

Harninkontinenz

DEGAM-Leitlinie Nr. 5

 **omikron publishing Düsseldorf 2004**

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Leitlinien sind systematisch entwickelte Empfehlungen, die Grundlagen für die gemeinsame Entscheidung von Ärzten und deren Patienten zu einer im Einzelfall sinnvollen gesundheitlichen Versorgung darstellen.

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, zielen auf die Beschreibung angemessenen, aufgabengerechten Handelns im Rahmen hausärztlicher bzw. allgemeinmedizinischer Grundversorgung.

Unbenommen bleibt dabei, daß Hausärzte auch Spezialgebiete beherrschen können und dann dementsprechend in Einzelbereichen eine Spezialversorgung anbieten können; diese hat dann allerdings den Leitlinien einer spezialisierten Versorgung zu folgen.

Zur Weiterentwicklung sind Kommentare und Ergänzungen von allen Seiten herzlich willkommen und sollten bitte gesandt werden an die:

Geschäftsstelle Leitlinienentwicklung der DEGAM
Abteilung Allgemeinmedizin - Universität Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Telefon: 0211-81-17750
Telefax: 0211-81-18755

© omikron publishing / DEGAM 2004

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM),
Düsseldorf

Herstellung: Geschäftsstelle Leitlinienverbreitung und -implementierung der DEGAM
c/o Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Kiel
Arnold-Heller-Str. 8, 24105 Kiel

Satz: T. Blazejewski

Umschlaggestaltung: MeseDesign, Budapest

Druck: Zimmermann Druck, Balve

Stand: 2004

Revision geplant: 2007

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen

Alle in diesem Werk enthaltenen Angaben, Ergebnisse usw. wurden von den Autoren und der Herausgeberschaft nach bestem Wissen erstellt. Sie erfolgen ohne jede Verpflichtung oder Garantie des Verlages. Er übernimmt deshalb keinerlei Verantwortung und Haftung für etwa vorhandene inhaltliche Unrichtigkeiten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Inhaltsverzeichnis

1	Ziele und Epidemiologie des Beratungsanlasses.....	4
1.1	Definition und Epidemiologie des Gesundheitsproblems.....	4
1.2	Abwendbar gefährliche Verläufe	11
2	Vorgehensweise	13
2.1	Anamnese.....	14
2.2	Das Patiententagebuch (Miktionskalender)	22
2.3	Untersuchungen	23
2.3.1	Allgemeine und körperliche Untersuchung.....	23
2.3.2	Laboruntersuchungen / Apparative Untersuchungen	28
2.3.3	Zusätzliche Diagnostik.....	30
2.4	Behandlungsoptionen	32
2.4.1	Beratungskonzept.....	33
2.4.2	Hilfsmittel.....	36
2.4.3	Medikamente	41
2.4.4	Spezifische, nicht-medikamentöse Behandlung.....	43
2.4.5	Operative und invasive Maßnahmen (Exkurs)	47
3	Zusammenfassung der Empfehlungen.....	51
4	Methodik, Beweise und Auswahlkriterien	54
4.1	Datenbanken und wissenschaftliche Literatur	54
4.2	Internet-Quellen.....	56
4.3	Interviews und Hospitationen	57
4.4	Nicht-Wissenschaftliche ("Graue") Literatur	58
4.5	Evidenzbewertung.....	58
5	Verbreitungs- und Implementierungsplan.....	61
6	Evaluation und vergleichbare Leitlinien.....	62
6.1	Evaluation dieser Leitlinie	62
6.2	Vergleichbare andere Leitlinien oder Empfehlungen.....	63
7	Gültigkeitsdauer und Fortschreibung	66
8	Autoren, Kooperationspartner und Konsensusverfahren	67
9	Anhang	73
9.1	Abkürzungen	73
9.2	Literatur.....	74
9.3	Übersicht wichtiger Inkontinenzformen und -symptome.....	86

1 Ziele und Epidemiologie des Beratungsanlasses

Ziel dieser Leitlinie ist es, die individuelle ärztliche Entscheidungs- und Therapiefreiheit zu unterstützen und nicht als Belehrung, sondern als "Richtschnur" zu dienen, an der sich ein nachvollziehbares ärztliches Handeln ausrichten kann.

Ziel der Leitlinie ist es nicht, Betroffenen Diagnosemethoden und Therapien vorzuenthalten.

Ziel ist es vielmehr, eine Enttabuisierung des Symptoms Harninkontinenz und damit eine sachgerechte Versorgung Betroffener unter Vermeidung von iatrogenen Schädigung für möglichst viele Patienten zu erreichen.

Empfehlungen in dieser Leitlinie gelten ausdrücklich für Hausärzte und sind nicht für spezialistische Fachärzte gedacht, da in Spezialpraxen andere Voraussetzungen für Diagnostik und Therapie bestehen.

Das Thema der Leitlinie ist die unkomplizierte Harninkontinenz, das Problem des unwillkürlichen Urinabgangs beim erwachsenen Menschen, der nicht Folge einer neurologischen, urologischen oder gynäkologischen Erkrankung ist.

1.1 Definition und Epidemiologie des Gesundheitsproblems

Die "International Continence Society" (ICS) hat zuletzt im Jahr 2002 die Definition der Inkontinenz erneuert. Nach der jetzt von der ICS vorgeschlagenen Definition ist Inkontinenz **"jeder unfreiwillige Harnverlust"**.

Diese Definition sowie der ausführliche Artikel (Abrams et al. 2002) des Standardisierungskomitees der ICS sind im Internet unter "www.icsoffice.org" abrufbar.

Betroffene leiden unter psychosozialen Auswirkungen der fehlenden Blasenkontrolle: Wer inkontinent ist, gerät leicht in den Verdacht, in der geistigen Leistungsfähigkeit eingeschränkt zu sein, und gilt schnell als sozial nicht akzeptabel. Die Kontinenzfunktion ist eine der ersten im Rahmen der kindlichen Entwicklung erlangten Kontrollfähigkeiten, und wird im allgemeinen als Indikator der Sozialfähigkeiten einer Person angesehen.

1.1.1 Prävalenz der Harninkontinenz

Die Angaben zur Prävalenz, also der Häufigkeit des Symptoms in der Bevölkerung, schwanken zwischen fünf und rund 25 Prozent - bei allerdings sehr unterschiedlichen Untersuchungsgruppen, Erhebungsmethoden und Inkontinenzdefinitionen.

So finden sich Prozentzahlen im zweistelligen Bereich, wenn Frauen oder ältere Menschen jenseits der 60 Jahre die Untersuchungsgruppe darstellen. Eine österreichische Studie von 2003, in der Frauen im Erwachsenenalter (älter 20 J.) befragt wurden, ergab Symptome einer zumindest leichten Inkontinenz bei 26% dieser überwiegend gesunden Bevölkerungstichprobe. Nur 5% der symptomatischen Frauen hatte nach eigenen Angaben einen Arzt konsultiert. (Madersbacher 2003)

Schwierigkeiten bei epidemiologischen Erhebungen zur Harninkontinenz werden wahrscheinlich durch den Tabucharacter des Symptoms verstärkt:

Unsensible, direkte Fragen nach Problemen mit dem Wasserlassen werden teilweise geradezu reflexartig verneint und führen zu einem "Underreporting", also einer zu geringen Aufdeckung des Problems. Beispielsweise bezeichneten fast ein Drittel der Befragten in einer Studie (Teasdale et al. 1988) sich zwar selbst als nicht inkontinent, gaben aber auf die Frage nach konkreten Inkontinenzsymptomen (nicht beherrschbarer Harndrang, Urinverlust unter Belastung etc.) an, dass sie solche hatten.

Am wesentlichsten für die unterschiedlichen Häufigkeitsangaben der einzelnen Studien scheint die verwendete Inkontinenzdefinition zu sein. In manchen Studien wurden bereits Ereignisse, die zu einer geldstückgroßen Feuchtigkeitsansammlung in einer Vorlage oder einem Slip führten, oder Ereignisse, die vereinzelt während des letzten Jahres aufgetreten waren, als Inkontinenz definiert. Definitionen, die jede technisch nachweisbare Ausscheidung als pathologisch ansehen, führen zur Medikalisierung normaler weiblicher Körperfunktionen, eine Standardisierung der quantitativen Bewertungen im Rahmen von Inkontinenz-Studien ist überfällig. (Schlömer 2003, Niederstadt 1998)

Definiert man Harninkontinenz als "das soziale Leben störendes oder die Lebensqualität beeinträchtigendes Symptom", kann aus dem vorliegenden Datenmaterial für die erwachsene Bevölkerung Nordamerikas und Mitteleuropas eine Prävalenz der Harninkontinenz von rund 6% abgeleitet werden. (Cheater und Castleden 2000)

Für die Altersgruppe der über 70jährigen zu Hause lebenden Menschen lässt sich aus den vorliegenden Studien ein Prävalenz-Mittelwert von etwa 30% extrahieren.

Bei Heimbewohnern kommen alle Studien einheitlich zu wesentlich höheren Prävalenzen, mit einer ebenfalls guten Übereinstimmung, da hier die Inkontinenzsymptome meist sehr ausgeprägt sind und die diagnostische Zuordnung keine Probleme bereitet. Bei Heimbewohnern (Pointner und Madersbacher 1993; WHO Statement 1998) schließlich verändern sich die Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Inkontinenz noch stärker als bei den zu Hause Lebenden mit zunehmenden Alter zuungunsten der Männer, d.h. die Männer "holen auf" und sind bei Heimbewohnern jenseits der 80 Jahre stärker betroffen. (Ouslander et al. 1993)

Bereits bei vorsichtigen Extrapolationen der Zahlen aus den vorhandenen Studien handelt es sich bei der Harninkontinenz um ein Gesundheitsproblem von rein zahlenmäßig enormer Bedeutung.

Infolge der demographischen Umschichtung in den kommenden Jahren ist mit einer weiteren Zunahme der Harninkontinenz in der Bevölkerung zu rechnen.

1.1.2 Aufdeckung der Harninkontinenz

Nicht nur der Tabucharacter, der dem Symptom anhaftet, macht eine Aufdeckung der Betroffenen schwierig. Es existiert auch eine schwer ausrottbare Überzeugung, dass Inkontinenz ein normaler Bestandteil des Alterungsprozesses und deswegen eine Behandlung weder notwendig noch erfolgversprechend sei. (Füsgen 1988; AHCP 1992, Dallosso et al. 2003)

Auch unter Medizinern wird eine kurative Behandlung häufig für nicht möglich oder nicht erforderlich gehalten, wie in mehreren Studien nachgewiesen werden konnte. (Cohen et al. 1999; Mitteness 1990)

Da es sich bei der Harninkontinenz aus den oben aufgeführten Gründen um ein in seiner Bedeutung - aber auch bezüglich der Prognose - unterschätztes Gesundheitsproblem handelt, existiert vermutlich eine hohe Dunkelziffer an Betroffenen. Einige Studien gehen von bis zu 85% unbehandelten und unerkannten Betroffenen aus. Zwei deutsche Studien aus den Jahren 1996 und 1999 zeigen in dem untersuchten Kollektiv nicht nur

eine relativ hohe Rate an medizinisch unbehandelten von Inkontinenz betroffenen Patienten von 27,4% im Jahr 1996, sondern auch eine mögliche Verschlechterung der Versorgungssituation im Jahr 1999 mit 51,3% unbehandelten Inkontinenzpatienten in der jüngeren Studie. (Welz-Barth et al., 2000)

Diese Tatsache führt dazu, dass viele Betroffene erst dann zu einer medizinischen Therapie gelangen, wenn es für einfache, konservative Maßnahmen bereits zu spät - und der Erfolg invasiver, chirurgischer oder medikamentöser Maßnahmen nicht mehr gewährleistet ist.

1.1.3 Formen der Harninkontinenz

Es handelt sich bei der Harninkontinenz nicht generell um eine Erkrankung, sondern zunächst um ein Symptom, dem verschiedene Ursachen zugrunde liegen können.

Die Internationale Kontinenzgesellschaft (ICS; International Continence Society) unterscheidet bei der Harninkontinenz verschiedene Beschreibungsebenen, die unter Umständen mit den gleichen Termini belegt werden.

So kann Harninkontinenz je nach Beschreibungsebene folgendes sein:

- a) ein Symptom
- b) ein klinischer Hinweis (Zeichen)
- c) eine Erkrankung (Leiden, Zustand)

Unter Inkontinenz als Symptom versteht die ICS alle vom Patienten berichteten Gefühle und Ereignisse, die nicht vom Arzt beobachtet sind.

Als klinischer Hinweis (Zeichen) werden die vom Arzt beobachteten Symptome bezeichnet, wie z.B. die Beobachtung von Urinverlust aus der Harnröhre während körperlicher Anstrengung oder die Beobachtung eines kontinuierlichen Harnverlustes während der Untersuchung.

Nur die als Erkrankung (Zustand oder Leiden) aufgefasste Inkontinenz entspricht einer urodynamischen Diagnosestellung.

Das bedeutet, dass Harninkontinenz nach der Definition der Internationalen Kontinenzgesellschaft in der Hausarztpraxis zunächst immer nur auf den ersten beiden Ebenen (Symptome und Zeichen) beschrieben werden kann; also nicht als Erkrankung, sondern als ein Symptom, dem verschiedene Ursachen zugrunde liegen können.

Zur weiteren Differenzierung der verschiedenen Inkontinenz-Symptome hat die ICS eine Einteilung vorgeschlagen, die folgende Formen unterscheidet.

1.1.3.1 Dranginkontinenz

Dranginkontinenz ist gekennzeichnet durch ein starkes Harndranggefühl in Zusammenhang mit einem unwillkürlichen Urinverlust.

In der deutschen Literatur findet sich für diese symptomatische Form der Inkontinenz des Öfteren die Bezeichnung "Reizblase" (Reuter et al. 1990). Daher wird auch in dieser Leitlinie die Reizblase unter dem Oberbegriff Dranginkontinenz geführt, wobei jedoch zu betonen ist, dass eine Patientin mit Reizblase nicht notwendigerweise auch Urinverluste hat. Es ist für die Therapie in der Primärversorgung auf Grund der ähnlichen Symptomatik und des stufenlosen Übergangs von der nicht-inkontinenten Reizblase zur Dranginkontinenz sinnvoll, Reizblase und Dranginkontinenz als in weiten Teilen gleichartige Entitäten zu betrachten.

Nach der neuesten Definition der Internationalen Kontinenzgesellschaft ICS (Abrams 2002) kann die Dranginkontinenz Teil des so genannten Syndroms der überaktiven Blase (engl. "overactive bladder", abgekürzt OAB) sein - wobei das Syndrom der überaktiven Blase allerdings auch ohne Inkontinenz auftreten kann, genau wie die Reizblase. Beide Begriffe sind im Wesentlichen begriffsgleich, also Synonyme.

Zur eindeutigen Kennzeichnung einer urodynamisch gesicherten Dranginkontinenz werden häufig Formulierungen verwendet wie "Überaktiver Detrusor, motorischer Harndrang" oder "Motorische Dranginkontinenz" oder "Detrusor-Hyperaktivität".

Eine reine Dranginkontinenz ist bei Frauen unter 50 Jahren seltener als die Stressinkontinenz. Sie tritt mit zunehmendem Lebensalter aber häufiger auf, so dass im höheren Alter relativ häufig eine Mischform aus Stress- und Dranginkontinenz gefunden wird. Bei Männern ist sie in jedem Lebensalter die vorherrschende Inkontinenzform.

1.1.3.2 Stressinkontinenz

Stressinkontinenz bezeichnet die Patienten-Angabe von Harnverlust unter körperlicher Anstrengung.

Zur besseren Abgrenzung einer urodynamisch gesicherten Diagnose wird häufig die Formulierung "genuine Stressinkontinenz" verwendet.

Die Symptome der Stressinkontinenz sind die bei weitem häufigste symptomatische Inkontinenzform bei jungen Frauen bis etwa 50 Jahre. (Payne 1998)

1.1.3.3 Unbewusste Inkontinenz

"Unbewusste Inkontinenz" ist jeder Urinverlust, der weder mit Harndrang assoziiert ist noch überhaupt im Moment des Harnverlustes wahrgenommen wird. Eine unbewusste Inkontinenz ist immer ein Hinweis auf eine mögliche neurologische Erkrankung oder eine ernsthafte morphologische Veränderung und somit **immer eine "komplizierte" Inkontinenz** und **Anlass zur spezialärztlichen** (urologischen, gynäkologischen oder ggf. neurologischen) **Behandlung**.

Spezifische Formen unbewusster Inkontinenz sind Diagnosen bzw. Erkrankungen im Sinne der Internationalen Kontinenzgesellschaft, die immer auf Grund einer cystometrischen oder urodynamischen oder sonstigen spezialistischen Diagnostik gestellt werden. Zu ihnen gehören:

Die **Reflexinkontinenz**: Die zu Grunde liegende Störung ist eine neurogene Läsion oberhalb des sakralen Miktionszentrums bzw. oberhalb des Kreuzbeinbereichs, bei intaktem sakralen Miktionsreflex. Typischerweise spüren die Betroffenen keinerlei Harndrang, die Blase entleert sich selbständig und unwillkürlich oder auf Klopfreiz, in einer **schwallartigen Entleerung**. Oft entleert sich die Reflexblase nur unvollständig, was dann die Gefahr von aufsteigenden Infektionen nach sich zieht.

Die **Überlaufblase**: Ursächlich ist entweder eine Obstruktion (z.B. eine stark vergrößerte Prostata, Steine oder Tumoren) oder eine neurologische Schädigung wie z.B. infolge Diabetes-Neuropathie, Morbus Parkinson, MS, Spinaltrauma, Myelomeningocele, Alkohol-Neuropathie. Im Prinzip kann jede Schädigung der versorgenden Nerven (z.B. durch Operationen oder Traumen) zur Akontraktilität der Blase führen. Symptome der Überlaufbla-

se sind **kontinuierlicher Harnverlust** (Dauerinkontinenz oder Dauertröpfeln), gelegentlich kann sie auch einer äußerst ausgeprägten Stressinkontinenz ähneln mit Urinverlusten bei geringstem Anlass (Positionsänderung).

Bei unbewusster Inkontinenz gibt es mitunter Fälle, bei denen sich Symptome der Reflexinkontinenz und der Überlaufinkontinenz beim gleichen Patienten abwechseln. Dieses Bild findet sich vor allem bei neurologisch bedingten Entleerungsstörungen. Bei Symptomen erschwerter Entleerung kann es zu einem urologischen Notfall in Form eines akuten Harnverhaltes kommen – in solchen Fällen ist eine sofortige Entlastungskatheterisierung notwendig; wenn keine ambulante urologische Notfallversorgung möglich ist, muss eine Krankenhauseinweisung erfolgen.

1.1.3.4 Post-Miktionelles Tröpfeln

Als eigenständige Symptomform der Harninkontinenz wird das **postmiktionelle Tröpfeln** (Nachtröpfeln) angesehen, obwohl es im Regelfall auch unbewusst erfolgt. Häufig ist es Folge einer Sphinkterverletzung, z.B. nach Prostatektomie, und durch konservative Behandlung nur wenig beeinflussbar. Es wird in diesem Fall auch nicht vom Hausarzt alleine behandelt werden, sondern in Zusammenarbeit mit dem Urologen.

1.1.3.5 Extraurethrale Inkontinenz

Jeder Urinverlust, der nicht durch die Urethra erfolgt, wird als extraurethrale Inkontinenz bezeichnet. Die extraurethrale Inkontinenz besteht meist von Geburt an und muss immer operativ behandelt werden. Diese Inkontinenzform ist daher ebenfalls immer als kompliziert anzusehen und nicht Gegenstand dieser Leitlinie.

1.1.3.6 Transiente oder funktionelle Inkontinenz

Nicht von der Internationalen Kontinenzgesellschaft vorgeschlagen, aber in der Praxis dennoch häufig sinnvoll, ist noch die Kennzeichnung einer Inkontinenzvariante, die in der Literatur als **funktionelle oder transiente Inkontinenz** (Bates et al. 1979; Chutka und Takahashi 1998; Maloney und Cafiero 1999) bezeichnet wird. Diese Form findet sich häufig bei älteren Patienten als Folge eingeschränkter Mobilität und/oder Kognition. In der Praxis ist die gesonderte Kennzeichnung dieser Inkontinenzform nützlich,

da sie unmittelbare Therapieansätze liefert - die funktionellen Einschränkungen lassen sich z.B. oft durch geschickten Einsatz von Hilfsmitteln wie Aufsteh- oder Geh-Hilfen kompensieren, wodurch dann auch die Inkontinenz verschwindet oder zumindest gebessert werden kann.

Die in der hier vorgestellten Leitlinie verwendete Einteilung der Inkontinenzformen soll eine Basis-Klassifikation der Inkontinenz-Symptome mit den Mitteln der hausärztlichen Praxis ermöglichen sowie Therapie-leitende Hilfestellung für den Hausarzt liefern. Gegenstand der hausärztlichen Diagnose und Therapie und somit dieser Leitlinie sind lediglich die unkomplizierten Formen der Inkontinenz, also vor allem die Stressinkontinenz und die Dranginkontinenz-Symptome sowie die transiente Inkontinenz.

1.2 Abwendbar gefährliche Verläufe

1.2.1 Mögliche gefährliche Verläufe im Zusammenhang mit Harninkontinenz

Möglich sind schwerwiegende Erkrankungen als Ursache der Harninkontinenz, deren Verknennung zu abwendbar gefährlichen Verläufen führen kann.

Bei der **typischen, unkomplizierten Stressinkontinenz** jüngerer Frauen und bei der **typischen Dranginkontinenz im höheren Lebensalter** sind abwendbar gefährliche Verläufe **nicht zu befürchten**.

Diagnostische **Probleme** können aber im Zusammenhang mit **irritativen Miktionsymptomen** entstehen. Die möglichen ernsthaften Ursachen entstammen ganz überwiegend dem neurologischen Bereich, daneben können auch entzündliche Erkrankungen oder diverse Neubildungen mit den Symptomen einer Inkontinenz verbunden sein.

Eine Literaturanalyse (Medline-Datenbank; 1981 bis 2001) erbrachte folgende Ergebnisse: Schwerwiegende Erkrankungen als Komplikation einer Harninkontinenz, die nicht von vornherein als neurologisch zu klassifizieren ist, werden sehr selten zum Gegenstand publizierter Arbeiten, was darauf schließen lässt, dass es sich um in der Realität seltene Ereignisse handelt.

Bei vielen neurologischen Erkrankungen (z.B. MS, M. Parkinson, Diabetes-Neuropathie, Myelomeningocele, Korsakowsyndrom, Spinalverletzung, schwere Demenz) ist die Inkontinenz-Prävalenz zum Teil außerordentlich hoch, doch ist in diesen Fällen die **Inkontinenz** - in der gesichteten Literatur - **niemals alleiniges Erstsymptom**.

Die Agency for Health Care Policy and Research stellte in ihren "Practice Guidelines" 1996 summarisch fest, dass inkontinente Patienten keine höhere Rate an Blasentumoren als vergleichbare kontinente Personen haben.¹ (Fantl et al. 1996b; Evidenzlevel K IIIb)

Dennoch ist zu berücksichtigen, dass die Inzidenz der Neoplasien am unteren und oberen Harntrakt mit dem Lebensalter zunimmt. Blasen- und Nierentumoren machen sich oft erst relativ spät durch eine Hämaturie oder andere auffällige Urinbefunde bemerkbar und zeigen anfänglich wenig Symptome, zu denen gelegentlich ein irritierendes Harndranggefühl gehören kann. Geht eine Inkontinenz bei älteren Personen mit einem irritierenden Harndrang einher, so ist dies daher abklärungsbedürftig. Der zur Zeit beste (mit den besten Testkennwerten bez. Sensitivität u. Spezifität) in der Praxis verfügbare Screening-Test ist die Urinzytologie. Bei **älteren** Personen mit **irritativem** Wasserlassen in Kombination mit einer **Hämaturie** ist eine **zytologische Urinuntersuchung** sinnvoll. (Brown 2000; Evidenzl. D III)

Generell gilt zur Abwendung möglicher gefährlicher Verläufe bei der Harninkontinenz: Geht die Harninkontinenz mit **Schmerzen, neurologischen Symptomen, Fieber** oder sonstigen **Allgemeinsymptomen** einher, so ist der Verdacht auf eine zugrunde liegende Erkrankung bzw. eine **komplizierte Inkontinenz** gegeben. Dieser muss abgeklärt werden, bevor irgendeine hausärztliche Inkontinenztherapie eingeleitet werden kann.

Wie schon bei der Darstellung der verschiedenen Inkontinenzformen erwähnt, stellt jede Form der unbewussten Inkontinenz (Reflexblase oder Überlaufblase) sowie jede Symptomatik, die auf eine erschwerte Entleerung deutet, eine komplizierte Inkontinenz dar und sollte spezialärztlich abgeklärt werden.

¹ Das bedeutet allerdings nicht, dass sie keine Blasentumoren haben, die Erkrankungshäufigkeit liegt bei kontinenten wie inkontinenten Personen jenseits des 60. Lebensjahres bei rund 1% der Männer und rund 0,3 % der Frauen; die alterspezifische Mortalität des Blasenkarzinoms beträgt in der siebten Lebensdekade jeweils 0,0152 % (Männer) und 0,0038 % (Frauen). Jenseits des 80. Lebensjahres steigt die altersspezifische Mortalität an Blasenkarzinom bei den Männern auf rund 0,155 %, bei den Frauen auf rund 0,043 % (Daten von 1995 bis 1997; Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg)