

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/367315299>

Diagnosis and Therapy of Female Urinary Incontinence. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k Level, AWMF Registry No. 015/091, January 2022): Part 2 with Recommendations on Int...

Article in *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* · January 2023

DOI: 10.1055/a-1967-1888

CITATIONS

0

READS

36

32 authors, including:



Gert Naumann

HELIOS Klinikum Erfurt

173 PUBLICATIONS 1,041 CITATIONS

SEE PROFILE



Werner Bader

Klinikum Bielefeld Mitte, Teaching Hospital of University Muenster, Germany

88 PUBLICATIONS 1,216 CITATIONS

SEE PROFILE



Kathrin Beilecke

St. Hedwig Krankenhaus, Berlin, Germany

27 PUBLICATIONS 250 CITATIONS

SEE PROFILE



B. Gabriel

St. Josefs-Hospital Wiesbaden

101 PUBLICATIONS 1,521 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Clinical outcomes of anti-stress-urinary-incontinence-surgery [View project](#)



Metabolic Factors and Hip Fracture Risk in Austria [View project](#)



**Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz der Frau
Leitlinie der DGGG, OEGGG und SGGG (S2k-Level, AWMF-
Registernummer 015/091, (Januar 2022)
Teil 1 mit Empfehlungen zu Diagnostik, konservativer und
medikamentöser Therapie**

Journal:	<i>Geburtshilfe und Frauenheilkunde</i>
Manuscript ID	GebFra-2022-10-1888-LL
Manuscript Type:	Guideline / Leitlinie
Date Submitted by the Author:	18-Oct-2022
Complete List of Authors:	<p>Naumann, Gert; HELIOS Klinikum Erfurt, gynecology and obstetrics; Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Uni Frauenklinik Düsseldorf</p> <p>Aigmüller, Thomas; Leoben Regional Hospital</p> <p>Bader, Werner; Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe</p> <p>Bauer, Ricarda; Ludwig-Maximilians-Universität München, Urologische Klinik und Poliklinik</p> <p>Beilecke, Kathrin; Alexianer Sankt Hedwig Kliniken Berlin GmbH, Klinik für Urogynäkologie</p> <p>Betschart Meyer, Cornelia; UniversitätsSpital Zürich, Klinik für Gynäkologie</p> <p>Bruer, Gunther; Frauenärztliche Praxis</p> <p>Bschleipfer, Thomas; Klinikum Coburg GmbH, Klinik für Urologie und Kinderurologie</p> <p>Deniz, Miriam; Universitätsklinikum Ulm, Gynaecology and Obstetrics University</p> <p>Fink, Thomas; Sana Klinikum Lichtenberg, Frauenklinik Abteilung Gynäkologie</p> <p>Gabriel, Boris; Josefs Hospital Wiesbaden, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe</p> <p>Gräble, Roswitha; Kontinenz-Selbsthilfe-Gruppe</p> <p>Grothoff, Matthias; Alexianer Sankt Hedwig Kliniken Berlin GmbH, Klinik für Radiologie</p> <p>Haverkamp, Axel; Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinik für Urologie und Kinderurologie</p> <p>Hampel, Christian; Marienhospital Erwitte, Klinik für Urologie</p> <p>Henscher, Ulla; Physiotherapiepraxis Lindenphysio Nord</p> <p>Huebner, Markus; Medical Center-University of Freiburg, Obstetrics and Gynecology</p> <p>Huemer, Hansjoerg; Bethesda Spital Basel, Frauenklinik</p> <p>Kociszewski, Jacek; Evangelisches Krankenhaus Hagen Haspe, Frauenklinik</p> <p>Koelbl, Heinz; Medizinische Universität Wien, AKH Wien, Klinische Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie</p> <p>Kölle, Dieter; Sanatorium Hera Wien, Abteilung Gynäkologie</p>

	<p>Kropshofer, Stephan; Medizinische Universität Innsbruck Department für Frauenheilkunde, Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Kuhn, Annette; Inselspital Universitätsspital Bern, Urogynaecology Nothacker, Monika; AWMF, AWMF-IMWi Oelke, Matthias; St Antonius Hospital Gronau GmbH, Klinik für Urologie, Kinderurologie und Urologische Onkologie Peschers, Ursula; Beckenboden Zentrum München Preyer, Oliver; Landeskrankenhaus Villach, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe Schultz-Lampel, Daniela; Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH Kliniken Donaueschingen, Kontinenzzentrum Südwest, Schwarzwald-Baar Klinikum Tamussino, Karl; Medical University of Graz, Austria, Department of OB/GYN Tholen, Reina; Referat Bildung und Wissenschaft, Deutscher Verband für Physiotherapie Tunn, Ralf; Alexianer Sankt Hedwig Kliniken Berlin GmbH, Klinik für Urogynäkologie Viereck, Volker; Kantonsspital Frauenfeld, Spital Thurgau AG, Blasen- und Beckenbodenzentrum Reisenauer, Christl; Universitätsklinikum Tübingen, Frauenklinik</p>
Schlüsselwörter (mind. 3):	Harninkontinenz, Belastungsinkontinenz, Dranginkontinenz, Beckenbodensonographie, konservative Therapie, medikamentöse Therapie
Keywords (min. 3):	urinary incontinence, stress urinary incontinence, urge urinary incontinence, pelvic floor ultrasound, conservative therapy, pharmacological therapy
Abstract / Zusammenfassung:	<p>Ziel: Im Dezember 2021 erschien die völlig überarbeitete interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientinnen mit einer Harninkontinenz (AWMF-Registernummer: 015-091) und fasst erstmals die früheren Leitlinien „Belastungsinkontinenz der Frau“, „Dranginkontinenz der Frau“ und die Leitlinie „Sonographie im Rahmen der urogynäkologischen Diagnostik“ zusammen. Die Koordination erfolgte durch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB).</p> <p>Methoden: Diese S2k-Leitlinie wurde durch einen strukturierten Konsens von repräsentativen Mitgliedern verschiedener Professionen im Auftrag der Leitlinienkommission der DGGG, OEGG und SGGG entwickelt. Grundlage der vorliegenden Leitlinie ist die aktuelle Leitlinienversion „Urinary Incontinence in Adults“ der European Association of Urology (EAU), zusätzlich wurden landesspezifische Punkte für das deutsche bzw. das österreichische und das Gesundheitswesen der Schweiz berücksichtigt.</p> <p>Empfehlungen: Die Kurzversion dieser Leitlinie beinhaltet Empfehlungen und Statements zur Epidemiologie, Ätiologie, Klassifikation, Symptomatik, Diagnostik und Therapie von Patientinnen mit einer Harninkontinenz. Spezifische Lösungsansätze für Diagnostik und konservative und medikamentöse Therapien werden für die unkomplizierte und komplizierte Harninkontinenz diskutiert.</p>

SCHOLARONE™
Manuscripts

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz der Frau

Leitlinie der DGGG, OEGGG und SGGG (S2k-Level, AWMF-Registernummer 015/091, (Januar 2022))

Teil 1 mit Empfehlungen zu Diagnostik, konservativer und medikamentöser Therapie

Diagnosis and Therapy of Female Urinary Incontinence

Guideline of the DGGG, OEGGG, SGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/091, January 2022)

Part 1 with Recommendations on Diagnostics and conservative and medical Treatment

Autoren

Gert Naumann^{1,2}, Thomas Aigmüller³, Werner Bader⁴, Ricarda Bauer⁵, Kathrin Beilecke⁶, Cornelia Betschart Meier⁷, Gunther Bruer⁸, Thomas Bschiepfer⁹, Miriam Deniz¹⁰, Thomas Fink¹¹, Boris Gabriel¹², Roswitha Gräble¹³, Matthias Grothoff¹⁴, Axel Haverkamp¹⁵, Christian Hampel¹⁶, Ulla Henscher¹⁷, Markus Hübner¹⁸, Hansjoerg Huemer¹⁹, Jacek Kociszewski²⁰, Heinz Kölbl²¹, Dieter Kölle²², Stephan Kropshofer²³, Annette Kuhn²⁴, Monika Nothacker²⁵, Matthias Oelke²⁶, Ursula Peschers²⁷, Oliver Preyer²⁸, Daniela Schultz-Lampel²⁹, Karl Tamussino³⁰, Reina Tholen³¹ †, Ralf Tunn⁶, Volker Viereck³², Christl Reisenauer³³

Institute

1 Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Helios Klinikum Erfurt, Germany

2 Universitätsfrauenklinik, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Germany

3 Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, LKH Hochsteiermark Leoben, Austria

4 Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Germany

5 Urologische Klinik und Poliklinik, Ludwig-Maximilians-Universität München, Germany

6 Klinik für Urogynäkologie, Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus Berlin, Germany

7 Klinik für Gynäkologie, Universitätsspital Zürich, Switzerland

8 Frauenärztliche Praxis Rostock, Germany

9 Klinik für Urologie und Kinderurologie, Klinikum Coburg, Germany

10 Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Ulm, Germany

11 Frauenklinik Abteilung Gynäkologie, Sana Klinikum Lichtenberg, Germany

12 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, St. Josefs-Hospital Wiesbaden, Germany

13 Kontinenz-Selbsthilfegruppe Villingen-Schwenningen, Germany

14 Klinik für Radiologie, Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus Berlin, Germany

15 Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsmedizin Mainz, Germany

16 Klinik für Urologie, Marienhospital Erwitte, Germany

- 1
2
3
4
5 17 Physiotherapiepraxis Lindenphysio-Nord, Hannover, Germany
6
7 18 Klinik für Frauenheilkunde, Universitätsklinikum Freiburg, Germany
8
9 19 Klinik für Frauenmedizin, Bethesda Spital AG Basel, Switzerland
10
11 20 Frauenklinik, Evangelisches Krankenhaus Hagen-Haspe, Haspe, Germany
12
13 21 Klinische Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie,
14 Medizinische Universität Wien, AKH Wien, Austria
15
16 22 Abteilung Gynäkologie Sanatorium Hera Wien, Austria
17
18 23 Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Medizinische Universität
19 Innsbruck, Austria
20
21 24 Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Universitätsspital Bern, Switzerland
22
23 25 AWMF
24
25 26 Klinik für Urologie, Kinderurologie und Urologische Onkologie, St. Antonius-
26 Hospital Gronau GmbH, Germany
27
28 27 Beckenbodenzentrum Isarklinikum München, Germany
29
30 28 Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe Landeskrankenhaus Villach, Austria
31
32 29 Kontinenzzentrum Südwest, Schwarzwald-Baar Klinikum, Kliniken Villingen-
33 Schweningen, Donaueschingen, Germany
34
35 30 Medizinische Universität – Landeskrankenhaus Graz, Universitätsklinik
36 für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klin. Abteilung für Gynäkologie, Austria
37
38 31 Reina Tholen †, Physio Deutschland, Dt. Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., Germany
39
40 32 Blasen- und Beckenbodenzentrum, Kantonsspital Frauenfeld, Spital Thurgau AG, Switzerland
41
42 33 Universitätsfrauenklinik, Universitätsklinikum Tübingen, Germany
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Zusammenfassung (Deutsch)

Ziel:

Im Dezember 2021 erschien die völlig überarbeitete interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientinnen mit einer Harninkontinenz (AWMF-Registernummer: 015-091) und fasst erstmals die früheren Leitlinien „Belastungsinkontinenz der Frau“, „Dranginkontinenz der Frau“ und die Leitlinie „Sonographie im Rahmen der urogynäkologischen Diagnostik“ zusammen. Die Koordination erfolgte durch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB).

Methoden:

Diese S2k-Leitlinie wurde durch einen strukturierten Konsens von repräsentativen Mitgliedern verschiedener Professionen im Auftrag der Leitlinienkommission der DGGG, OEGG und SGGG entwickelt. Grundlage der vorliegenden Leitlinie ist die aktuelle Leitlinienversion „Urinary Incontinence in Adults“ der European Association of Urology (EAU), zusätzlich wurden landesspezifische Punkte für das deutsche bzw. das österreichische und das Gesundheitswesen der Schweiz berücksichtigt.

Empfehlungen:

Die Kurzversion dieser Leitlinie beinhaltet Empfehlungen und Statements zur Epidemiologie, Ätiologie, Klassifikation, Symptomatik, Diagnostik und Therapie von Patientinnen mit einer Harninkontinenz. Spezifische Lösungsansätze für Diagnostik und konservative und medikamentöse Therapien werden für die unkomplizierte und komplizierte Harninkontinenz diskutiert.

Schlüsselwörter (Deutsch):

Leitlinie, Harninkontinenz, Belastungsinkontinenz, Dranginkontinenz, Beckenboden-Sonographie, konservative Therapie, medikamentöse Therapie

Schlüsselwörter (Englisch):

Guideline, urinary incontinence, stress urinary incontinence, urge incontinence, pelvic floor ultrasound, conservative therapy, pharmacological therapy

Korrespondenzadresse:

Priv. Doz. Dr. med. habil Gert Naumann

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Helios Klinikum Erfurt

Nordhäuser Str. 74, 99089 Erfurt

gert.naumann@helios-gesundheit.de

Universitätsfrauenklinik Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

I. Leitlinieninformationen

Leitlinienprogramm der DGGG, OEGGG und SGGG

Informationen hierzu finden Sie am Ende der Leitlinie.

Zitierweise

Leitliniendokumente

Die vollständige deutsche Langfassung und eine DIA-Version dieser Leitlinien sowie eine Aufstellung der Interessenkonflikte aller Autoren befinden sich auf der Homepage der AWMF:

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-091.html>

Leitliniengruppe

Siehe Tab. 1 und Tab. 2

Tabelle 1: Federführender und/oder koordinierender Leitlinienautor:

Autor	AWMF-Fachgesellschaft
Prof. Dr. med. Christl Reisenauer	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
Priv. Doz. Dr. med. habil. Gert Naumann	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Tabelle 2: beteiligte Leitlinienautoren/innen:

Die folgenden Fachgesellschaften / Arbeitsgemeinschaften / Organisationen / Vereine haben Interesse an der Mitwirkung bei der Erstellung des Leitlinientextes und der Teilnahme an der Konsensuskonferenz bekundet und Vertreter dafür benannt

Autor/in Mandatsträger/in	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein
PD Dr. med. Thomas Aigmüller	Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB)
Prof. Dr. med. Werner Bader	Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)
Prof. Dr. med. Ricarda Bauer	Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Dr. med. Kathrin Beilecke	Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) der DGGG
PD Dr. med. Cornelia Betschart	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) Schweizer Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie (AUG)
Dr. med. Gunther Bruer	Bundesverband der Frauenärzte
Prof. Dr.med. Dr.phil Thomas Bschleipfer	Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
PD Dr. med. Miriam Deniz	Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) der DGGG
Dr. med. Thomas Fink	Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) der DGGG
Prof. Dr. med. Boris Gabriel	Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) der DGGG
Roswitha Gräble	Patientinnenvertreterin
Prof. Dr. med. Matthias Grothoff	Experte Radiologie
Prof. Dr. med. Axel Haferkamp	Deutsche Kontinenz-Gesellschaft
Prof. Dr. med. Christian Hampel	Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Ulla Henscher	Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologie Geburtshilfe Urologie Proktologie (AG-GGUP) im Deutschen Verband für

Autor/in Mandatsträger/in	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein
	Physiotherapie (ZVK)
Prof. Dr. med. Markus Hübner	Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) der DGGG
Dr. med. Hansjoerg.Huemer	Schweizer Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie (AUG)
PD Dr. med. Jacek Kociszewski	Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) der DGGG
Prof. Dr. med. Dr. hc Heinz Kölbl	Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB)
Dr. med. Dieter Kölle	Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB)
Dr. med. Stephan Kropshofer	Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB)
Prof. Dr. med. Annette Kuhn	Schweizer Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie (AUG)
PD Dr. med. Gert Naumann	Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) der DGGG
Prof. Dr. med. Dr. phil. Matthias Oelke	Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Prof. Dr. med. Ursula Peschers	Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) der DGGG
Dr. med. Oliver Preyer	Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB)
Prof. Dr. med. Christl Reisenauer	Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) der DGGG
Prof. Dr. med. Daniela Schultz-Lampel	Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Prof. Dr. med. Karl Tamussino	Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und

Autor/in Mandatsträger/in	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein
	rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB)
Reina Tholen	Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologie Geburtshilfe Urologie Proktologie (AG-GGUP) im Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK)
Prof. Dr. med. Ralf Tunn	Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion e.V. (AGUB) der DGGG
Prof. Dr.med. Volker Viereck	Schweizer Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und Beckenbodenpathologie (AUG)

Die Moderation der Leitlinie wurde dankenswerterweise von Fr. Dr. Monika Nothacker (AWMF-zertifizierter Leitlinienberater/-moderator) übernommen.

II. Leitlinienverwendung

Fragestellung und Ziele

Die Leitlinie Harninkontinenz der Frau ist eine Zusammenstellung des aktuellen Wissensstandes und formaler Expertenkonsens im Hinblick auf Diagnostik und therapeutische Möglichkeiten als Orientierungskorridor für Ärztinnen und Ärzte, die diese Patientinnen behandeln.

Versorgungsbereich

Die Leitlinie umfasst das gesamte Spektrum der Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit einer Harninkontinenz und wurde für den ambulanten und den stationären Versorgungsbereich entwickelt. Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz gelten sowohl für die primärärztliche als auch für die spezialisierte Versorgung.

Anwenderzielgruppe / Adressaten

Die Leitlinie bezieht sich auf die Therapie von erwachsenen Frauen und richtet sich an alle Ärzte und Angehörigen von Berufsgruppen, die mit der ambulanten und/oder stationären Versorgung sowie Rehabilitation von Patientinnen mit einer Harninkontinenz befasst sind.

Verabschiedung und Gültigkeitsdauer

Die Gültigkeit dieser Leitlinie wurde durch die Vorstände/Verantwortlichen der beteiligten medizinischen Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaften, Organisationen und Vereine sowie durch den Vorstand der DGGG, SGGG, OEGGG sowie der DGGG/OEGGG/SGGG-Leitlinienkommission im Dezember 2021 bestätigt und damit in ihrem gesamten Inhalt genehmigt. Diese Leitlinie besitzt eine Gültigkeitsdauer vom 01.01.2022 bis 31.01.2024. Diese Dauer ist aufgrund der inhaltlichen Zusammenhänge geschätzt. Bei dringendem Bedarf kann eine Leitlinie früher aktualisiert werden, bei weiterhin aktuellem Wissensstand kann ebenso die Dauer verlängert werden.

III. Methodik

Grundlagen

Die Methodik zur Erstellung dieser Leitlinie wird durch die Vergabe der Stufenklassifikation vorgegeben. Das AWMF-Regelwerk (Version 1.0) gibt entsprechende Regelungen vor. Es wird zwischen der niedrigsten Stufe (S1), der mittleren Stufe (S2) und der höchsten Stufe (S3) unterschieden. Die niedrigste Klasse definiert sich durch eine Zusammenstellung von Handlungsempfehlungen, erstellt durch eine nicht repräsentative Expertengruppe. Im Jahr 2004 wurde die Stufe S2 in die systematische Evidenzrecherche-basierte (S2e) oder strukturelle Konsens-basierte Unterstufe (S2k) gegliedert. In der höchsten Stufe S3 vereinigen sich beide Verfahren.

Diese Leitlinie entspricht der Stufe: **S2k**

Empfehlungsgraduierung

Die Evidenzgraduierung nach systematischer Recherche, Selektion, Bewertung und Synthese der Evidenzgrundlage und eine daraus resultierende Empfehlungsgraduierung einer Leitlinie auf S2k-Niveau ist nicht vorgesehen. Es werden die einzelnen Statements und Empfehlungen nur sprachlich – nicht symbolisch – unterschieden (siehe Tabelle 3 und 4):

Tabelle 3: Graduierung von Empfehlungen (deutschsprachig)

Beschreibung der Verbindlichkeit	Ausdruck
Starke Empfehlung mit hoher Verbindlichkeit	Soll / Soll nicht
Einfache Empfehlung mit mittlerer Verbindlichkeit	Sollte / Sollte nicht
Offene Empfehlung mit geringer Verbindlichkeit	Kann / Kann nicht

Tabelle 4: Graduierung von Empfehlungen (englischsprachig)

(englischsprachig nach Lomotan et al. Qual Saf Health Care.2010)

Description of binding character	Expression
Strong recommendation with highly binding character	must / must not

Description of binding character	Expression
Regular recommendation with moderately binding character	should / should not
Open recommendation with limited binding character	may / may not

Statements

Sollten fachliche Aussagen nicht als Handlungsempfehlungen, sondern als einfache Darlegung Bestandteil dieser Leitlinie sein, werden diese als „Statements“ bezeichnet. Bei diesen Statements ist die Angabe von Evidenzgraden nicht möglich.

Konsensusfindung –und Konsensstärke

Im Rahmen einer strukturierten Konsenskonferenz nach dem NIH Typ (S2k/S3-Niveau) stimmen die berechtigten Teilnehmer der Sitzung die ausformulierten Statements und Empfehlungen ab. Der Ablauf war wie folgt: Vorstellung der Empfehlung, Inhaltliche Nachfragen, Vorbringen von Änderungsvorschlägen, Abstimmung aller Änderungsvorschläge. Bei nicht Erreichen eines Konsens (>75% der Stimmen), Diskussion und erneute Abstimmung. Abschließend wird abhängig von der Anzahl der Teilnehmer die Stärke des Konsens ermittelt (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Einteilung zur Zustimmung der Konsensbildung

Symbolik	Konsensstärke	Prozentuale Übereinstimmung
+++	Starker Konsens	Zustimmung von > 95% der Teilnehmer
++	Konsens	Zustimmung von > 75-95% der Teilnehmer
+	Mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50-75% der Teilnehmer
-	Kein Konsens	Zustimmung von < 51% der Teilnehmer

Expertenkonsens

Wie der Name bereits ausdrückt, sind hier Konsens-Entscheidungen speziell für Empfehlungen/Statements ohne vorige systemische Literaturrecherche (S2k) oder aufgrund von fehlenden Evidenzen (S2e/S3) gemeint. Der zu benutzende

Expertenkonsens (EK) ist gleichbedeutend mit den Begrifflichkeiten aus anderen Leitlinien wie „Good Clinical Practice“ (GCP) oder „klinischer Konsensuspunkt“ (KKP). Die Empfehlungsstärke graduiert sich gleichermaßen wie bereits im Kapitel Empfehlungsgraduierung beschrieben ohne die Benutzung der aufgezeigten Symbolik, sondern rein semantisch („soll“/„soll nicht“ bzw. „sollte“/„sollte nicht“ oder „kann“/„kann nicht“).

IV. Leitlinie

1 Einleitung

Die International Continence Society (ICS) definiert Harninkontinenz als jeglichen unfreiwilligen Urinabgang. Harninkontinenz gehört zu den häufigsten Krankheitsbildern in der allgemeinärztlichen Sprechstunde und stellt ein schwerwiegendes Gesundheitsproblem für Frauen aller Altersklassen dar. Eine zum Teil massive Beeinträchtigung der Lebensqualität geht mit physischen, psychischen, sozialen und auch ökonomischen Folgen für die Betroffenen einher.

Internationale Studien belegen eine Inzidenz von 13,1%, andere Meta-Analysen variieren von 4,4–44% (Mittel 23,5%). Harninkontinenz kann in jedem Lebensalter auftreten, wobei die Prävalenz und das Ausmaß der Harninkontinenz bei Frauen mit zunehmendem Alter ansteigen.

Auch für Deutschland existieren unterschiedliche Angaben. Nach einer statistischen Befragung aus dem Jahr 2005 nahm die Häufigkeit der Inkontinenz bei Frauen mit steigendem Alter deutlich zu: von 7,8% bei den 18- bis 40-Jährigen, 11,3% bei den 41- bis 60-Jährigen auf 27,1% bei den über 60-Jährigen. Damit berichteten insgesamt 15% der weiblichen Bevölkerung Inkontinenzbeschwerden.

Bei der weiblichen Harninkontinenz können aus pathophysiologischer Sicht verschieden Formen abgegrenzt werden :

- Die **Belastungsinkontinenz** (früher Stressinkontinenz) zeigt einen unwillkürlichen Urinverlust bei körperlicher Anstrengung (z.B. Husten, Niesen, Sport) ohne Harndrang.
- Die **Dranginkontinenz** (früher Urgencyinkontinenz) wird durch einen unwillkürlichen Urinverlust bezeichnet, der von imperativem Harndrang begleitet ist oder diesem folgt. Dies kann mit einer oder ohne eine Detrusorüberaktivität auftreten.
- Das übergeordnete Syndrom der **Überaktiven Blase (ÜAB)** beinhaltet die Symptome imperativer Harndrang, der häufig mit Pollakisurie und Nykturie einhergeht sowie mit einer drangbedingten Inkontinenz einhergehen kann. Der Begriff darf nur bei Abwesenheit einer

Harnwegsinfektion oder einer anderen Erkrankung mit Auswirkung auf den unteren Harntrakt verwendet werden.

- Die **Enuresis nocturna** ist durch einen (unbemerkten) Urinverlust während des Schlafes (üblicherweise in der Nacht) charakterisiert.
- Die **Mischharninkontinenz** beinhaltet die Symptome sowohl der Belastungs- als auch der Dranginkontinenz.
- Eine **Inkontinenz bei chronischer Harnretention** (früher Überlauf-Inkontinenz) wird durch einen erhöhten Restharn verursacht, der durch eine Detrusorunteraktivität oder eine Blasenaustrittsobstruktion entstehen kann.
- Eine **neurogene Detrusorüberaktivität mit Harninkontinenz** (früher Reflexinkontinenz) besteht aufgrund einer neurogen bedingten Detrusorüberaktivität bei Patientinnen mit einer bekannten neurologischen Erkrankung oder einem objektiven neurologischen Defizit (z.B. einer angeborenen oder erworbenen spinalen Schädigung oder neurologischer Erkrankungen wie der Parkinson-Erkrankung oder der Multiplen Sklerose).
- Bei der **extraurethralen Harninkontinenz** findet sich ein stetiger vaginaler und/oder rektaler Urinverlust ohne Zusammenhang mit Drangsymptomen oder körperlicher Aktivität. Ursache sind hier Fistelbildungen oder ein ektop mündender Ureter.
- Sonderformen der weiblichen Harninkontinenz können eine **Lagerungsinkontinenz** (unwillkürlicher Urinverlust in Verbindung mit einem Lagewechsel vom Sitzen oder Liegen), eine **unbemerkte Harninkontinenz** (wobei die betroffenen Frauen keinerlei Angaben zum Auftreten des Urinverlustes machen), eine **Giggle-Inkontinenz** (Urinverlust während des Lachens) oder eine **koitale Harninkontinenz** (Urinverlust während der Kohabitation durch Penetration und/oder Orgasmus) sein.

Bei der Behandlung der Belastungsharninkontinenz der Frau wird zwischen einer unkomplizierten und einer komplizierten Belastungsinkontinenz unterschieden.

Charakteristika der **unkomplizierten Belastungsinkontinenz** sind:

- Dominierende Symptome der Belastungsinkontinenz
- Keine Inkontinenz- oder ausgedehnte Senkungsoperationen in der Anamnese
- Keine neurologische Blasenfunktionsstörung
- Kein begleitender symptomatischer Genitalprolaps
- Abgeschlossene Familienplanung

Charakteristika einer **komplizierten Belastungsinkontinenz** sind:

- Vorangegangene frustrane Inkontinenzoperationen
- Vorangegangene Beckenbestrahlungen, die Scheiden- und oder Urethralgewebe betreffen
- Neurogene Blasenfunktionsstörungen
- Simultaner Genitalprolaps
- Nichtabgeschlossene Familienplanung

2. Diagnostik

2.1. Anamnese und klinische Untersuchung

Die Erhebung einer ausführlichen und sorgfältigen Anamnese ist der erste und grundlegende Schritt bei der Abklärung der Harninkontinenz, auch wenn hierzu keine Evidenz existiert.

Die urogynäkologische Untersuchung soll in Steinschnittlage mit geteilten Spekula in Ruhe und beim Pressen erfolgen. Dabei soll auf Veränderungen des äußeren Genitales (Östrogenstatus, Vulvaatrophie, Lichen sclerosus et atrophicus etc.) und das Vorliegen einer genitalen Senkung (Deszensus, Prolaps) geachtet werden. Die direkte Beobachtung eines Urinaustrittes durch die Harnröhre im Rahmen des klinischen Hustenstresstestes im Liegen oder Stehen, bei dem die Patientin aufgefordert wird, mit voller Blase zu husten, ist ein wichtiger Teil der Untersuchung. Eine Palpation der Beckenbodenmuskulatur mit Überprüfung der Kontraktionsfähigkeit ist eine essentielle Untersuchung, die mit Hilfe des Oxford-Grading-Systems auch semiquantifiziert werden kann.

Konsensbasierte Empfehlung E2-01

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Abklärung der Harninkontinenz **soll** systematisch erfolgen und die Allgemeinanamnese, die urogynäkologische Anamnese, die körperliche Untersuchung und die Untersuchungs- und Behandlungserwartungen einschließen (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-02

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Es **soll** eine Anamnese des aktuellen Medikamentengebrauchs bei allen Patientinnen mit Harninkontinenz erstellt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-03

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Es **sollten** alle neuen Medikamente, die mit der Entstehung oder Verschlimmerung der Harninkontinenz in Zusammenhang stehen, überprüft werden (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-04

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Berücksichtigung **sollen** finden: Harnspeicherung, Blasenentleerung, Beschwerden nach der Miktion, Typ und Ausprägung der Inkontinenz sowie der Leidensdruck (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-05

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Zur Beurteilung der Kontraktionsfähigkeit des Beckenbodens **kann** der Oxford-Score verwendet werden (**offene Empfehlung**).

2.2. Patienten-Fragebögen

Es existieren zahlreiche Fragebögen, die Symptomscores, symptomorientierte Fragebögen, Skalen, Indices, Patient-reported Outcomes (PROMs) und die gesundheitsbezogene Erfassung der Lebensqualität behandeln. Letztere beide umfassen allgemeine oder speziell auf das jeweilige Problem bezogene Erfassungen. Sie sollten in der jeweiligen Sprache validiert sein.

Konsensbasierte Empfehlung E2-06

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Wenn eine standardisierte Erfassung erwünscht ist, **soll** ein validierter und adäquater Fragebogen benutzt werden (**starke Empfehlung**).

2.3. Blasentagebuch

Die Objektivierung der Ausprägung von funktionellen Beschwerden des unteren Harntrakts (lower urinary tract symptoms, LUTS) ist ein wesentlicher Schritt im Management von Frauen mit einer Abweichung der Blasenspeicherung und/oder -Entleerung, inklusive Harninkontinenz. Das Blasentagebuch ist eine semiobjektive Methode zur Quantifizierung von Symptomen sowie der Häufigkeit von Inkontinenzepisoden.

Konsensbasierte Empfehlung E2-07

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Ein Miktionstagebuch (Blasentagebuch) **soll** bei Harninkontinenz geführt werden, wenn eine standardisierte Abklärung erforderlich ist (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-08

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Das Miktionstagebuch (Blasentagebuch) **sollte** über zumindest 3 Tage geführt werden (**Empfehlung**).

2.4. Vorlagenwiegetest (Pad-Test)

Die Messung des Urinverlustes durch Nutzung von abgewogenen Vorlagen über einen bestimmten Zeitraum unter protokollierten körperlichen Übungen kann die Anwesenheit und den Schweregrad einer Harninkontinenz sowie den Effekt einer Therapie aufzeigen. Ein Pad-Test kann die Diagnose Harninkontinenz akkurat stellen und den Urinverlust quantifizieren.

Konsensbasierte Empfehlung E2-09

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Es **soll** ein Pad-Test mit standardisierter Dauer und Übungsprotokoll genutzt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-10

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Wenn eine Quantifizierung der Harninkontinenz notwendig ist, **sollte** ein Vorlagen-Wiegetest genutzt werden (**Empfehlung**).

2.5. Urinanalyse und Harnwegsinfektion

Im Rahmen der Abklärung bei Harninkontinenz soll eine Urinuntersuchung (Streifentest, und ggf. eine Urinmikroskopie [Urin-Sediment] und Urinkultur) zum Ausschluss einer Infektion, aber auch einer Mikrohämaturie, Proteinurie oder Glucosurie routinemäßig erfolgen.

Das Vorliegen eines symptomatischen Harnwegsinfektes verschlechtert die Symptome einer Harninkontinenz und soll daher therapiert werden.

Konsensbasierte Empfehlung E2-11

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine Urinanalyse **soll** als initiale Untersuchung bei Patientinnen mit Harninkontinenz durchgeführt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-12

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei inkontinenten Patientinnen mit symptomatischem Harnwegsinfekt **soll** eine Re-Evaluation nach Therapie des Infektes erfolgen (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-13

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine asymptomatische Bakteriurie **soll** bei geriatrischen harninkontinenten Patientinnen nicht routinemäßig antibiotisch behandelt werden (**starke Empfehlung**).

2.6. Restharn

Restharn, die Urinmenge, die am Ende einer Miktions in der Blase verbleibt, kann unterschiedliche Ursachen haben. Sowohl der erhöhte Blasenauslasswiderstand als auch eine Detrusorschwäche (Detrusorhypo- bzw. akontraktilität) – oder die Kombination aus beiden Störungen – können für die Restharnbildung verantwortlich sein. Restharn kann Inkontinenzsymptome verschlechtern und seltener mit Harnwegsinfekten oder einer Dilatation des oberen Harntrakts sowie einer Niereninsuffizienz einhergehen. Der Restharn kann mittels Einmalkatheterismus oder Sonographie bestimmt werden.

Konsensbasierte Empfehlung E2-14

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Restharnmenge **soll** sonographisch bestimmt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-15

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Restharnmenge **soll** bei Patientinnen mit Harninkontinenz und Miktionschwierigkeiten bestimmt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-16

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Restharnmenge **soll** bei Patientinnen mit komplizierter Harninkontinenz bestimmt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-17

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Restharmenge **soll** bei Patientinnen vor, unter laufender und nach einer Therapie bestimmt werden, die eine Blasenentleerungsstörung verursachen oder verschlechtern kann – inklusive Inkontinenzoperation (**starke Empfehlung**).

2.7. Urodynamik

Eine Diagnosestellung der Harninkontinenz alleine durch die Urodynamik ist nicht möglich und bedarf der Beurteilung im Kontext mit Symptomen und klinischen Befunden. Generell gilt, dass die klinische Symptomatik nicht zwingend mit den urodynamischen Befunden korreliert].

Eine routinemäßige urodynamische Untersuchung ist vor einer konservativen Therapie der unkomplizierten Belastungsinkontinenz und unbehandelten überaktiven Blase nicht indiziert und sollte nicht durchgeführt werden. Eine Urodynamik sollte aber bei unklaren Befunden und wenn die urodynamischen Befunde einen Einfluss auf die Therapieentscheidung haben könnten, durchgeführt werden.

Aktuelle Studien belegen, dass bei Vorliegen einer unkomplizierten Belastungsinkontinenz eine präoperative Urodynamik weder einen Erfolg der OP, noch mögliche Komplikationen vorhersagen kann. Häufig liegt jedoch keine unkomplizierte Belastungsinkontinenz vor und in bis zu 60% ist die klinische Einschätzung nicht korrekt.

Bei komplizierter Belastungsinkontinenz, vor Rezidiveingriffen, bei V.a. Mischinkontinenz, bei V.a. neurogener Komponente, bei Diskrepanz zwischen klinischem Befund und Anamnese sowie bei Blasenentleerungsstörung sollte eine urodynamische Abklärung vor invasiver Therapie erfolgen, um die Therapieentscheidung zu unterstützen und die Patientin bestmöglich beraten zu können.

Konsensbasierte Empfehlung E2-18

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei Unklarheiten bei der Zuordnung der Symptomatik oder bezüglich der Pathophysiologie **sollte** eine urodynamische Untersuchung erfolgen (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-19

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine urodynamische Untersuchung **soll** nur durchgeführt werden, wenn aus den Ergebnissen eine therapeutische Konsequenz zu erwarten ist (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-20

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Vor jeder urodynamischen Untersuchung **sollte** ein Urinstatus zum Ausschluss einer Harnwegsinfektion erhoben und eine ggf. nachgewiesene Infektion zunächst behandelt werden (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-21

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine routinemäßige urodynamische Untersuchung ist vor einer konservativen Therapie der unkomplizierten Belastungsinkontinenz und unbehandelten überaktiven Blase nicht indiziert und **sollte nicht** durchgeführt werden (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-22

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei Patientinnen mit einer komplizierten Belastungsinkontinenz **soll** präoperativ eine Urodynamik durchgeführt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-23

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine Videourodynamik **sollte nicht** routinemäßig bei nicht-neuroger Harninkontinenz durchgeführt werden (**Empfehlung**).

2.8. Urethrozystoskopie

Indikationen zu dieser weiterführenden Untersuchung sind:

- positive Berufsanamnese hinsichtlich V.a. Urothelkarzinom der Harnblase
- Mikro- und Makrohämaturie
- positive Urinzytologie
- rezidivierende Harnwegsinfekte
- Blasenschmerzen
- *De novo*-Drangsymptomatik nach Inkontinenzoperationen
- (Verdacht auf) eine Blasenentleerungsstörung
- Z.n. erfolgloser konservativer Therapie (Physiotherapie, medikamentöse Therapie)

Konsensbasierte Empfehlung E2-24

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei Patientinnen mit einer komplizierten Belastungsinkontinenz **sollte** eine Urethrozystoskopie durchgeführt werden (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E2-25

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei Patientinnen mit therapierefraktärer Dranginkontinenz **soll** eine Urethrozystoskopie durchgeführt werden, um nicht eine andere Pathologie zu übersehen (**starke Empfehlung**).

3. Bildgebende Diagnostik der weiblichen Harninkontinenz

3.1. Sonographie

Der Ultraschall (US) ist in der Diagnostik der weiblichen Harninkontinenz das wichtigste bildgebende Verfahren mit der höchsten Aussagekraft und gleichzeitig universeller Einsetzbarkeit. Es existieren zahlreiche etablierte Anwendungsparameter (siehe Tabelle 06).

Konsensbasierte Empfehlung E3-01

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Die Pelvic Floor Sonographie (Beckenboden-Sonographie) **sollte** im Rahmen der konservativen Therapie eingesetzt werden, um Behandlungsfortschritte und Biofeedback zu dokumentieren. (**Empfehlung**)

Konsensbasierte Empfehlung E3-02

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Präoperativ und postoperativ **soll** die Restharmenge bestimmt werden, aufgrund der Nichtinvasivität sollte die Messung bevorzugt sonographisch erfolgen (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E3-03

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Pelvic Floor Sonographie **sollte** eingesetzt werden, um ein morphologisches Korrelat zu den klinischen Angaben zu erhalten und evtl. klinisch okkulte Risikofaktoren auszuschließen (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E3-04

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei unauffälligem Verlauf kann eine sonographische Lagekontrolle eingelegter Bänder und Netze erfolgen. Im Rahmen des Komplikationsmanagements **soll** die Ultraschalldiagnostik neben der klinischen Untersuchung primär angewendet werden (**starke Empfehlung**).

3.2 Voraussetzungen für die US-Diagnostik

Konsensbasierte Empfehlung E3-05

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Zur Ultraschalldiagnostik aller Kompartimente **soll** die 2D-Ultraschalltechnik als Standard eingesetzt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E3-06

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die 3D-Sonographie **kann** als ergänzendes Verfahren in der morphologischen Beurteilung der Levatoren und der Beckenorgane eingesetzt werden (**offene Empfehlung**).

Untersuchungsposition

Konsensbasiertes Statement S3-01

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Eine generelle Empfehlung, welche Untersuchungsposition angewendet werden sollte, kann auf Basis der vorliegenden Studien nicht ausgesprochen werden.

Konsensbasierte Empfehlung E3-07

Konsensbasierte Empfehlung E3-07	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Die Untersuchungsposition der Patientin soll bei der Befundung im Rahmen von Studien immer angegeben werden (starke Empfehlung).	

Tabelle 6: Anwendungsparameter Sonographie

US Scanner/Frequenzen	
Introitussonographie	Vaginalscanner mit 2-10 MHz
Perinealsonographie	Sektorscanner mit 5-9 MHz
Pelvic-Floor-Sonographie	Curved-Array-Scanner mit 3,5-5,0 MHz deren Kombination, Beurteilung aller Kompartimente
Positionierung der Sonde	Introitusbereich (gute Auflösung bei geringstmöglichem Anpressdruck, orthograde Ausrichtung des Schallkopfes zur Körperachse)
Introitussonographie	Scheideneingangsbereich
Perinealsonographie	Introitusbereich
Pelvic-Floor-Sonographie	Scanner muss variieren. Durch variables Eingehen, Rotieren oder Elevieren des Vaginalscanners besteht die Möglichkeit, die untersuchten Organe in drei Ebenen (sagittal, frontal und axial) darzustellen.
Untersuchungstechnik	2D-Sonographie als Standard (Erfassung schneller Bewegungsänderungen), 3D-Sonographie zur Darstellung des M. levator ani und M. sphincter ani
2D- oder 3D-Technik	
Bilddarstellung	Kranial - im Bild oben; Kaudal – im Bild unten
2D-Technik	Rechts - im Bild links, Links - im Bild rechts
3D-Technik	Ventral - im Bild rechts; Dorsal – im Bild links (für Publikationen)
3D-Technik	Tomographisch errechnetes Bild in Transversalebene
3D-Technik	Kranial - im Bild oben; Kaudal – im Bild unten
3D-Technik	Rechts - im Bild links, Links - im Bild rechts
3D-Technik	Ventral - im Bild rechts; Dorsal – im Bild links (für Publikationen)
3D-Technik	Urethra oben, Rektum unten
Untersuchungsposition	Steinschnittlage in der Regel ausreichend.
Untersuchungsposition	

<p>Blasenfüllung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inkontinenzdiagnostik mit mäßig gefüllter Blase durchführen - hat Einfluss auf Trichterbildung/ Länge der Urethra, Position des Blasenhalses - bei wissen. Untersuchungen angeben, um Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen (300 ml optimal)
<p>Auswerteparameter (deskriptiv)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Restharnbestimmung - Sono-morphologische Urethralänge, - Mobilität der Urethra (starr, hypermobil) - Position des Blasenhalses in Ruhe, Kneifen und Pressen/Husten - Funneling: Beschreibung der Trichterbildung - Beurteilung des periurethralen Gewebes (z.B. Divertikel oder Zyste) - Beurteilung Koordination und Elevationsvermögen des M. levator ani - Blasenwanddicke - Postoperative Darstellung des Bandes, von Bulking Agent Depots oder eines Hämatoms

Blasenfüllung

Konsensbasierte Empfehlung E3-08	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
<p>Die Blasenfüllung sollte zur besseren Vergleichbarkeit und im Rahmen von Studien in der Inkontinenzdiagnostik bei ca. 300 ml liegen, weil die Blasenfüllung einen Einfluss auf die Darstellbarkeit des Trichters und die Position des Blasenhalses hat (Empfehlung).</p>	

Handhabung der Sonde

Konsensbasierte Empfehlung E3-09	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
<p>Die Ultraschalluntersuchung sollte mit möglichst geringem Anpressdruck erfolgen (Empfehlung).</p>	

Ultraschallsonden

Bei der Perinealsonographie verwendet man einen Curved-Array-Scanner, welcher im Introitus positioniert wird. Durch die breite Auflage des Scanners ist eine Orientierung relativ leicht möglich. Die verwendeten Ultraschallfrequenzen liegen in der Regel zwischen 3,5 und 5 MHz.

Bei der Introitussonographie wird ein Vaginalscanner verwendet, welcher ebenfalls im Introitusbereich positioniert wird. Die hierbei ausgesandten höheren Ultraschallfrequenzen liegen durchschnittlich bei 5–9 MHz.

Bilddarstellung

Bei der Bilddarstellung wird von der DEGUM sowie für Studien und Publikationen empfohlen, dass kraniale Strukturen oben und kaudale Strukturen unten dargestellt werden. Ventrale Strukturen sollen rechts und dorsale Strukturen links im Bild dargestellt werden. Im klinischen Alltag kann davon abgewichen werden.

3.3. Sonomorphologie im Rahmen der Diagnostik der Harninkontinenz

Blasenfüllung

Die Messung der Blasenfüllung ist Voraussetzung für jede Untersuchung und sollte zu Anfang der Untersuchung erhoben werden. Die Restharmenge ist ein wichtiges Unterscheidungskriterium der einfachen Belastungsinkontinenz von der komplizierten Inkontinenz wie der Überlaufinkontinenz oder neurogenen Inkontinenz.

Urethralänge

Konsensbasierte Empfehlung E3-10	
Expertenkonsens	Konsensstärke ++
Die sono-morphologische Bestimmung der Urethralänge sollte präoperativ erfolgen, um die korrekte Platzierung eines Bandes zu planen (Empfehlung).	

Position des Blasenhales

Konsensbasierte Empfehlung E3-11	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Die Position des Blasenhales sollte in drei verschiedenen Zuständen geprüft werden: in Ruhe, bei Valsalva-Manöver und bei Beckenbodenkontraktion (Empfehlung).	

Mobilität der Harnröhre

Die Mobilität der Harnröhre wird ausgemessen anhand der Position des Blasenhales während der verschiedenen Bewegungszustände.

Konsensbasiertes Statement S3-02	
Expertenkonsens	Konsensstärke ++
Die Beurteilung der Mobilität der Harnröhre dient der Identifikation von Pathologien wie hypermobile oder starre Urethra. Dies ist wichtig im Hinblick auf die Erfolgchancen einer operativen Intervention.	

Funneling

Konsensbasiertes Statement S3-03	
Expertenkonsens	Konsensstärke ++
Das typische sonomorphologische Korrelat einer Belastungsinkontinenz ist das sog. Funneling, welches die Trichterbildung der Harnröhre bei Belastung beschreibt. Ein Funneling kann aber auch bei instabiler Urethra oder bei überaktiver Blase gesehen werden.	

Periurethrales Gewebe

Konsensbasierte Empfehlung E3-12	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Die Beurteilung des vorderen Kompartimentes sollte das periurethrale Gewebe einschließen (Empfehlung).	

Beurteilung der Blasenwand

Die Blasenwandhypertrophie infolge einer erhöhten Detrusorarbeit ist mit transvaginaler, translabialer oder suprapubischer Positionierung der Ultraschallsonde nachweisbar.

Konsensbasierte Empfehlung E3-13

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei Patientinnen mit Harndrangsymptomen **sollte** die Blasenwand sonographisch beurteilt werden, um lokale Pathologien als Ursache auszuschließen. Eine pathologisch verdickte Blasenwand ist weiter abklärungsbedürftig (**Empfehlung**).

Urogenitale Fisteln/ektoper Ureter

Konsensbasierte Empfehlung E3-14

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Pelvic-Floor-Sonographie **kann** zur Detektion von Harnröhren- bzw. Blasenwanddefekten, insbesondere im Rahmen der Fisteldiagnostik, ergänzend zur Anwendung kommen (**offene Empfehlung**).

3.4. Sonographie in der Diagnostik nach Inkontinenzoperation Sonographie nach spannungsfreier Bandeinlage

Der Ultraschall stellt die Methode der Wahl dar bei der Diagnostik von Komplikationen nach einer suburethralen Schlingeneinlage]. Die häufigsten Komplikationen sind eine *de novo* Dranginkontinenz, eine Blasenentleerungsstörung mit Restharn und ein unbefriedigendes Operationsergebnis. Eine Bandlage im proximalen Urethradritzel oder auf Höhe des Blasenhalses ist häufig mit einer Blasenentleerungsstörung, erhöhten Restharmengen und der Notwendigkeit einer operativen Sanierung vergesellschaftet.

Konsensbasierte Empfehlung E3-15

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei postoperativer Blasenentleerungsstörung nach Bandeinlage **soll** eine inkorrekte Position bzw. eine retropubische/paravesikale Hämatoombildung mittels Ultraschall ausgeschlossen werden (**starke Empfehlung**).

Sonographie nach Kolposuspension

Die Stabilisierung des Blasenhalses durch Kolposuspension kann dargestellt werden. Eine postoperativ persistierende Hypermobilität des Blasenhalses kann mit einer Rezidivharninkontinenz korrelieren.

Konsensbasierte Empfehlung E3-16	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Bei postoperativer Blasenentleerungsstörung nach Kolposuspension sollte durch eine Ultraschalluntersuchung eine Überkorrektur ausgeschlossen werden (Empfehlung).	

Sonographie nach Bulking agents

Sonographisch ist eine Darstellbarkeit bezüglich Form und Lokalisation in der Literatur bestätigt. Die sonographische Beurteilung der Depots könnte bei der Klärung der Wirkprinzipien und Komplikationen hilfreich sein.

Konsensbasiertes Statement S3-04	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Sonographisch ist eine Darstellung von Bulking Agents bezüglich Morphologie, Größe und Lokalisation möglich.	

3.5. Röntgenologische und kernspintomographische Diagnostik der weiblichen Harninkontinenz

Anatomisch setzt sich der Kontinenzmechanismus der Urethra vom Lumen nach außen zusammen aus dem Urothel, der Submukosa, der longitudinalen glatten Muskulatur, der zirkulären glatten Muskulatur, dem externen quergestreiften Sphinkter und der Serosa. Diese Strukturen lassen sich im MRT mit stetig verbesserter Bildqualität visualisieren.

Werden urogenitale Fehlbildungen als Ursache der Harninkontinenz vermutet, so ist die Becken-MRT unter Einschluss der Abbildung der oberen Harnwege die sensitivste Diagnostik mit dem höchsten Weichteilkontrast.

Konsensbasiertes Statement S3-05

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

In der Routinediagnostik der unkomplizierten Harninkontinenz hat die röntgenologische und kernspintomographische Diagnostik nur einen marginalen Stellenwert.

Konsensbasierte Empfehlung E3-17

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

In ausgewählten Fällen einer kongenitalen oder postoperativen Harninkontinenz und unklarer klinischer sowie sonomorphologischer Diagnostik kann die röntgenologische bzw. die MR-Diagnostik als additive Bildgebung indiziert werden

4. Konservative Therapie der Harninkontinenz

4.1. Einfache klinische Maßnahmen

In der klinischen Praxis ist es üblich, dass nicht-chirurgische Therapien zuerst ausprobiert werden, da sie in der Regel das geringste Risiko eines Schadens mit sich bringen. Sie werden oft in Kombination verwendet, was es schwierig macht zu bestimmen, welche Komponenten wirksam sind. Inkontinenzvorlagen spielen insbesondere eine wichtige Rolle für Personen, die es vorziehen, die Risiken von interventionellen Behandlungen zu umgehen, oder bei denen eine aktive Behandlung aus irgendeinem Grund unmöglich ist.

Grunderkrankung / kognitive Beeinträchtigung

Konsensbasierte Empfehlung E4-01

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Harninkontinenz-Patientinnen, bei denen Begleiterkrankungen auftreten, **sollen** immer eine angemessene Behandlung dieser Erkrankung im Sinne guter medizinischer Praxis erhalten (**starke Empfehlung**).

Anpassung anderer (Nicht-Inkontinenz-)Medikamente

Bei Patienten mit bestehender Harninkontinenz, insbesondere bei älteren Menschen, kann es schwierig oder unmöglich sein, zwischen den verschiedenen Einflüssen, die Auswirkungen auf die Harninkontinenz haben könnten, sei es Medikation, Komorbidität oder Alterung, zu unterscheiden.

Obstipation

Konsensbasierte Empfehlung E4-02	
Expertenkonsens	Konsensstärke ++
Patientinnen mit Harninkontinenz, die ebenfalls an Obstipation leiden, sollen im Sinne von guter medizinischer Praxis über die Darmbehandlung beraten werden (starke Empfehlung).	

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind wichtig für Menschen mit Harninkontinenz, wenn eine aktive Behandlung das Problem nicht lösen kann oder wenn eine andere Therapie nicht möglich ist. Einige Personen ziehen möglicherweise Hilfsmittel einer aktiven Behandlung mit den damit verbundenen Risiken vor. Dies schließt die Verwendung von Inkontinenzvorlagen, Kathetern und externen Ableitungen ein.

Konsensbasierte Empfehlung E4-03	
Expertenkonsens	Konsensstärke +++
Es soll sichergestellt werden, dass Patientinnen mit Harninkontinenz und/oder ihre Betreuer über die verfügbaren Behandlungsoptionen informiert werden, bevor sie sich allein für eine Hilfsmittel-Verwendung entscheiden (starke Empfehlung).	

Konsensbasierte Empfehlung E4-04	
Expertenkonsens	Konsensstärke ++
Es sollen Inkontinenzvorlagen und/oder andere Hilfsmittel für die Behandlung von Harninkontinenz angeboten werden (starke Empfehlung).	

4.2. Lebensstilbezogene Interventionen

Beispiele für Lebensstilfaktoren, die mit Inkontinenz in Verbindung gebracht werden können, sind Adipositas, Rauchen, körperliche Aktivität und Ernährung. Eine Änderung dieser Faktoren kann auch die Harninkontinenz verbessern.

Konsensbasierte Empfehlung E4-05

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Übergewichtige oder adipöse Patientinnen mit Harninkontinenz **sollen** motiviert werden, ihr Körpergewicht zu reduzieren und ihr reduziertes Gewicht beizubehalten (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-06

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Patientinnen mit Harninkontinenz **sollen** darauf hingewiesen werden, dass eine Verringerung der Koffeineinnahme die Symptome imperativer Harndrang und Miktionshäufigkeit, nicht aber die Belastungsinkontinenz verbessern kann (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-07

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Art und Menge der Flüssigkeitsaufnahme bei Patientinnen mit Harninkontinenz **soll** überprüft und ggf. modifiziert werden (**starke Empfehlung**).

Verhaltens- und Physiotherapie

Konsensbasierte Empfehlung E4-08

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Konsensbasierte Empfehlung E4-08

Patientinnen mit Harninkontinenz und kognitiven Beeinträchtigungen **soll** eine Aufforderung zur Entleerung („prompted voiding“) angeboten werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-09

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Bei Patientinnen mit Dranginkontinenz oder Mischinkontinenz **sollte** Blasentraining als erste Therapie angewendet werden (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-10

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Beckenbodentraining **soll** Patientinnen mit Belastungsinkontinenz und Mischharninkontinenz (inkl. älterer Patientinnen und nach einer Geburt) angeboten werden. Es ist sinnvoll, die Beckenbodenkraft zu kontrollieren und das Training über mindestens 3 Monate durchzuführen (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-11

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Das Beckenbodentraining-Programm **soll** Krafttrainingsprinzipien beinhalten (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-12

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Elektrostimulation (Haut, vaginal, anal) **kann** zusätzlich zum Beckenbodentraining zur Behandlung von Harninkontinenz angewendet werden (**offene Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-13

Konsensbasierte Empfehlung E4-13

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Elektromagnetische Stimulation **kann** zur Behandlung von Harninkontinenz oder überaktiver Blase bei erwachsenen Frauen erwogen werden (**offene Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-14

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Das klinisch dominante Symptom **sollte** bei Patientinnen mit Mischharninkontinenz als erstes behandelt werden (**Empfehlung**).

4.4. Lasertherapie bei Belastungsinkontinenz

Zahlreiche Übersichtsartikel und Leitlinien verschiedener Gremien kamen zum Schluss, dass die Datenlage zur Wirksamkeit und Sicherheit trotz massiv verbesserter Datenlage in den letzten zwei Jahren noch unzureichend ist, um die Lasertherapie bei Belastungsinkontinenz routinemäßig einzusetzen. Aufgrund dieser neuen Evidenzen kann heute die Lasertherapie für eine ausgewählte Gruppe von Frauen mit Belastungsinkontinenz empfohlen werden

Drei Lasermodalitäten zur intravaginalen Behandlung der Belastungsinkontinenz wurden beschrieben, 1.) die mikroablativ fraktionierte Kohlendioxid(CO₂)-Lasertherapie (10'600 nm) 2.) die zweiphasige Erbium:YAG-Lasertherapie (2940 nm), eine Kombination von fraktionierter kalter Ablation und thermischer Subablation und 3.) am häufigsten die nicht-ablative Erbium:YAG-Lasertherapie (2940 nm) mit SMOOTH-Mode-Technologie.

Konsensbasiertes Statement S4-01

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine randomisiert kontrollierte Studie zum direkten „Head-to-head“-Vergleich der drei Lasermodalitäten bei Belastungsinkontinenz gibt es bisher nicht.

Konsensbasiertes Statement S4-02

Konsensbasiertes Statement S4-02

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Zwei randomisiert kontrollierte Studien mit einer kurzen Nachbeobachtungszeit von bis zu 3 Monaten zeigten eine subjektive Überlegenheit der Laserbehandlung gegenüber der Placebo- / Kontrollbehandlung. Es liegen prospektive Beobachtungsstudien mit Nachbeobachtungsperioden von bis zu 36 Monaten vor.

Konsensbasiertes Statement S3-03

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine Auffrischung (Top-up) der Lasertherapie ist möglich.

Konsensbasierte Empfehlung E4-15

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Die intravaginale Lasertherapie **kann** als therapeutische Möglichkeit zur Behandlung der leichten und mittleren Belastungsinkontinenz angeboten werden (**offene Empfehlung**).*

*Die Lasertherapie hat noch keine Kassenzulassung.

4.5. Pessartherapie bei Harninkontinenz

Konsensbasierte Empfehlung E4-16

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Konsensbasierte Empfehlung E4-16

Eine Pessartherapie **sollte** Patientinnen mit Belastungsinkontinenz als Therapieoption angeboten werden (**Empfehlung**).

4.6. Prävention der Harninkontinenz

Konsensbasierte Empfehlung E4-17

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Frauen **sollten** über den Zusammenhang zwischen Übergewicht und Harninkontinenz aufgeklärt werden, insbesondere über den Nutzen eines präkonzeptionellen Normalgewichts (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-18

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine präpartale Physiotherapie kann das Risiko der Entstehung einer Harninkontinenz verringern und **sollte** daher allen schwangeren Frauen angeboten werden (**Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-19

Expertenkonsens

Konsensstärke ++/ +++

Eine elektive Sectio zur Reduktion des Risikos einer Harninkontinenz **soll** aufgrund der Risiko-Nutzen-Konstellation **nicht** empfohlen werden (++)). Dennoch **soll** Schwangeren mit erhöhtem Risiko für eine postpartale Beckenbodeninsuffizienz eine spezifische Aufklärung angeboten werden, um Nutzen und Risiko einer primären Sectio abzuwägen (**starke Empfehlung**) (+++).

Konsensbasierte Empfehlung E4-20

Konsensbasierte Empfehlung E4-20

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine präventive Substitution von Vitamin D zur Reduktion des Risikos einer Harninkontinenz **kann** in der Schwangerschaft aufgrund der unzureichenden Datenlage aktuell **nicht** generell empfohlen werden (**offene Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E4-21

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Frauen **sollten** über das mit zunehmendem Alter erhöhte Risiko einer Beckenbodeninsuffizienz postpartal aufgeklärt werden (**Empfehlung**).

5. Medikamentöse Therapie der Harninkontinenz

5.1. Antimuskarinika

Die in Deutschland, Österreich und der Schweiz aktuell zugelassenen oralen Antimuskarinika mit ihren in Deutschland verwendeten Präparatenamen, ihren pharmakokinetischen Eigenschaften und den empfohlenen täglichen Dosierungen sind in Tabelle 07 aufgeführt.

Tabelle 07. Zugelassene Antimuskarinika

Medikamenten- klassen	Präparatenamen in Deutschland	t_{\max} [Stunden]	$t_{1/2}$ [Stunden]	Empfohlene tägliche Dosierung
Darifenacin	Emselex	7	12	1-mal 7,5-15 mg
Fesoterodin	Toviaz	5	7	1-mal 4-8 mg
Oxybutynin IR	Oxybutynin Dridase	0,5 - 1	2 - 4	3-4-mal 2,5-5 mg
Oxybutynin ER	Oxybugamma Oxybutin Spasyt	5	16	2-3-mal 5 mg
Propiverin	Propiverin Mictonetten	2,5	13	2-3-mal 15 mg
Propiverin ER	Mictonorm Propimedac Propiver	10	20	1-mal 30 mg
Solifenacin	Vesikur	3 - 8	45 - 68	1-mal 5-10 mg
Tolterodin IR	Tolterodon Detrusitol	1 - 3	2 - 10	2-mal x 1-2 mg
Tolterodin ER		4	6 - 10	1-mal 4 mg
Trospium IR	Trospium Spasmolyt	5	18	3-mal 10-15 mg 2-mal 10-20 mg
Trospium ER	Spasmex Urivesc Spasmo-Urgenin Trospi	5	36	1-mal 60 mg

Konsensbasiertes Statement S5-01

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Antimuskarinika stellen eine effektive orale Therapieoption zur Behandlung einer Dranginkontinenz dar.

Konsensbasiertes Statement S5-02

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Es gibt keine konsistenten Belege, dass ein Antimuskarinikum in der

Konsensbasiertes Statement S5-02

Wirksamkeit einem anderen überlegen ist.

Konsensbasiertes Statement S5-03

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Nebenwirkungen von Immediate Release-Formulierungen sind höher als bei Extended Release-Formulierungen.

Konsensbasiertes Statement S5-04

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Bei ungenügender oder fehlender Wirksamkeit können auch ein Präparatewechsel oder ein Wechsel der Darreichungsform in Betracht gezogen werden.

Konsensbasiertes Statement S5-05

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Antimuskarinika bei älteren Patienten können bis auf Oxybutynin IR sicher angewandt werden, Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten müssen aber beachtet werden.

Konsensbasiertes Statement S5-06

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Oxybutynin (oral) zeigt einen deutlichen negativen Einfluss auf die kognitive Funktionsleistung.

Konsensbasierte Empfehlung E5-01

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Antimuskarinika **sollen** nach gescheiterter konservativer nicht-

Konsensbasierte Empfehlung E5-01

medikamentöser Therapie bei Erwachsenen mit überaktiver Blase oder Dranginkontinenz additiv angeboten werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-02

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

ER-Formulierungen **sollen** IR-Formulierungen vorgezogen werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-03

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Oxybutynin oral **soll** aufgrund seines hohen Nebenwirkungsprofils gemieden werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-04

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Bei erfolgloser Therapie mit einem Antimuskarinikum **kann** eine Dosisescalation, ein Wechsel innerhalb der Medikamentengruppe oder auch eine Kombination von Antimuskarinika in Erwägung gezogen werden (**offene Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-05

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Bei Polymedikation (insbesondere bei geriatrischen Patienten) **sollen** die „anticholinerge (Gesamt)Last“ bedacht und Wechselwirkungen überprüft werden (**starke Empfehlung**).

5.2. β 3-Adrenorezeptor-Agonisten (Mirabegron) bei überaktiver Blase, Dranginkontinenz oder Mischharninkontinenz

Konsensbasiertes Statement S5-07

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

β 3 Adrenorezeptoragonisten (Mirabegron) ist Placebo überlegen und gleichwertig mit Anwendungen von Antimuskarinika in der Verbesserung der überaktiven Blase, aber ohne Beeinträchtigung der Blasenkontraktilität (Restharn).

Konsensbasiertes Statement S5-08

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Als unerwünschte Nebenwirkungen von β 3 Adrenorezeptoragonisten (Mirabegron) ist eine mögliche Blutdruckerhöhung zu beachten.

Konsensbasiertes Statement S5-09

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Patientinnen, die mit Antimuskarinika ungenügend behandelt wurden, können mehr von der Zugabe von β 3 Adrenorezeptoragonisten (Mirabegron) als von einer Dosisescalation bei Antimuskarinika profitieren.

Konsensbasierte Empfehlung E5-06

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

β3 Adrenorezeptoragonisten (Mirabegron) sollte Patientinnen angeboten werden, bei welchen eine nicht-medikamentöse konservative Therapie keine Verbesserung erbrachte und entweder Antimuskarinika-Unverträglichkeit bzw. keine Wirksamkeit vorliegt oder Kontraindikationen bestehen (**Empfehlung**).

5.3. Duloxetin bei Belastungs- oder Mischharninkontinenz

Konsensbasiertes Statement S5-10

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Duloxetin kann eine Belastungsinkontinenz verbessern.

Konsensbasiertes Statement S5-11

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Duloxetin kann – vor allem in den ersten Wochen – zentralnervöse und gastrointestinale Nebenwirkungen verursachen, die zu einer hohen Abbruchrate der Therapie führen.

Konsensbasierte Empfehlung E5-07

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Im Rahmen der konservativen Behandlung **sollen** Patientinnen ab mittelschwerer Belastungsharninkontinenz über Duloxetin als eine Behandlungsmöglichkeit informiert werden (**starke Empfehlung**).*

*Keine Zulassung in Österreich und der Schweiz

Konsensbasierte Empfehlung E5-08

Konsensbasierte Empfehlung E5-08

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Patientinnen **sollen** über die Kontinenzrate und die Nebenwirkungen vor dem Beginn der Therapie mit Duloxetin aufgeklärt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-09

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Zur Reduktion der Rate an Nebenwirkungen **soll** die Duloxetin-Therapie einschleichend begonnen und bei Therapieabbruch wieder langsam ausgeschlichen werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-10

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Eine Kombination von Duloxetin mit Beckenbodentraining **kann** empfohlen werden (**offene Empfehlung**).

5.4. Östrogene bei Belastungs-, Drang- und Mischharninkontinenz

Östrogenmangelbedingte Veränderungen des Genitale der Frau können sich neben vaginaler Trockenheit, Pruritus, Brennen, einer verminderten oder fehlenden Lubrifikation, Dyspareunie und Dysurie auch durch Inkontinenzbeschwerden inkl. imperativen Harndrang und erhöhte Miktionsfrequenz oder auch durch rezidivierende Harnwegsinfektionen manifestieren.

Konsensbasierte Empfehlung E5-13

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine vaginale Östriolgabe bei postmenopausalen Frauen mit Harninkontinenz (insbesondere mit Dranginkontinenz) und vulvo-vaginaler Atrophie **soll** durchgeführt. Die Anwendung soll längerfristig erfolgen (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-14

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine ultraniedrig dosierte, lokale Östrialtherapie **kann** bei Patientinnen nach Mammakarzinomerkrankung nach Aufklärung über die unzureichende Datenlage bezüglich der onkologischen Sicherheit durchgeführt werden (**offene Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-15

Expertenkonsens

Konsensstärke +

Bei Frauen mit oraler Hormonersatztherapie mit konjugierten equinen Östrogenen, die eine neue oder Verschlechterung einer Harninkontinenz entwickeln, **sollen** alternative Hormontherapien diskutiert werden (**starke Empfehlung**)*.

*Derzeit sind in Österreich und in der Schweiz keine konjugierten Östrogene mehr zugelassen.

Konsensbasiertes Statement S5-12

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Eine Verbesserung der Harninkontinenz nach Beendigung einer systemischen Östradioltherapie bei inkontinenten Frauen ist unwahrscheinlich.

5.5. Desmopressin bei Nykturie aufgrund nächtlicher Polyurie

Konsensbasierte Empfehlung E5-16

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Konsensbasierte Empfehlung E5-16

Die Nykturie aufgrund einer nächtlichen Polyurie durch Mangel von Arginin-Vasopressin **soll** mit Desmopressin behandelt werden, wenn Patientinnen die Nykturie als störend empfinden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-17

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Patientinnen mit überaktiver Blase und Nykturie (ohne Nachweis einer nächtlichen Polyurie) **sollen** nicht mit einem Antimuskarinikum in Kombination mit Desmopressin behandelt werden (**starke Empfehlung**).

Konsensbasierte Empfehlung E5-18

Expertenkonsens

Konsensstärke +++

Die Natriumkonzentration im Serum **soll** vor und während der Desmopressin-Therapie mindestens nach einer Woche und einem Monat kontrolliert werden (**starke Empfehlung**).

5.6. Komplementärmedizin bei Belastungs-, Drang- und Mischharninkontinenz

Zur Therapie der weiblichen Harninkontinenz kommen auch Verfahren aus dem Bereich der Erfahrungs- und Komplementärmedizin zum Einsatz.

Es gibt interessante Möglichkeiten bei der Verwendung von Phytotherapeutika, und homöopathischen Maßnahmen. Weitere Ansätze bei spezifischer Ernährung, Orthomolekulartherapie, Supplemente mit Einsatz verschiedener Vitamine und insbesondere Vitamin D und Vitamin-D-Analogon Elocalcitol sind möglich. In der Literatur finden sich zahlreiche klinische Studien, die die Wirksamkeit der Akupunktur bei der Therapie der überaktiven Blase und der Belastungsinkontinenz untersuchen.

Konsensbasiertes Statement S5-13

Expertenkonsens

Konsensstärke ++

Im Bereich der Komplementärmedizin liegt bisher keine ausreichende Evidenz vor, um den Einsatz der Homöopathie, der Phytotherapie, der Supplementtherapie und weiterer komplementärmedizinischer Therapeutika explizit zu empfehlen.

For Peer Review

Abbildung 1: Flowchart zur Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz der Frau [rerif]. ■ an Satz: Bitte eine Blockade an Autor: Bitte im Text einen Verweis auf diese Abbildung einfügen. Diese Abbildung ist identisch mit der Abbildung aus Teil 2. Bitte prüfen, ob diese Abbildung in beiden Teilen abgedruckt sein muss. ■

For Peer Review

Interessenkonflikte

Die Interessenkonflikte der Autoren sind in der Langfassung der Leitlinie aufgelistet.

Literatur

Siehe Langversion

For Peer Review

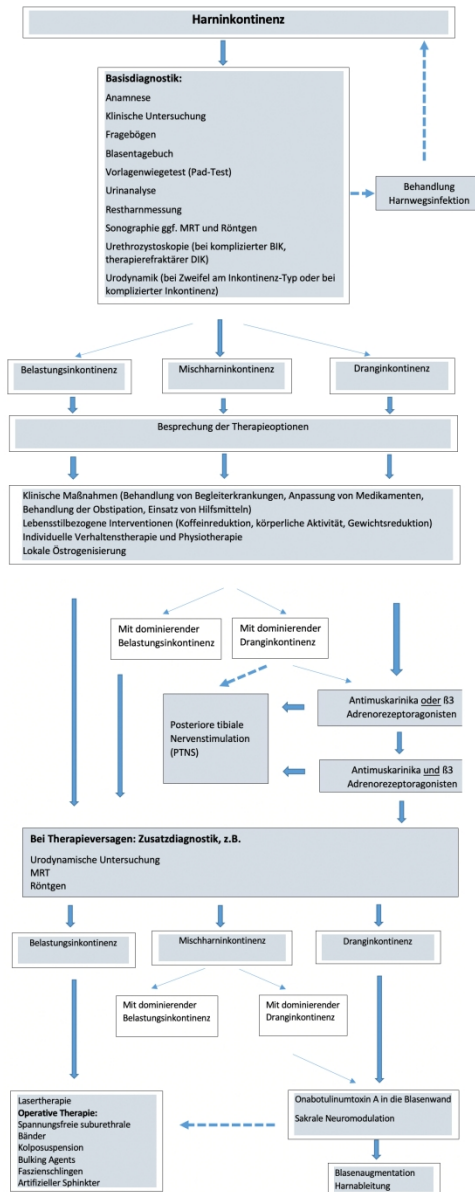


Abbildung 1: Flowchart zur Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz der Frau [rerif]. ■ an Satz: Bitte eine Blockade an Autor: Bitte im Text einen Verweis auf diese Abbildung einfügen. Diese Abbildung ist identisch mit der Abbildung aus Teil 2. Bitte prüfen, ob diese Abbildung in beiden Teilen abgedruckt sein muss. ■

584x1396mm (57 x 57 DPI)