



**Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.**

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen  
Stand September 2006

1. Allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
- 1.9. Abgelaufene, frühere Leitlinien
- 1.9.2 Überaktive Blase

---

*AG Urogynäkologie der DGGG*

## **Überaktive Blase**

(früher „Dranginkontinenz“, „Reizblase“)

AWMF 015/008

### **Definition**

An Stelle der alten Begriffe „Dranginkontinenz“ und „Reizblase“ spricht man neu vom „Syndroms der überaktiven Blase“ (engl. "overactive bladder", abgekürzt OAB).

Die "International Continence Society" (ICS) hat zuletzt im Jahr 2002 die Definition erneuert. Dabei unterscheidet die ICS verschiedene Beschreibungsebenen, die unter Umständen mit den gleichen Termini belegt werden. So kann „überaktive Blase“ je nach Beschreibungsebene  
ein Symptom  
ein klinischer Hinweis (Zeichen)  
eine Erkrankung (Leiden, Zustand) sein

Das Syndrom der Überaktiven Blase („overactive bladder“, OAB\*) ist im allgemeinen nicht krankheitsspezifisch und stellt einen Symptomkomplex dar:

- Leitsymptom ist ein plötzlicher, imperativer Harndrang der nur mit Mühe unterdrückt werden kann
- Als Folge kommt es zu Pollakisurie oder Nykturie
- Der Harndrang kann ohne Harnverlust bleiben (*engl.*: „OAB dry“), zur Miktion oder gar zum Einnässen (Inkontinenz, (*engl.*: „OAB wet“) führen

### Hinweise zur Definition:

- Das Auftreten einer Harninkontinenz ist für die Diagnose **nicht** zwingend
- Für die Diagnose wird der Ausschluss „entzündlicher Vorgänge“ und „lokaler pathologischer sowie metabolischer Prozesse“ gefordert. Da die Definition der überaktiven Blase nur auf Symptomen basiert, ist sie nicht zwangsläufig mit einer urodynamisch nachweisbaren Detrusoraktivität identisch (sie umfasst jetzt auch die sensorische Drangsymptomatik nach der alten Nomenklatur).

- Zur eindeutigen Kennzeichnung einer urodynamisch gesicherten überaktiven Blasenfunktion werden Formulierungen wie „urodynamisch“ überaktive Blase, „motorisch“ überaktive Blase u.a. verwendet.
- Urodynamisch unterscheidet man zudem neu „Detrusorüberaktivität“ und „Inkontinenz bei Detrusorüberaktivität“

## Diagnostik

### Notwendige Diagnostik:

Die Tatsache, dass für die Diagnose einer überaktiven Blase von der ICS der Ausschluss „lokaler pathologischer Prozesse“ und der Ausschluss „entzündlicher Vorgänge“ gefordert wird, macht zumindest eine Basisdiagnostik erforderlich:

- Gezielte Anamnese (Medikamentenanamnese, bisherige Therapien, Infekt- und Sexualanamnese)
- Spekulum- und Tastuntersuchung, Lageveränderungen des Genitales in Ruhe und beim Pressen (Zysto-, Urethro-, Entero- und Rektocellen), sowie Atrophie- und Infektzeichen (pH-Metrie der Vagina),
- Urindiagnostik,
- bildgebende Diagnostik (inkl. Restharnbestimmung, Sonographie, Radiologie), Urethro- Zystoskopie

Da die Definition der überaktiven Blase nur auf Symptomen basiert, ist sie nicht zwangsläufig mit einer urodynamisch nachweisbaren Detrusoraktivität identisch

### Im Einzelfall nützliche Diagnostik:

Kalibrierung, Divertikelausschluß, Urinzytologie, erweiterte Infektdiagnostik, psychosomatische Exploration, Urodynamik

## Therapie

Es ist heute eine allgemein akzeptierte Praxis, allein auf der Basis der klinischen Diagnose „OAB“ eine Primärbehandlung zu beginnen (vgl. oben).

### Konservativ:

Wahrnehmungsschulung, Trink- und Miktionstraining, Beckenbodentraining, spezifische Pharmakotherapie, Psychotherapie

### Operativ:

Ursachenspezifisch (z.B. Divertikulektomie, Meatotomie),

---

## Literatur:

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffith D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Neurourol. Urodyn* 21 (2002): 156-78
2. Fischer W., Kölbl H.: *Urogynäkologie für Praxis und Klinik*. DeGruyter (Berlin-Heidelberg-New York) 1995
3. Kölbl H., Petri E., Schüssler B., Staufer F., Voigt R.: Inkontinenzdiagnostik als Basis für eine suffiziente Therapie. DGGG/Hand-out. Podiumsdiskussion 51. Kongreß der DGGG v. 1. - 5. 10. 1996
4. Schär G., Kölbl H., Voigt R., Merz E., Anthuber Ch., Niemayer R., Ralph G., Bader W., Fink D., Grischke E., Hanzal E., Köchli O.R., Köhler, Munz E., Peruchini D., Sam C., Schwenke A.: Empfehlungen zur Sonographie des unteren Harntraktes im Rahmen der urogynäkologischen Funktionsdiagnostik. *Der Frauenarzt* 2 (1996) 220 - 225
5. R. Tunn, G. Schaer, U. Peschers, W. Bader, A. Gauruder, E. Hanzal, H. Koelbl, D. Koelle, D. Perucchini, E. Petri, P. Riss, B. Schuessler, V. Viereck: Updated recommendations on ultrasonography in urogynecology. *Int Urogynecol J* (2005) 16: 236–241
6. Petri E., Kölbl H.: Urethrozystoskopie in der Frauenheilkunde. *Gynäkol. Prax.* 20 (1996) 681 -692
7. Petri E.: *Gynäkologische Urologie*. Georg Thieme Verlag (Stuttgart-New York) 2001
8. Schüssler B., Laycock J., Norton P., Stanton S.: *Pelvic-floor reeducation: principles and practice*. Springer Verlag (London) 1994
9. Tunn R, Petri E: Introital and transvaginal ultrasound as the main tool in the assessment of urogenital and pelvic floor dysfunction: an imaging panel and practical approach. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;22:205-213

---

### **Verfahren zur Konsensusbildung:**

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.  
Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und Leitlinien-Kommission der DGGG

1. Konsensusmeeting der Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie "Empfehlungen zur urogynäkologischen Funktionsdiagnostik und Therapie", Kartause Ittingen/Schweiz, 1992
2. Konsensusmeeting der Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie "Ultraschall in der Urogynäkologie", Zürich, August 1995
3. Konsensusmeeting zur Erarbeitung von "Leitlinien Urogynäkologie" der Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie, Wien, 23. - 24. 08. 1997



4. Aktualisierung der Leitlinien durch die aufgeführten Autoren im  
März 2006

**Autoren:**

PD Dr. D. Perucchini, Dr. Annett Gauruder-Burmester, Prof. Dr. H.  
Kölbl, PD Dr. Ursula Peschers, Prof. Dr. E. Petri, Dr. Christl Reisenauer,  
Prof. Dr. K. Tamussino, PD Dr. R. Tunn

**Erstellungsdatum:**

August 1998

**Letzte Überarbeitung:**

März 2006