

Gonzalo Baez, Dominic Jäger, Dominik Niehues

Harninkontinenz in der zahnärztlichen Praxis

Die zahnärztliche Versorgung insbesondere von älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen erfordert einen Blick über den kiefer- und gesichtschirurgischen Bereich hinaus. Ein multidisziplinärer und umfassender Ansatz für die Bedürfnisse unserer Patienten ist unerlässlich. Im folgenden Artikel werden wir die Bedeutung der Harninkontinenz mit ihren Auswirkungen für die zahnärztliche Praxis erläutern.

Die „International Urogynecological Association (IUGA)“ und die „International Continence Society (ICS)“ haben in einem gemeinsamen Bericht über die Terminologie Harninkontinenz (HI) als „jeden unfreiwilligen Urinverlust“ definiert¹. HI ist ein klinischer Zustand und keine Krankheit an sich^{2,3}. HI gehört zu den 6 geriatrischen Syndromen⁴ (Abb. 1 und Tab. 1).

Immobilität, Instabilität, intellektueller Abbau, Insomnie und iatrogene Probleme (Polypharmazie) betreffen nicht direkt den unteren Urogenitaltrakt, können aber in ihrer Wechselwirkung die Blasenfunktion verschlechtern und eine Inkontinenz auslösen⁴.

HI wird oft unterschätzt und unterdiagnostiziert⁵. Sie tritt häufiger bei älteren Frauen auf und kann 58 % bis 84 % der älteren Bevölkerung betreffen. Die allgemeine Prävalenz liegt jedoch Berichten zufolge um etwa 34 % bei älteren Frauen und 22 % bei älteren

Männern⁶. In Deutschland geht man von ca. 6 Mio. Betroffenen aus. 56 % der Heimbewohner sind inkontinent, bei Demenz oder Alzheimer über 90 % (25 % der Pflegearbeitszeit im Heim entfällt auf Kontinenzversorgung)⁷.

Trotz der Verwendung unterschiedlicher Methoden weisen Studien, die die Kosten der medizinischen Versorgung in Ländern weltweit schätzen, übereinstimmend darauf hin, dass die wirtschaftliche Belastung erheblich ist

und in Zukunft mit der Alterung der Bevölkerung deutlich zunehmen wird. In multinationalen Studien reichten die jährlichen Schätzungen der Krankheitskosten von 2,9 Mrd. USD (direkte Kosten für 5 europäische Länder im Jahr 2000) bis zu 7 Mrd. USD (direkte und indirekte Kosten für Kanada und fünf europäische Länder im Jahr 2005)⁸.

Es wurden mehrere Studien durchgeführt, um den starken Einfluss der HI auf die Lebensqualität zu bestimmen^{10,11}.



Abb. 1 Pflegekraft unterstützt beim Anlegen einer Schutzhose (Symbolbild).



Tab. 1 Die Hauptarten der Harninkontinenz²¹⁻²³.

Art	Beschreibung
Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz) (häufigste Form)	Wegen unvollständigem Verschluss des Harnschließmuskels, wegen Problemen im Schließmuskel selbst oder wegen ungenügender Kraft der stützenden Beckenbodenmuskulatur. Diese Art der Inkontinenz liegt vor, wenn bei Aktivitäten, die den intraabdominalen Druck erhöhen, wie Husten, Niesen oder Pressen, Urin austritt.
Dranginkontinenz	Ist ein unfreiwilliger Urinverlust, der bei plötzlich auftretendem Harndrang oder Harndrang auftritt, meist als Folge eines überaktiven Blasensyndroms.
Überlaufinkontinenz	Meint jene Inkontinenz, die plötzlich auftritt, ohne einen Harndrang zu verspüren und ohne unbedingt körperliche Aktivitäten durchzuführen. Sie ist auch als Syndrom der unteraktiven Blase bekannt. Dies tritt in der Regel bei chronischer Obstruktion des Blasenausgangs oder bei Erkrankungen auf, die die Harnblase versorgenden Nerven schädigen. Der Urin dehnt die Blase, ohne dass die Person den Druck spürt, und überwältigt schließlich die Fähigkeit des Harnröhrenschließmuskels, die Blase zurückzuhalten: „die Blase läuft über“.
Reflexinkontinenz	Eine Reflexinkontinenz tritt auf, wenn sich der Blasenmuskel zusammenzieht und Urin (oft in großen Mengen) ohne Vorwarnung oder Drang austritt. Dies kann als Folge einer Schädigung der Nerven geschehen, die normalerweise das Gehirn warnen, dass sich die Blase füllt. Reflexinkontinenz tritt gewöhnlich bei Menschen mit schweren neurologischen Beeinträchtigungen durch Multiple Sklerose, Rückenmarkverletzungen, andere Verletzungen oder Schäden durch Operationen oder Strahlenbehandlung auf.
Funktionelle Inkontinenz	Wenn die Harnwege ordnungsgemäß funktionieren, aber andere Krankheiten oder Behinderungen zu einer Inkontinenz führen. Medikamente, Demenz oder psychische Erkrankungen sind häufige Ursachen.

Angst, Verlegenheit, Furcht, Verlust des Selbstwertgefühls, Sorge, Verletzlichkeit, Scham, Depression, Paranoia und Unreinheit werden mit der HI in Verbindung gebracht⁹.

HI ist mit einer erheblichen Morbidität wie Stürzen, Depressionen und Harnwegsinfektionen verbunden und erhöht bei älteren Menschen die Wahrscheinlichkeit einer Institutionalisierung. Neueren Studien zufolge ist die HI auch ein Prädiktor für den Tod¹²⁻¹⁵.

Neben Alter und Geschlecht sind Fettleibigkeit und Rauchen etablierte Risikofaktoren. Es ist auch bekannt, dass

die Prävalenz der HI durch bestimmte Nahrungsmittel und Getränke beeinflusst wird¹⁶⁻¹⁸.

Obwohl HI-Patienten die Erkrankung als starke Beeinträchtigung der Lebensqualität empfanden, gibt die geringe Zahl der Hilfesuchenden Anlass zur Sorge¹⁹. Häufig führt die Erkrankung später zur Isolation und Vereinsamung, zur sozialen Ausgrenzung und dem damit verbundenen geistigen Abbau. Oft führt dies dann zur früheren Einweisung in ein Alters- oder Pflegeheim (zweithäufigster Einweisungsgrund).

Die Stigmatisierung als Tabuthema, Unwissenheit über Behandlungsoptionen und der Annahme, dass HI zum Altern dazugehört, führt dazu, dass ca. 40 % der Betroffenen keinen Arzt konsultieren.

Bedeutung für den Zahnarzt

Die hohe Prävalenz lässt vermuten, dass es in jeder Praxis betroffene Patienten gibt – jedoch nur in den seltensten Fällen findet sich der Punkt „Inkontinenz“ auf den gängigsten Anamnesebögen wieder, da zunächst einmal der Zusammenhang zur zahnmedizinischen Versorgung nicht offensichtlich erscheint.

Obgleich die Diagnose und Behandlung von HI nicht Teil der Arbeit des Zahnarztes ist, könnte die ergänzende Information der Anamnese eine frühzeitige Überweisung an einen Spezialisten ermöglichen.

Zeichen erkennen

Eine notwendige Sensibilisierung des gesamten Teams ist wünschenswert, scheinbar unwichtige Beobachtungen können auf eine Harninkontinenz hindeuten, wie z. B.:

- häufiges Aufsuchen der Toilette durch den Patienten (Verlassen des Wartezimmers),
- notwendige Unterbrechungen der Behandlung, weil der Patient auf die Toilette muss (insbesondere bei Prophylaxesitzungen),
- die Verwendung von Windeln für Erwachsene, häufig auch an „aufgepolsterten Hosen“ zu erkennen, nicht selten werden auch einfach mehrere Kleidungsstücke übereinander getragen, die als Barriere dienen sollen,
- der Patient riecht nach Urin.

Um peinliche, unangenehme Situationen zu vermeiden, reduzieren vor allem

ältere Patienten vor Stresssituationen (Zahnarztbesuch) die Trinkmenge drastisch, und dies sogar Tage im Voraus. Häufig führt dies zur Dehydrierung bis hin zur Exsikkose mit Kreislaufbeschwerden und einem vermehrten Sturzrisiko. Nicht selten müssen deshalb geplante Termine kurzfristig abgesagt werden oder es kommt zu Komplikationen während der Behandlung. Sehr häufig werden kontrollorientierte Zahnarzttermine komplett vermieden und Konsultationen finden nur noch im Notfall statt.

Mundtrockenheit

Mundtrockenheit aufgrund objektiver SpeichelhyPOSEKRETIOn wird als Xerostomie definiert. Sie hat eine hohe Prävalenz bei älteren Erwachsenen.

Die Ätiologie ist multifaktoriell, wie z. B. Nebenwirkungen von Medikamenten, das Sjögren-Syndrom, Störungen des Hormonhaushalts und auch Dehydratation²⁰. Viele dieser Faktoren spielen bei älteren Patienten mit Harninkontinenz eine wichtige Rolle. Das veränderte Trinkverhalten im Rahmen einer Inkontinenz kann zum zusätzlichen Verstärker werden.

Strategien für die Zahnarztpraxis

Der Zeitpunkt

Idealerweise wird eine zusätzliche Sprechstunde für geriatrische Patienten geschaffen, um auf die individuellen Bedürfnisse eingehen zu können (häufige Behandlungspausen, Toilettenpausen, Pausen für Erklärungen, geringe Wartezeiten). Dieses Vorgehen eignet sich vermutlich jedoch eher für Praxen mit dem Behandlungsschwerpunkt Seniorenzahnmedizin.

Alternativ kann jede Zahnarztpraxis problemlos für diese Patienten Termine in Randstunden anbieten (direkt am Anfang der Sprechstunde, direkt nach der Mittagspause). Hier empfiehlt es sich,

auf die individuellen Vorlieben des Patienten einzugehen, so können nämlich lange Wartezeiten minimiert werden. Die Erfahrung zeigt, dass teilweise frühe Termine (sogar bereits ab 7:00 Uhr) sehr gerne genommen werden, um die Anspannung vor dem Termin möglichst zu reduzieren. Falls eine geringe Wartezeit grundsätzlich zu garantieren ist, sind Behandlungen zu jeder Uhrzeit denkbar.

Es empfiehlt sich im Vorfeld über den Ablauf des geplanten Termins aufzuklären, insbesondere, darüber wie lange der gesamte Termin dauert und ob Behandlungspausen/Unterbrechungen möglich sind (bei der PA-Behandlung zum Beispiel nach jedem Quadranten), dies verringert die Anspannung der Patienten merklich. Elektive Eingriffe sollten nicht in den Hochsommer gelegt werden, da hier Flüssigkeitsverzicht schneller zur Dehydratation führen kann.

Patiententoilette

Angemessene sanitäre Einrichtungen, die einen schnellen, frei zugänglichen, diskreten Zugang ermöglichen, werden empfohlen. Im Idealfall gibt es mehr als eine Toilette für die Patienten. Die Erneuerung und Entsorgung von Inkontinenzeinlagen benötigen einen ausreichend großen Mülleimer. Ein Kosmetikeimer ist nicht ausreichend und birgt das Risiko, dass Einlagen in der Toilette entsorgt werden. Des Weiteren sollte ausreichend Toilettenpapier vorrätig und zugänglich sein, da hieraus nicht selten neue Inkontinenzeinlagen „gebastelt“ werden.

Flüssigkeitsverbrauch

Es wird dringend empfohlen, Xerostomie oder Mundtrockenheit zu erkennen und auch unter dem Gesichtspunkt der Harninkontinenz zu hinterfragen. Durch eine Verringerung der täglichen Trinkmenge wird diese häufig verstärkt.

Schlussfolgerung

Zahnärzte sollten nicht den „Standard-Anamnesebogen“ für alle Patienten verwenden. Innerhalb der Anamnese sollte der Teil der „vegetativen Anamnese“ nicht übersehen werden.

Das Erkennen der Anzeichen und Symptome von HI, die Anwendung einer korrekten und umfassenden geriatrischen Anamnese und schließlich die rechtzeitige Überweisung an einen Spezialisten gehören zu den Aufgaben des Zahnarztes.

Es ist wichtig, eine Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen und eine enge Beziehung zwischen Zahnarzt mit seinem Team, Patient und Pflegepersonal aufzubauen, um dann auf die gesonderten Bedürfnisse eingehen zu können.

Literatur

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* 2010;21(1):5–26.
2. Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community – analysis of a MORI poll. *BMJ* 1993; 306(6881):832–834.
3. Amaro JL, Macharelli CA, Yamamoto H et al. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence in Brazilian women. *Int Braz J Urol* 2009;35(5):592–597.
4. S2e-Leitlinie 084-001: Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten. Diagnostik und Therapie. Aktueller Stand: 02.01.2019. Online verfügbar: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/084-001I_S2e_Harninkontinenz_geriatrische_Patienten_Diagnostik-Therapie_2019-01.pdf.
5. Hajebrahimi S, Azaripour A, Sadeghi-Bazargani H. Clinical and transperineal ultrasound findings in females with stress urinary incontinence versus normal controls. *Pakistan J Biol Sci.* 2009;12(21):1434–1437.
6. Brieger GM, Yip SK, Hin LY, Chung TK. The prevalence of urinary dysfunction in Hong Kong Chinese women. *Obstet Gynecol* 1996;88(6):1041–1044.
7. Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggemann C, Thüroff JW. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology* 1997;50(6A Suppl):4–17.
8. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Wein AJ. Global prevalence and

economic burden of urgency urinary incontinence: A systematic review. *Eur Urol* 2014;65(1):79–95.

9. Avery JC, Braunack-Mayer AJ, Stocks NP, Taylor AW, Duggan P. Psychological perspectives in urinary incontinence: A metasynthesis. *OA Women's Health* 2013;1(1):1–10.
10. Dubeau CE, Simon SE, Morris JN. The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2006;54(9):1325–1333.
11. Bakarman MA, Al-Ghamdi SS. The effect of urinary incontinence on quality of life of women at childbearing age in Jeddah, Saudi Arabia. *Glob J Health Sci* 2015;8(2):281–287.
12. John G, Bardini C, Combescure C, Dallenbach P. Urinary incontinence as a predictor of death: A systematic review and meta-analysis. *PLOS One* 2016;11(7):e0158992.
13. Holroyd-Leduc JM, Mehta KM, Covinsky KE. Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(5):712–718.
14. John G, Bardini C, Megevand P, Combescure C, Dallenbach P. Urinary incontinence as a predictor of death after new-onset stroke: A meta-analysis. *Eur J Neurol* 2016;23(10):1548–1555.
15. Tilvis RS, Hakala SM, Valvanne J, Erkinjuntti T. Urinary incontinence as a predictor of death and institutionalization in a general aged population. *Arch Gerontol Geriatr* 1995;21(3):307–315.
16. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MM. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: A longitudinal study in women. *BJU Int* 2003;92: 69–77.
17. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K et al. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194: 339–45.
18. Yoshimura K, Kamoto T, Tsukamoto T et al. Seasonal alterations in nocturia and other storage symptoms in three Japanese communities. *Urology* 2007; 69:864–70.
19. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG* 2003; 110:247–54.
20. Seo K, Kim HN. Effects of oral health programmes on xerostomia in community-dwelling elderly: A systematic review and meta-analysis. *Int J Dent Hyg* 2020;18(1):52–61.
21. Demaagd GA, Davenport TC. Management of urinary incontinence. *P T* 2012;37(6):345–361H.
22. Sharma N, Chakrabarti S. Clinical evaluation of urinary incontinence. *J Midlife Health* 2018;9(2):55–64.
23. Faiena I, Patel N, Parihar JS, Calabrese M, Tunuguntla H. Conservative management of urinary incontinence in women. *Rev Urol* 2015;17(3):129–139.



Autoren

Gonzalo Baez

Zahnarzt

Wissenschaftlicher Mitarbeiter der
FachZahnarztPraxis

E-Mail:

info@diefachzahnarztpraxis.de



Dominic Jäger, M.Sc.

Spezialist für Senioren ZahnMedizin der DGAZ



Dominik Niehues, M.Sc.

Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Spezialist für Senioren ZahnMedizin der DGAZ

Alle:

DieFachZahnarztPraxis

Ernst-von-Bayern-Strasse 1

59590 Geseke

E-Mail:

info@diefachzahnarztpraxis.de

www.diefachzahnarztpraxis.de