

**Referent: Univ-Prof. Dr. H. Riedmiller**

**Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie,  
Universitätsklinikum Würzburg**

## Harninkontinenz- ein vielschichtiges Problem

Die Harninkontinenz ist ein wichtiges und häufiges Gesundheitsproblem mit steigender Prävalenz im Alter. In der Gruppe der Älteren (>60 Jahre) beklagen 20% der Frauen und 10% der Männer eine Harninkontinenz. Unbehandelt kann Harninkontinenz zu schwerwiegenden psychischen und sozialen Komplikationen wie z. B. Depressionen, Angstzuständen und sozialer Isolation mit erheblicher Reduktion der Lebensqualität führen.

Die Tabuisierung der Problematik ist bei der männlichen Bevölkerung deutlich stärker ausgeprägt als bei Frauen, die durch ihre Harninkontinenz offensichtlich subjektiv stärker beeinträchtigt sind und konsekutiv früher und intensiver ihre Problematik verbalisieren.

Harninkontinenz bei Frauen ist häufig mit Prolaps und Descensus (Senkung des Beckenbodens) vergesellschaftet, kann jedoch auch ohne anatomische Veränderungen auftreten. Nach Versagen konservativer Therapieoptionen stehen neben bewährten operativen Techniken in den letzten Jahren auch verschiedene Verfahren zur Rekonstruktion des weiblichen Beckenbodens und Therapie der Harninkontinenz unter Einsatz künstlicher Bänder und Netze zur Verfügung, für deren Therapieerfolg jedoch eine sehr exakte Indikationsstellung unerlässlich ist.

Beim Syndrom der überaktiven Blase („overactive bladder“) hat sich bei beiden Geschlechtern bei Versagen von

blasendämpfenden Medikamenten die Injektion von Botox in die Blasenwand etabliert und bewährt.

In höherem Lebensalter ist die Harninkontinenz bei Männern bedingt durch Veränderungen des unteren Harntrakts (Blase, Prostata) sowie gehäuftes Auftreten von internistischen und neurologischen Begleiterkrankungen. Aber die Harninkontinenz beim Mann kann auch Folge operativer Interventionen im kleinen Becken (z. B. radikale Prostatektomie bei Prostatakrebs, radikale Zystoprostatektomie mit Anlage einer Neoblase aus Darmsegmenten bei Blasenkrebs) sein. Gerade bei diesen Patientengruppen entsteht nach erfolgreicher Behandlung des Tumors durch die plötzlich eintretende Harninkontinenz ein hoher Leidensdruck mit entsprechender Minderung der Lebensqualität, wobei in erfahrenen operativen Händen die Gefahr einer postoperativen Harninkontinenz sehr niedrig ist.

Zur Vermeidung einer postoperativen Harninkontinenz bzw. zur raschen Wiedergewinnung der Kontinenz ist ein intensives und konsequentes Beckenbodentraining mit speziell geschulten Physiotherapeuten/-innen unabdingbar. Bei Persistenz einer postoperativen Urininkontinenz nach Ausschöpfung konservativer Therapiemaßnahmen steht mit der Implantation eines künstlichen Schließmuskelsystems (Sphinkterprothese) eine effektive und akzeptierte Behandlungsform mit sehr guten Langzeitergebnissen und hoher Patientenzufriedenheit zur Verfügung. Zusätzlich bieten sich in den letzten Jahren alternative Behandlungskonzepte unter Verwendung verschiedener Bandsysteme („male slings“) an, jedoch erfordern diese Therapieformen eine zumindest partiell erhaltene Restfunktion des körpereigenen Sphinkterapparates, um einen akzeptablen Therapieerfolg zu gewährleisten.



Auch im Rahmen der Kinderurologie stellt die Harninkontinenz einen wichtigen therapeutischen Schwerpunkt dar. Hier ist eine strukturierte, die Kinder möglichst wenig belastende Diagnostik sinnvoll, um eine wirkungsvolle - in den meisten Fällen konservative - Therapie erfolgreich einzuleiten und seltenere anatomische Ursachen, die dann meist einer operativen Therapie bedürfen, sicher zu diagnostizieren.

Die Komplexität der Harninkontinenz in den verschiedenen Altersgruppen erfordert ein individuelles diagnostisches Vorgehen, bei dem eine umfassend und sorgfältig durchgeführte Blasenfunktionsprüfung (Urodynamik) oft wesentlicher Bestandteil ist. Nur die exakte Analyse und Kenntnis der Ursache sowie eine darauf ausgerichtete Therapie führen zu hoher Ergebnisqualität.