



Was tun bei Harninkontinenz?



Eine Patienteninformation
des Arbeitskreises
„Urologische Funktionsdiagnostik
und Urologie der Frau“ der
Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

Inhalt

- 2 Vorwort**
- 4 Was ist Harninkontinenz?**
- 4 Wie kann man die Harninkontinenz abklären?**
- 6 So können Sie einer Harninkontinenz vorbeugen**
- 8 Welche Formen der Harninkontinenz gibt es?**
- 9 Belastungsinkontinenz**
- 11 Dranginkontinenz**
- 13 Mischinkontinenz**
- 13 Neurogene überaktive Blase**
- 15 Überlaufinkontinenz**
- 16 Extraurethrale Inkontinenz**
- 16 Beckenbodenschwäche und Senkungszustände**
- 17 Enuresis**
- 19 Wer sind die richtigen Ansprechpartner?**
- 20 Miktionsprotokoll für den Arztbesuch**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



Harninkontinenz bedeutet unfreiwilligen Urinverlust und ist Ihnen möglicherweise besser als Blasenschwäche bekannt. Die Krankheit gehört zu den häufigsten Gesundheitsproblemen. Treffen kann es jeden: Junge wie Alte, Frauen wie Männer.

Allein in Deutschland gibt es über acht Millionen Betroffene - Harninkontinenz ist daher eine echte Volkskrankheit. Aber nur jeder Fünfte wendet sich an einen Arzt. Immer noch ist das Tabu darüber zu sprechen groß, obwohl alle Bereiche des Alltags und die Lebensqualität von einer Blasenschwäche beeinträchtigt werden.

Es gibt viele Ursachen, die zur Harninkontinenz führen können. Durch geeignete Abklärung und Therapie können 80 Prozent der Betroffenen von ihrem Leiden geheilt werden und bei den restlichen 20 Prozent lässt sich durch eine gute Hilfsmittelversorgung der Alltag erträglicher gestalten.

Eine erfolgreiche Therapie muss sich nach der Form und der Ausprägung der Inkontinenz richten. Heute stehen uns dafür zahlreiche konservative und operative Therapiemaßnahmen zur Verfügung. Änderungen von inkontinenzfördernden Verhaltensmustern müssen als Begleitmaßnahmen dabei immer mitberücksichtigt werden.

Dieser Ratgeber der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. ist in Zusammenarbeit mit der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V. entstanden. Er kann das Aufklärungsgespräch mit Ihrer Urologin oder Ihrem Urologen ergänzen und gibt Ihnen die Möglichkeit, sich zu Hause ganz in Ruhe umfassend über Ihre Erkrankung zu informieren.

Für den Arbeitskreis „Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau“ der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

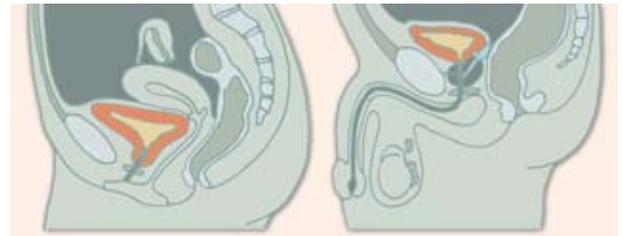
**Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel,
Vorsitzende**

Harninkontinenz

Harninkontinenz ist der medizinische Ausdruck für Blasenschwäche und bezeichnet die mangelnde oder fehlende Fähigkeit des Körpers, den Blaseninhalt sicher zu speichern und den Zeitpunkt der Entleerung selbst zu bestimmen. In der Folge kommt es zu unwillkürlichem Urinverlust.

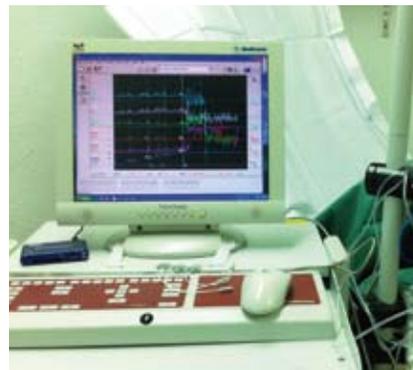
Wie kann man die Harninkontinenz abklären?

Die meisten Ursachen der Inkontinenz können durch sogenannte Basisuntersuchungen festgestellt werden. Dazu gehört neben einer genauen Befragung (Anamnese), einer körperlichen Untersuchung und Urinuntersuchung auch ein Miktions- und Trinkprotokoll (Miktion = Harnlassen). Dieses hilft Ihnen, Ihr eigenes Trink- und Miktionsverhalten besser kennenzulernen, Unregelmäßigkeiten aufzudecken und die Fragen des Arztes gut beantworten zu können.



Die Harnblase (links bei der Frau, rechts beim Mann) ist ein Hohlorgan im Becken, das den Urin sammelt und ihn bis zur Blasenentleerung speichert.

Außerdem wird eine Ultraschalluntersuchung der Harnblase, der Harnröhre und meist auch der Nieren durchgeführt. Wenn aufgrund dieser Untersuchungen keine eindeutige Diagnose gestellt werden kann, wird zusätzlich eine Funktionsprüfung von Blase und Schließmuskel, die sogenannte Blasendruckmessung oder Urodynamik, vorgenommen.



Geräte zur Blasendruckmessung werden in der Diagnostik der Harninkontinenz eingesetzt.

Ergänzt werden kann diese Blasendruckmessung durch Röntgenbilder der Harnblase oder auch durch eine Blasenspiegelung.

Die Ursachen der Harninkontinenz genau zu kennen, ist notwendige Voraussetzung, um den richtigen Therapieweg einzuschlagen.

So können Sie einer Harninkontinenz vorbeugen

- Präventives Beckenbodentraining ist die wirksamste Methode, um einer Inkontinenz vorzubeugen. Das gilt besonders für Frauen nach der Geburt eines Kindes und Menschen mit Bindegewebsschwäche.



- Vermeiden Sie Übergewicht. Eine Gewichtsreduktion von 5-10 Prozent halbiert die Anzahl der wöchentlichen Inkontinenz-Episoden.
- Auch chronischer Husten und Verstopfung belasten den Beckenboden und begünstigen eine Inkontinenz.
- Mit ballaststoffreicher Ernährung erzielen Sie regelmäßigen Stuhlgang ohne Pressen und entlasten das Schließmuskelsystem.



- Durch gesunde Ernährung und mehr Bewegung mit dem richtigen Sport sorgen Sie für Normalgewicht. Radfahren, Schwimmen, Nordic Walking oder Yoga entlasten und stärken den Beckenboden.

- Vermeiden sie, wenn möglich, schwere körperliche Arbeit.
- Trainieren Sie Ihre Blase, indem Sie dem ersten Drang nicht nachgeben und das Wasserlassen hinauszögern. Hinsetzen hilft. Warten Sie ab, bis der Harndrang nachlässt und suchen erst dann die Toilette auf.

- Ausreichend viel trinken! Flüssigkeitsmangel führt zu konzentriertem Urin, der den Blasenmuskel reizt. Allerdings ist unverhältnismäßig hohe Flüssigkeitsaufnahme zu reduzieren.



Welche Formen der Harninkontinenz gibt es?

Es gibt verschiedene Formen der Harninkontinenz, die unterschiedliche Ursachen haben und daher auch unterschiedlich behandelt werden müssen. Mediziner unterscheiden zwischen:

- Belastungsinkontinenz
- Dranginkontinenz
- Mischinkontinenz (Belastungs- + Dranginkontinenz)
- Inkontinenz bei neurogener Grunderkrankung (z.B. bei Querschnittlähmung, Multipler Sklerose oder Morbus Parkinson)
- Überlaufinkontinenz (Inkontinenz bei unvollständiger Blasenentleerung)
- Extraurethrale Inkontinenz (z.B. bei Blasen-Scheidenfisteln nach Bestrahlung oder Operationen)
- Beckenbodenschwäche und Senkungszuständen
- Enuresis (ausschließlich nächtliches Einnässen bei Kindern)

Bei Frauen und Männern kommen diese Inkontinenzformen unterschiedlich häufig vor, und insbesondere die Ursachen einer Harnbelastungsinkontinenz sind bei Frauen und Männern nicht vergleichbar.



Belastungsinkontinenz

Passiert es Ihnen häufiger, dass Sie beim Heben, Tragen, Husten, Niesen oder Lachen unkontrolliert Urin verlieren? Dann leiden Sie möglicherweise an einer Belastungsinkontinenz (früher auch als Stressinkontinenz bezeichnet), die durch alltägliche körperliche Belastungen ausgelöst wird. Bei Frauen ist sie die häufigste Form der Inkontinenz. Dabei kommt es zu einem unwillkürlichen Urinabgang durch die Harnröhre bei Tätigkeiten, die den Bauchinnendruck erhöhen, was sich auch auf die Blase überträgt. Der Urin geht meist in Spritzern ab, weil der Schließmechanismus der Harnröhre geschwächt ist. Bei Frauen ist die Ursache häufig eine Schwächung der Beckenbodenmuskulatur, die durch Schwangerschaft und Geburt oder durch die hormonelle Umstellung während der Wechseljahre hervorgerufen werden kann. Bei Männern ist die Belastungsinkontinenz selten. Wenn sie auftritt, ist die häufigste Ursache eine radikale Prostata-Operation bei Prostatakrebs.

Belastungsinkontinenz kann durch zahlreiche Therapiemaßnahmen behandelt bzw. geheilt werden.

■ Beckenbodentraining

Beckenbodentraining sollte immer der erste Schritt der Behandlung sein und alle weiteren Behandlungsverfahren ergänzen. Am besten wird dies unter krankengymnastischer Anleitung erlernt und regelmäßig durchgeführt.



Folgende Maßnahmen können die Physiotherapie sinnvoll ergänzen:

- Verschiedene Methoden der Elektrostimulation
- Biofeedback-Verfahren
- Magnetstuhltherapie
- Vibrationstraining
- Einsatz von Pessaren oder Inkontinenz-Tampons

■ Medikamente:

Bei gering- bis mittelgradiger Harnbelastungsinkontinenz kann Duloxetine (Yentreve) die Verschlussfunktion der Harnröhre verbessern.

■ Operative Wiederherstellung der Beckenboden- und Harnröhrenfunktion

Am häufigsten wird dabei heute bei Frauen ein spannungsfreies Band (sog. TVT = tensionfree vaginal tape) unter die Harnröhre gelegt. Es können jedoch auch andere operative Verfahren notwendig werden.

Auch beim Mann haben sich heute die Bänder durchgesetzt. Ballons (ProAct) zur Abdichtung der Harnröhre können ebenfalls eingesetzt werden. Bei schweren Inkontinenzformen ist der künstliche Schließmuskel (artificialer Sphinkter) am erfolgversprechendsten.

Dranginkontinenz

(Syndrom der überaktiven Blase)

Verspüren Sie häufig einen überfallartigen Harndrang? Haben Sie das Gefühl, den Urin nicht mehr halten zu können und verlieren ihn manchmal, bevor Sie die Toilette erreichen? Dann könnte dies ein Zeichen für eine überaktive Blase sein, die mit und ohne Dranginkontinenz einhergehen kann. Dabei geht der Urin meist im Schwall durch die Harnröhre ab. Die Ursachen können eine Instabilität des Blasenmuskels, eine Blasenentzündung, aber auch Tumore sein. Nicht selten kann sich hinter den Symptomen eine neurologische Erkrankung (Multiple Sklero-

se, Morbus Parkinson, Querschnittlähmung) verstecken. Außerdem ist diese Form der Harninkontinenz die typische Inkontinenz im Alter.

Die reine Dranginkontinenz ist gut und erfolgreich behandelbar.

■ Beckenbodentraining / Blasentraining

Durch regelmäßige Toilettengänge und Anspannen des Beckenbodens lässt sich auch eine Dranginkontinenz verbessern.

■ Medikamente

Unterschiedlichste, sehr wirksame Medikamente stehen zur Verfügung (Oxybutynin, Trosipiumchlorid, Propiverinhydrochlorid, Tolterodin, Darifenacin, Solifenacin und Fesoterodin), die sich hinsichtlich Verabreichungsform, Effizienz und insbesondere Nebenwirkungspektrum miteinander deutlich von einander unterscheiden. Allerdings ist die Wirksamkeit und Verträglichkeit oft individuell unterschiedlich. Lokale Östrogene können die Drangsymptomatik ebenfalls verbessern.



■ Botulinum-A-Toxin-Injektion (Botox)

Bringen die Medikamente keinen zufriedenstellenden Erfolg oder sind sie nicht verträglich, wird heute sowohl bei neurogener Grunderkrankung (Multiple Sklerose, Querschnittlähmung) als auch bei überaktiver Blase Botulinum-A-Toxin (Botox) im Rahmen einer Blasenspiegelung in den Blasenmuskel injiziert.

■ Operative Methoden

In therapieresistenten Fällen kann eine Nervenstimulation (Sakrale Neuromodulation) oder eine operative Erweiterung der Blase (Blasenaugmentation), selten auch ein Blasenersatz notwendig werden.

Mischinkontinenz

Belastungs- und Dranginkontinenz können auch zusammen auftreten. Hier muss abgeklärt werden, welche Kombination von Behandlungsmethoden zum Erfolg führt.

Bei vorliegender Mischinkontinenz sollte zunächst die führende Symptomatik therapiert werden. Liegt ein ausgewogenes Beschwerdebild vor, steht die Therapie der Dranginkontinenz im Vordergrund.

Neurogene überaktive Blase

Ursache sind Erkrankungen, die das komplizierte System der Nervensteuerung der Blasenspeicherung und Blasenentleerung beeinflussen bzw. dieses schädigen. Dabei können sowohl die Wahrnehmung der Blasenfüllung als auch die Blasenfunktion verändert werden.

Liegt eine Leistungsstörung des Gehirns vor, geht die Kontrolle über den Harndrang verloren und es kommt zu einer plötzlichen Blasenentleerung. Liegt eine Schädigung des Rückenmarks vor, die durch Erkrankungen oder Verletzungen hervorgerufen wurde, besteht ebenfalls keine Kontrolle über die Blasen- und zusätzlich auch über die Schließmuskelfunktion.

Die Therapie der neurogenen Blase erzielt Kontinenz und sichert die Nierenfunktion.

■ Medikamente und Botulinum-A-Toxin

Wie bei der überaktiven Blase ohne neurologische Ursache werden Medikamente oder Botulinumtoxin zur Ruhigstellung des Blasenmuskels eingesetzt. Da fast immer auch die Blasenentleerung beeinträchtigt ist, muss der Patient lernen, die Blase mittels Katheter (intermittierender Selbstkatheterismus) regelmäßig zu entleeren.

■ Sakrale Deafferentation und Blasenschrittmacher (Sakraler Vorderwurzelstimulator)

Bei kompletter Querschnittlähmung kann eine Durchtrennung der Hinterwurzeln der Nerven zur Blase und zum Schließmuskel die unkontrollierbaren Reflexe und damit die Inkontinenz beheben. Zusätzlich können an die Vorderwurzeln der gleichen Nerven Elektroden gelegt werden, die mit einem Schrittmacher verbunden werden, sodass das Wasserlassen und auch der Stuhlgang sowie die Erektion gesteuert werden können.

Überlaufinkontinenz

Fließt bei voller Blase einfach so Urin ab? Dann ist es möglich, dass Sie unter einer Überlaufinkontinenz leiden. Wie die Bezeichnung schon sagt, kommt es bei dieser Form der Inkontinenz zu einem unkontrollierbaren Überlaufen der Blase aufgrund einer Abflussbehinderung durch die Harnröhre, einer schwachen Harnröhre oder einer schwachen Blasenmuskulatur, sodass sich die Blase nicht vollständig entleeren kann und hoher Restharn verbleibt.

Auslöser für eine Muskelschwäche können zum Beispiel Nervenschädigungen bei Diabetes oder anderen Krankheiten sein. Auch Tumore oder Harnsteine können zu einer Blockierung der Harnröhre führen.

Männer leiden häufiger unter Überlaufinkontinenz als Frauen. Eine gutartige Prostata-Vergrößerung (BPH - benigne Prostatahyperplasie) ist bei ihnen die häufigste Ursache eines Blasenauslassverschlusses.



Eine vergrößerte Prostata kann, wie im Bild zu sehen, die Harnröhre einengen und den Urinabfluss aus der Blase behindern.

Die Behandlung erfolgt in Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Erkrankung.

Extraurethrale Inkontinenz

Bei dieser Erkrankungsform geht Urin durch fehlgelegte oder fehlgebildete Gänge ab, das heißt nicht durch die Harnröhre (Urethra). Bei Kindern können Fehlmündungen des Harnleiters oder Fehlanlagen der Harnröhre die Auslöser dafür sein. Wenn die Erkrankung im Erwachsenenalter auftritt, liegt die Ursache meist in Urinfisteln, zum Beispiel Fisteln zwischen Blase und Scheide.

Fisteln sind kleine Gänge, die sich im Körperinneren bilden können. Typisch bei dieser Inkontinenzform ist ein ständiges Herausströpfeln von Urin durch diese Fistel nach außen.

Durch eine Operation kann meist der natürliche Ausscheidungsweg wiederhergestellt werden.

Beckenbodenschwäche und Senkungszustände

Insbesondere bei Frauen kann der Beckenboden mit zunehmendem Alter durch nachlassende Elastizität tiefertreten. Durch Überbelastung (auch Übergewicht) werden aufgrund der anatomischen Gegebenheiten die Öffnungen in der Beckenbodenmuskulatur aufgedehnt.

Die Folge: Die Organe, die im Becken liegen, können vorfallen (prolabieren).



Sogenannte Rektozelen, Zystozelen oder ein Uterusprolaps können nicht nur Senkungsbeschwerden machen, sondern auch das fein abgestimmte Verschlussystem von Blase und Darm stören und zu unwillkürlichem Urin- und Stuhlverlust führen.

... und was kann man dagegen tun?



Eine gezielte Beckenboden-Schulung unter Anleitung durch einen Physiotherapeuten kann zu einer wesentlichen Besserung der Beckenbodenfunktion führen. Oft ist eine Operation zur Behebung eines Organvorfalls notwendig, um auch die Funktion wieder herzustellen.

Enuresis

(ausschließlich nächtliches Einnässen bei Kindern)

Enuresis bezeichnet das alleinige Einnässen im Schlaf an mindestens zwei Nächten pro Monat nach dem 5. Lebensjahr ohne Tagsymptomatik oder Harnwegsinfekte. Im Volksmund wird dies auch als Bettnässen bezeichnet. Jungen sind doppelt so häufig betroffen wie Mädchen. Die Ursachen sind nicht vollständig geklärt. Wahrscheinlich spielen Entwicklungsverzögerungen der



Blasenkontrolle (überaktive oder kleinkapazitäre Blase) und der Regulation der Urinproduktion (ADH-Mangel) die entscheidende Rolle. Oft schlafen die Kinder auch sehr tief und sind schwer erweckbar. Ein nicht zu unterschätzender Faktor sind falsche Trinkgewohnheiten. Trinken die Kinder tagsüber zu wenig, fehlt zum einen ein wichtiger Reiz, der die altersentsprechende Vergrößerung der Blasenkapazität anregt. Zum anderen versuchen viele Kinder, abends vor dem Zubettgehen die Flüssigkeitsaufnahme nachzuholen, wodurch sich die Blase über Nacht zu stark füllt. Psychische Ursachen oder Verhaltensstörungen, die man vor allem früher hauptsächlich für das Einnässen verantwortlich gemacht hat, können bei Kindern, die nach einer bereits längeren trockenen Phase wieder einnässen, eine Rolle spielen.

Die Behandlung erfordert Geduld

Die Behandlung des Einnässens beim Kind ist oft langwierig und erfordert Geduld, hat aber immer dann gute Aussichten auf Erfolg, wenn die genaue Ursache identifiziert werden konnte. Entscheidende Hinweise geben ein ausführliches Gespräch und ein Miktions- und Trinktagebuch (Pipiprotokoll) sowie eine genaue Beobachtung des Toilettenverhaltens Ihres Kindes.

Weitere Informationen finden Sie in der Broschüre „Einnässen beim Kind“ der Deutschen Kontinenz Gesellschaft, die Ihnen unter www.kontinenz-gesellschaft.de zur Verfügung steht.

Wer sind die richtigen Ansprechpartner?

Ihre Urologin/Ihr Urologe vor Ort bietet kompetente Hilfe. Aber auch der Hausarzt oder der Gynäkologe können geeignete Ansprechpartner sein, denn Inkontinenz ist eine Erkrankung, die fächerübergreifend von fast allen medizinischen Disziplinen wie Urologie, Gynäkologie, Neurologie, Radiologie, Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Chirurgie behandelt wird. In Kontinenz- und Beckenboden-Zentren arbeiten die genannten Facharztgruppen und spezialisierte Physiotherapeuten an einem Ort zusammen. Ärztliche Beratungsstellen sowie Kontinenz- und Beckenboden-Zentren gibt es in ganz Deutschland.

Sie finden Informationsmaterial und Adressen von Beratungsstellen sowie Kontinenz- und Beckenboden-Zentren, die von der Deutschen Kontinenz Gesellschaft zertifiziert sind, auf der Website:

www.kontinenz-gesellschaft.de
info@kontinenz-gesellschaft.de

Ihre Urologin/Ihren Urologen vor Ort finden Sie auf der Website der

Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

unter: www.urologenportal.de

Impressum



Verantwortlicher Herausgeber:
Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
Uerdinger Str. 64
40474 Düsseldorf

Redaktion und Produktion:
DGU-Ressort Öffentlichkeitsarbeit
Prof. Dr. Sabine Kliesch

Grafik + Illustrationen:
Barbara Saniter

Fotos:

- © Zffoto - Fotolia.com
- © Katarzyna Leszczynsk - Fotolia.com
- © drubig-photo - Fotolia.com
- © Christian Jung - Fotolia.com
- © Monkey Business - Fotolia.com
- © PictureArt - Fotolia.com
- © Robert Kneschke - Fotolia.com
- © Alexander Raths - Fotolia.com
- © Vargas - Fotolia.com
- © Kzenon - Fotolia.com

Ausgabe: 1 / 2013

