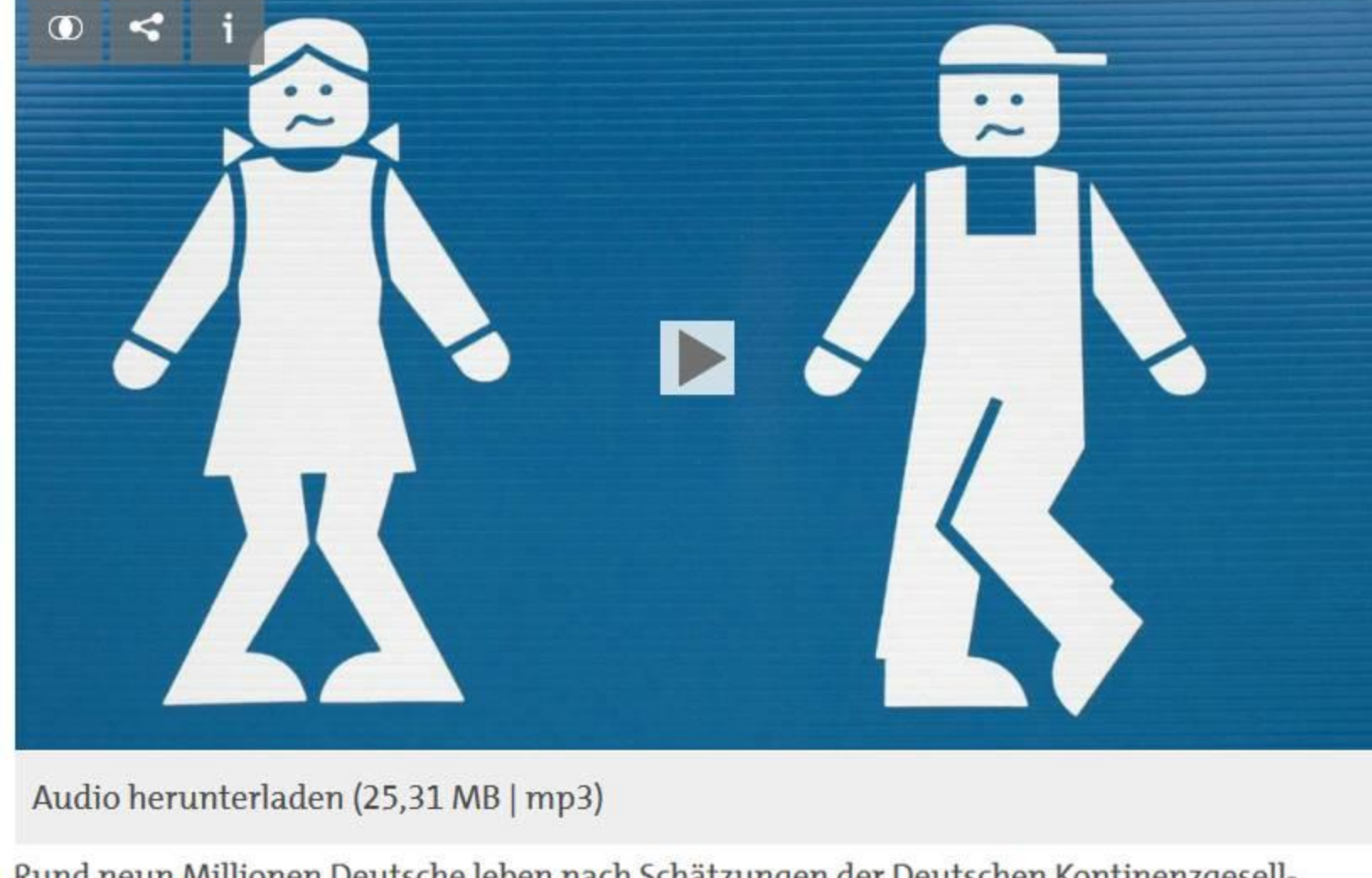


Tabuthema Inkontinenz

Wenn Blase und Darm schwächeln

"Wo ist die nächste Toilette?" oder "Wo kann ich mich waschen?" Um diese Fragen dreht sich der Alltag von Menschen mit Inkontinenz. Was für die meisten selbstverständlich ist, funktioniert einfach nicht mehr: Sie schaffen es nicht, Harn oder Stuhl zu halten.



Audio herunterladen (25,31 MB | mp3)

Rund neun Millionen Deutsche leben nach Schätzungen der Deutschen Kontinenzgesellschaft mit diesem Problem. Meist schamhaft, zurückgezogen, von der Umwelt unbemerkt.

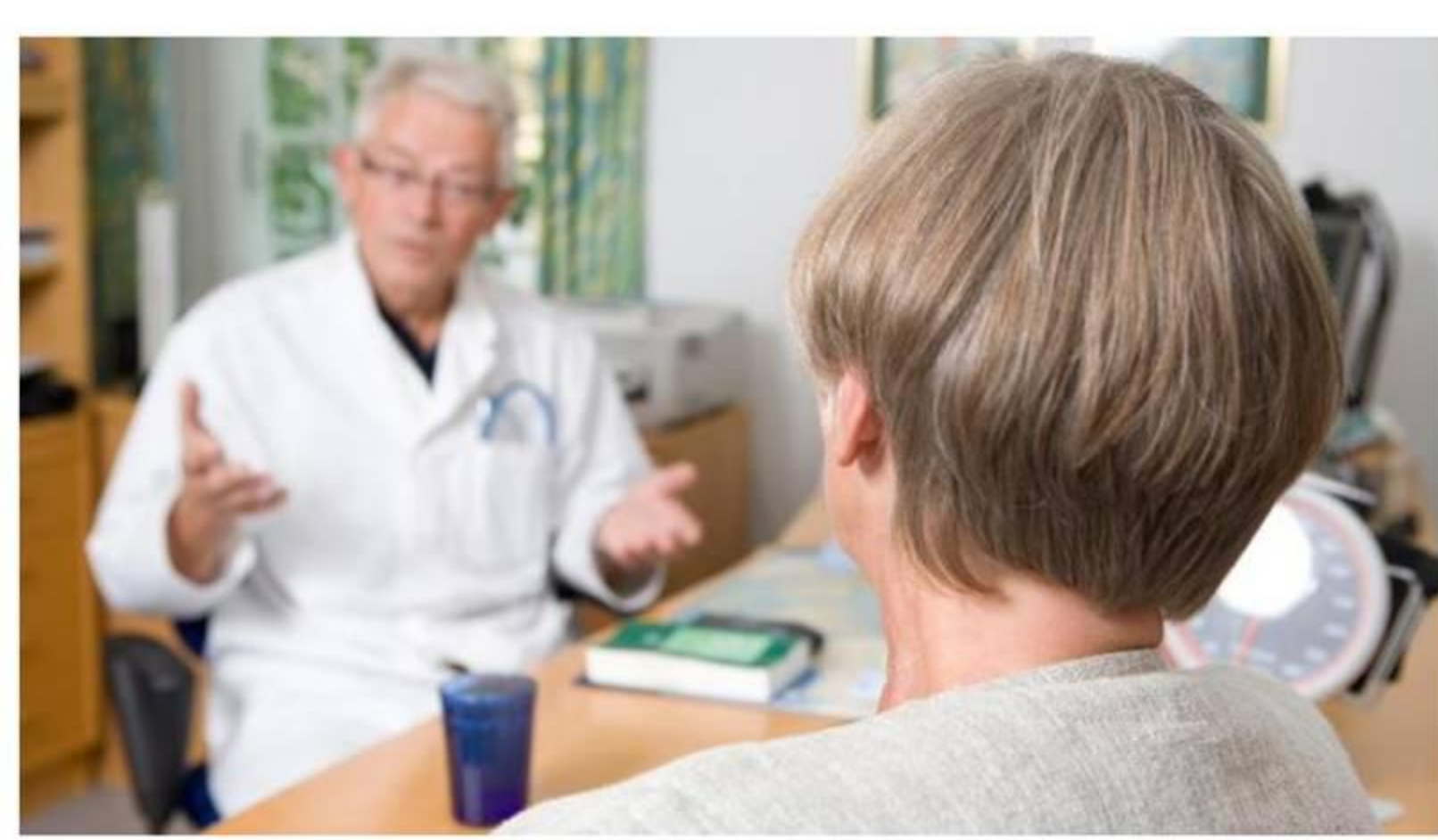
Es trifft keineswegs nur ältere Frauen. Unter Blasen- und Darmschwäche leiden zum Beispiel Männer nach Prostata-OPs, junge Frauen nach schweren Geburten, Spitzensportlerinnen nach stark belastendem Training oder junge Männer nach misslungener Hämorrhoiden-Operation.

Sechzig Prozent bleiben unbehandelt

Außerdem ist sie mögliche Begleiterscheinung bei Erkrankungen wie Multiple Sklerose oder Parkinson, erklärt Professor Axel Haferkamp. Der Urologe ist Vorsitzender der Deutschen Kontinenzgesellschaft und leitet ab April die Urologische Klinik der Universitätsmedizin Mainz.

Er schätzt, dass etwa 60% aller Patienten unbehandelt bleiben: weil sie aus Scham nie einen Arzt suchen. Doch nicht nur die Patienten verschweigen ihr Problem, Ärzte reißen sich – vorsichtig ausgedrückt – auch nicht gerade um Patienten mit Blasen- oder Darmschwäche. Denn verschämte Patienten treffen nicht selten auf überforderte Ärzte. Das Ergebnis ist dann das, was man in Fachkreisen das "doppelte Schweigen" nennt.

Angelika Sonnenberg ist "Fachkraft für Kontinenzstörungen" – eine der ganz wenigen in Deutschland. Deshalb kommen die Patientinnen und Patienten aus ganz Deutschland zu ihr in die Kontinenzsprechstunde eines Kölner Krankenhauses. Das Besondere: Hier können sie zunächst einfach nur reden. Über ihre Beschwerden, ihre Scham, die Scheu zum Arzt zu gehen.



Viele Möglichkeiten

Verhaltenstraining oder Hilfsmittel wie Pessare und harnröhren-stabilisierende Tampons – Angelika Sonnenberg hat viele Tipps. Was sinnvoll ist, hängt stets von der Ursache der Kontinenz ab: Erschlafftes Gewebe? Gebärmuttervorfall? Fehlstellungen der Harnwegsorgane?

Ohne eine ärztliche Untersuchung geht es auch bei vielen Patienten nicht. Doch Angelika Sonnenberg macht Mut zu diesem nächsten Schritt: mit ihrer selbstverständlichen und gelassenen Art. Und ihrer persönlichen Erfahrung mit dem Thema.

Machen kann man eine ganze Menge. Wäre Inkontinenz nur nicht so furchtbar peinlich. Offenbar hängt das Tabuthema damit zusammen, dass es zum "Großwerden" dazu gehört, seine Ausscheidungen zu kontrollieren. Wer das nicht mehr schafft, fühlt sich ohnmächtig, zurückversetzt ins Kleinkindalter. Erst recht, wenn er oder sie plötzlich Windelhöschen trägt. Inkontinenz ist eben auch eine "soziale Erkrankung".

Formen der Inkontinenz

"Belastungsinkontinenz" ist die häufigste Form der Inkontinenz. Die Patienten verlieren Urin bei muskulärer Belastung des Bauchraums und des Beckens: etwa beim Lachen, Husten und Niesen. Gründe können schwaches Bindegewebe oder komplizierte Geburten sein.

Neben der Belastungsinkontinenz gibt es die so genannte "Dranginkontinenz", bei der die Patienten das Gefühl haben, ihre Blase würde überlaufen. Sie ist medikamentös behandelbar, die Wirkstoffgruppe nennt sich "Anticholinergika".

Bei der "Überlaufinkontinenz" kann die Blase hingegen nicht mehr vollständig entleert werden und der Urin fließt tröpfchenweise und unkontrolliert heraus. Alle drei Formen gibt es sowohl bei Männern als auch bei Frauen.

Minimale Methoden

Große Operationen sind die Ausnahme. Gängiger sind minimalinvasive Methoden: wie Botulinjektionen in den Blasenmuskel, die helfen, dass der Urin längere Zeit gespeichert werden kann. Oder der operative Einsatz eines "spannungsfreien Bändchens" – auch "Schlingen-OP" genannt.

Die Schlinge, die auch Männern helfen kann, stabilisiert die Harnröhre und verhindert, dass in Belastungssituationen Urin abgeht. Die Erfolgsraten liegen zwischen 50 und 70 Prozent. Risiken sind Verletzung der Blase, Narbenbildung oder dass das Bändchen einfach nicht richtig sitzt.

Männer müssen sich mit dem Thema Inkontinenz aber in erster Linie im Rahmen einer Prostata-Krebs-Operation beschäftigen. Die Blasenschwäche ist dann oft eine – meist vorübergehende – Begleiterscheinung. Eine, die die Krebspatienten zusätzlich belastet.



Zwei Dritteln kann mit Beckenbodentraining geholfen werden

Ende November 2015: Jahrestagung der Deutschen Kontinenzgesellschaft in München. Mediziner unterschiedlicher Fachrichtungen treffen sich hier um sich auszutauschen: über neue Operationsmethoden und neue Behandlungswege.

Genau wie bei der Harninkontinenz steht auch bei der Stuhlinkontinenz vor jeder Therapie eine umfassende Diagnostik. Neben Dammschnitten und Dammrissen, Bestrahlungen oder Entzündungen des Dickdarms können Operationen an Wirbelsäule oder Mastdarm die Ursache der Darmschwäche sein.

Zwei Drittel aller Patienten kann allein mit einem Beckenbodentraining geholfen werden: biofeedbackgestützt und unter physiotherapeutischer Anleitung – das ist entscheidend für den Erfolg. Bei nur jedem Dritten kommt überhaupt eine Operation infrage. Früher wurde oft ein künstlicher Schließmuskel implantiert, heute ersetzt diese OP in den meisten Fällen der Darmschrittmacher.

Schrittmacher im Gesäß

Bei dieser Methode – auch sakrale Neuromodulation genannt – wird dem Patienten ein schreckkartengroßer Schrittmacher ins Fettgewebe des oberen Gesäßes implantiert. Dieses Gerät ist verbunden mit ebenfalls implantierten Elektroden, die die Sakralnerven rechts und links des Kreuzbeins stimulieren.

Der Darm wird enger. Studien am Kölner Heilig-Geist-Krankenhaus haben gezeigt, dass 60 bis 70 Prozent der so operierten Patienten den Stuhl besser halten können. Einen ähnlichen Schrittmacher gibt es auch bei Blasenschwäche.

Doch egal ob Harn- oder Stuhlinkontinenz, ob Therapie durch Hilfsmittel, Medikamente oder Operationen: Wichtig ist, darüber zu sprechen! Das fällt umso leichter, je gelassener und offener die Ärzte mit dem Thema umgehen, findet Monika Scheibe, die Leiterin der Initiative Beckenboden am Kölner Heilig-Geist-Krankenhaus.



Tabu und Inkontinenz

Das Thema aus der Tabuecke herauszuholen ist auch deshalb so wichtig, weil diese Erkrankung in Alten- und Pflegeheimen zum Alltag gehört. Das heißt: Mit steigender Lebenserwartung werden die Patientenzahlen zunehmen.

Aber wie sollen Pfleger das Thema ansprechen? Wie kann eine gute Versorgung aussehen – auch bei Hochbetagten? Im Jahr 2001 untersuchte die Berliner Charité Probleme in der Pflege in Pflegeheim und Krankenhaus. Von den 2.300 Personen in der Studie litten 53% unter Blaseninkontinenz und knapp 30% unter Stuhlinkontinenz.

Allein in Pflegeheimen sind zwei von drei Bewohnern harninkontinent. Oft aber nicht allein, weil organische Ursachen vorliegen. Manchmal nur deshalb, weil sie nicht mehr rechtzeitig den Weg zur Toilette finden. Begleitung ist personalintensiv.

Erhaltung der Mobilität, Toilettentraining, beckenbodenfreundliches, d.h. aufrechtes Sitzen – all das sind Wege, mit der Inkontinenz umzugehen und sie zu lindern. Zuvor aber muss über das Thema gesprochen werden. Offen und empathisch. Das können Ärzte und Pflegekräfte, die täglich damit zu tun haben, in der Regel besser als Patienten.

Die Mediziner auf dem Münchener Kongress Ende des Jahres 2015 resümierten übereinstimmend, dass es sich lohnt, das Thema aus der Tabuecke herauszuholen. Alle, die sich eingehend mit der Inkontinenz beschäftigen, erleben am Ende überaus glückliche Patienten.