

■ Wenn die Blase nicht dicht hält

Nur jede dritte Frau, die an Harninkontinenz leidet, redet mit ihrem Arzt darüber. Dabei gibt es wirksame Hilfen, mit denen sich dieses Problem in den Griff bekommen lässt.

Neue Studiendaten aus Deutschland zeigen, dass jede fünfte Frau im Alter zwischen 25 und 75 Jahren an Harninkontinenz leidet. Weltweit sind etwa 200 Millionen Menschen betroffen. Amerikanischen Studien zufolge erkranken Menschen häufiger an einer Harninkontinenz als an Bluthochdruck, Depressionen oder Diabetes.

Zu den wichtigsten Risikofaktoren der Harninkontinenz gehören Schwangerschaft und Geburt, eine Bindegewebsschwäche, Veränderungen des Gewebes in den Wechseljahren und Übergewicht. Inkontinenz kann das Leben der Betroffenen komplett verändern: Der Verlust an Lebensqualität, die Veränderungen der Haut an den intimen Stellen und die Geruchsbelästigung sind nur einige der Gründe, weshalb betroffene Frauen sich aus ihrem gesellschaftlichen Leben zurückziehen. Doch genau dies ist unnötig, denn bei der Vielfalt der wirksamen Therapiemöglichkeiten ist Harninkontinenz kein Zustand, den eine Frau einfach so hinnehmen sollte.

- Grundsätzlich gibt es zwei Formen der Harninkontinenz: – die Belastungsinkontinenz und die Dranginkontinenz. Diese Einteilung ist wichtig, da sie unterschiedlich behandelt werden.

Drei Schwachstellen im Beckenboden

Zwischen Schambein, Steißbein und Sitzhöckern befindet sich eine circa ein Zentimeter dicke Muskelplatte – der Beckenboden. Ihm kommt eine komplexe Aufgabe zu. Er muss je nach Anforderung angespannt sein, um die Organe des Beckens zu stützen, oder auch nachgeben, wie zum Beispiel bei der Blasen- und Darmentleerung oder bei der Entbindung.

Der Beckenboden der Frau ist an drei Stellen durchbrochen, besitzt also drei „Schwachstellen“. Bei der Belastungsharninkontinenz führen organische Veränderungen, wie die nachlassende Spannkraft der Beckenbodenmuskulatur und die Beeinträchtigung des Schließmuskelsystems am Blasenaustritt dazu, dass es bei einer Druckerhöhung im Bauchraum zu einem unwillkürlichen Harnabgang kommt. Das ist zum Beispiel beim Niesen, Husten oder Heben schwerer Gegenstände der Fall.

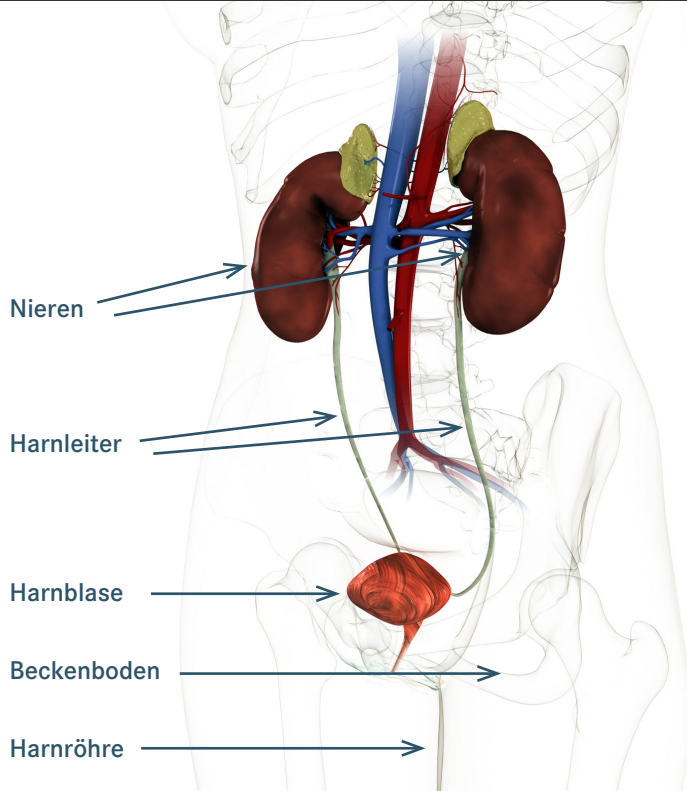
Der Druck während einer Schwangerschaft auf den Beckenboden und die enorme Erweiterung während der Geburt können dazu führen, dass die Beckenbodenmuskulatur schwächer wird. Gibt die Spannung des Beckenbodens nach, kann dies zu einer Senkung von Harnblase und Gebärmutter führen – mit der Konsequenz, inkontinent zu werden. In den Wechseljahren sorgt außerdem der Mangel an weiblichen Geschlechtshormonen dafür, dass das Gewebe von Harnröhre und Beckenboden zusätzlich an Spannkraft verliert. Dies trägt zum Versagen des Stützapparates bei. Eine angeborene Bindegewebsschwäche kann diese negativen Entwicklungen noch weiter begünstigen. Häufige Druckerhöhung im Bauchraum, wie zum Beispiel eine chronische Bronchitis, Verstopfungen oder Übergewicht, wirken sich ebenfalls ungünstig auf die Kontinenz aus.

Zur Behandlung der Belastungsharninkontinenz stehen konservative (nicht-operative) und operative Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Die Art der Therapie hängt stark vom Schweregrad der Erkrankung ab. Bei leichteren Formen der Belastungsharninkontinenz reichen häufig schon konservative Methoden aus. Dazu gehört das Beckenbodentraining, die Anwendung weiblicher Geschlechtshormone (Östrogene) oder die

Prof. Dr. Dr. h. c. Heinz Kölbl,
Direktor der Universitätsklinik
und Poliklinik Mainz,
2. Vorsitzender der
Kontinenz Gesellschaft



„Harninkontinenz ist kein Zustand, den eine Frau einfach so hinnehmen sollte.“



Problemzone Beckenboden: Lässt die Spannung der Beckenbodenmuskeln nach, ist die Kontinenz nicht mehr gesichert. Gezieltes Training unter Anleitung kann hier helfen.

Verwendung von speziellen, individuell angepassten Pessaren. Bei einer Schwäche des Blasenschließmuskels ist mittlerweile auch eine medikamentöse Behandlung möglich, die die Spannkraft des Schließmuskels erhöht.

Bei schweren Fällen der Belastungsharninkontinenz können Operationen notwendig sein. Ziel einer Operation ist es dabei, die zum Urinhalten notwendige anatomische Beziehung zwischen Blase und Harnröhre wiederherzustellen. Senkungszustände der Organe machen es oft nötig, Harnröhre, Harnblase oder Gebärmutter wieder in die richtige Position zu bringen. Dies lässt sich mittlerweile durch moderne Materialien wie TVT-Bänder, Netze oder Teilplastiken erreichen.

Unwiderstehlicher Drang

Dranginkontinenz bezeichnet einen Harndrang, der sich nicht unterdrücken lässt, obwohl die Blase nur gering gefüllt ist – wobei zwischen sensorischer und motorischer Dranginkontinenz unterschieden wird. Bei der sensorischen Dranginkontinenz rufen Erkrankungen der Harnblase wie Harnwegsinfekte, Blasensteine oder Blasen-tumore den Harndrang hervor, während die Blasenmuskulatur selbst entspannt ist. Die Blasenmuskulatur kann aber auch überaktiv sein und damit zur motorischen Dranginkontinenz führen. Die Ursachen sind meist neurologischer oder psychosomatischer Art. Altersbedingte Veränderungen des Blasengewebes können ebenfalls dazu führen, dass die Muskulatur leichter erregbar ist.

Hat die Dranginkontinenz neurologische Gründe oder liegt eine Erkrankung der Harnblase vor, so müssen vor allen Dingen die-

Wo ist die nächste Toilette?

Ständiger Harndrang und unterwegs immer auf der Suche nach einer Toilette: Meist sind es Frauen zwischen 30 und 50 Jahren, die unter einer Reizblase oder überaktiven Blase leiden. Dabei reagiert die Blase überempfindlich auf den Dehnungsreiz – bereits ein geringer Füllungszustand verursacht dann Harndrang. Dementsprechend wenig unkonzentrierter, heller Urin geht in der Toilette ab.

Auslöser einer Reizblase können zum Beispiel eine Blasenentzündung oder Blasensteine sein. Auch hormonelle oder psychische Einflüsse mögen eine Rolle spielen. Meist ist die Ursache jedoch unbekannt.

Pflanzliche Mittel, die Goldrutenkraut oder Bärentraubenblätter enthalten, können die Blase beruhigen. Halten die Beschwerden an, ist ein Termin beim Arzt angezeigt.

se Krankheiten behandelt werden. Ansonsten steht bei der motorischen Dranginkontinenz die medikamentöse Behandlung im Vordergrund. Die eingesetzten Medikamente sollen vor allen Dingen die Blasenmuskulatur entspannen.

Viele haben ihre Blase kleintrainiert

Zusätzlich ist immer ein Blasen- oder Toilettentraining mit Hilfe eines Miktionsprotokolls notwendig. Nach Anleitung des behandelnden Arztes führt die Patientin Buch über stetig gesteigerte Trinkmengen, Harnmengen und Zeiten des Wasserlassens. Dies ist wichtig, um das Fassungsvermögen der Blase wieder zu vergrößern, da viele Patientinnen ihre Harnblase durch die häufigen Toilettengänge „kleintrainiert“ haben. Ziel ist es, dem starken Harndrang entgegenzuwirken, normal zu trinken und die Flüssigkeitszufuhr nicht einzuschränken. Ist die Dranginkontinenz durch psychosomatische Faktoren bedingt, können autogenes Training, Atemtherapie und Massagen helfen.

Angesichts der verfügbaren modernen Behandlungskonzepte sollten in der heutigen aufgeschlossenen Zeit betroffene Frauen unbedingt mit dem Arzt über ihr Problem sprechen.

■ Prof. Dr. Dr. med. Heinz Kölbl

Infomaterial zum Thema „Inkontinenz“ und Listen der bundesweiten zertifizierten ärztlichen Beratungsstellen und Kontinenz- und Beckenboden-Zentren sowie der Kontinenz-Selbsthilfegruppen der Gesellschaft erhalten Sie kostenlos bei: E-Mail: info@kontinenz-gesellschaft.de, Tel. (05 61) 78 06 04 oder online unter www.kontinenz-gesellschaft.de.