt und abgeklärt werden, um sie als Symptom von Krankheiten wie Diabetes mellitus oder Diabetes insipidus auszuschließen.

Viele Frauen meinen, große Trinkmengen von drei bis vier Liter Flüssigkeit seien notwendig, um „Giftstoffe“ auszuscheiden und den Kreislauf zu stabilisieren. Andererseits schränken Frauen ihre Flüssigkeitszufuhr drastisch ein, um durch verminderte Harnmengenproduktion ihre Inkontinenzepisoden zu verringern.

Von Bedeutung ist auch die Art der Getränke. Kohlensäurehaltige Getränke, Kaffee und Tee fördern die Diurese und erhöhen somit die Ausscheidungsmenge und den Harndrang. Alkoholische Getränke steigern die Diurese, wirken sedierend und schränken die Mobilität ein. Dies kann zu Problemen führen, dem gesteigerten Harndrang nachzukommen und rechtzeitig die Toilette zu erreichen.

Das Miktionsverhalten ist vorwiegend durch Sauberkeitserziehung geprägt. Regelmäßiges Entleeren kleiner Harnmengen auf der eigenen Toilette soll verhindern, fremde Toiletten aufsuchen zu müssen. Häufiges Entleeren kleiner Harnmengen hilft, unkontrollierbaren Harnverlust zu vermeiden.

Verlässliche Angaben zu Trinkmengen, Miktionshäufigkeit, Ausscheidungsmengen und Inkontinenzepisoden sind durch das Führen eines Blasentagebuches mit genauen Zeitangaben über 24 Stunden zu erhalten. Bezugnehmend darauf kann eine Änderung des Trink- und des Miktionsverhaltens bereits zu einer Besserung der Lebensqualität führen.

Fragen:

1. Wie viel und wann trinken Sie pro Tag?
2. Wie oft entleeren Sie bei Tag die Harnblase?

7. NACHT

Einmal pro Nacht durch Harndrang geweckt zu werden und die Blase entlee-

ren zu müssen, ist normal. Mögliche andere Gründe für Schlafstörungen müssen anamnestisch ausgeschlossen werden.

Die Schlafunterbrechung durch Toilettgänge ist besonders störend und führt zu chronischer Müdigkeit. Für ältere, in ihrer Mobilität eingeschränkte Frauen besteht erhöhte Sturz- und Verletzungsgefahr. Als möglicher Therapieansatz ist auch hier die Interpretation eines Blasentagebuches hilfreich. Änderung des Trinkverhaltens mit Reduktion der abendlichen Flüssigkeitszufuhr ist ein einfacher Weg, die Nykturie zu vermeiden.

Wenn die Ursache der Nykturie in einer übermäßigen nächtlichen Harnproduktion liegt, kann diese medikamentös beeinflusst werden. Synthetisches Desmopressin (Minirin®) greift in den zentralen Regelkreis der Harnproduktion ein.

Fragen:

1. Wie viel und was trinken Sie am Abend/ in der Nacht?
2. Wie oft müssen Sie in der Nacht Harn lassen?

8. FREIZEIT, SPORT

Freizeitgestaltung ist ein wichtiger Aspekt unserer Lebensqualität. Harndrang und die Angst, Harn zu verlieren, kann zum Beispiel einen Theaterbesuch oder eine Kinovorstellung erheblich stören. Pflegen sozialer Kontakte wird durch die Sorge, das Tragen von Vorlagen könnte auffallen, Angst sich naß zu machen oder häufige Toilettgänge schwierig. Frauen ziehen sich aus ihrem sozialen Umfeld zurück, ihr Selbstwertgefühl leidet.

Bewegung und Sport sind wichtige Bereiche unserer Gesundheitsvorsorge. Harnverlust beim Laufen, Springen, Tanzen oder bereits bei rascheren Bewegungen, Stiegensteigen und Bergabgehen veranlassen Frauen, auf diese Aktivitäten zu verzichten. Mangelnde körperliche Bewegung wirkt sich ungünstig auf das Körpergewicht, den Beckenboden insbesondere und das allgemeine Wohlbefinden aus.

Ermutigung zu Sport kann durch die Empfehlung der vorherigen Blasenentleerung oder das Tragen eines Scheidentampons unterstützt werden.

Fragen:

1. Verlieren Sie Harn beim Laufen, Hüpfen, Tanzen?
2. Verlieren Sie Harn beim Stiegensteigen, Bergabgehen?

9. SEX

Die Frage nach einem Partner und nach Geschlechtsverkehr sollte in der gynäkologischen und urogynäkologischen Sprechstunde unbedingt Platz finden. Sie erfordert eine besonders vertrauensvolle Atmosphäre. Lust, Erregung, Orgasmus und eventuelle Veränderungen sind einfühlend zu thematisieren. Altersbedingte Scheidentrockenheit kann Schmerzen verursachen, eine ausgeprägte Scheiden- oder Gebärmutterensenkung kann sehr störend für den Sexualverkehr sein.

Harnverlust beim Geschlechtsverkehr ist ein besonders störendes und peinliches Ereignis. Ein Drittel der betroffenen Frauen verzichtet deswegen gänzlich auf Geschlechtsverkehr. Sensible Beratung bezüglich Blasenentleerung, Stellungsmöglichkeiten und Partnerberatung ist wichtig.

Lokale Hormontherapie kann hilfreich sein, dem atrophiebedingten Schmerz entgegenzuwirken. Ein besonders heikler Bereich ist die Frage nach sexuellem Mißbrauch.

Fragen:

1. Haben Sie Geschlechtsverkehr?
2. Ist die Scheide trocken, haben Sie Schmerzen beim GV?
3. Verlieren Sie Harn beim GV?

ZUSAMMENFASSUNG

Dieses Bausteinmodell eines Fragenkatalogs kann dem Erstgespräch ein gutes Gerüst geben.

Für eine erfolgreiche Behandlung muß die Patientin der Ärztin gegenüber ein

hohes Maß an Vertrauen entwickeln können. Um dies zu erreichen, hat es sich bewährt, die Anamnese mit einer offenen Frage zu beginnen, z. B. „Was sind Ihre Beschwerden?“ oder „Erzählen Sie mir bitte, wann Sie Harn verlieren.“

Mit der Technik des freien Interviews kann der Arzt aktiv zuhören, Reflexionen geben und zusammenfassen. So ist es möglich, zu den objektiven Angaben auch einen Eindruck über das emotionale Empfinden der Patientin zu erhalten.

Der Abschluß des Erstgespräches sollte immer die Frage sein: „Was stört Sie am meisten?“

So kann aus einer Fülle an Informationen, aus den objektiven Daten, aus der Interpretation und aus der Expertise der Ärztin die weiterführende Diagnostik festgelegt und ein individueller Therapieplan erarbeitet werden.

Dabei ist die Lebensqualität der Patientin das Kriterium, auf welches die Anamnese abzielt und auf das die Therapie abgestimmt werden soll.

Korrespondenzadresse:

*OA Dr. Andrea Dungal
Prim. Prof. Dr. Paul Riss
Abteilung für Gynäkologie und
Geburtshilfe
Landeskrankenhaus Thermenregion Mödling
A-2340 Mödling,
Sr. Maria Restituta-Gasse 12
E-mail: dungl.gyn@utanet.at*

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](#)