

INKONTINENZ

Harninkontinenz ist eines der häufigsten Krankheitssymptome. Betroffene sprechen aus Scham kaum darüber. Deshalb nehmen viele keine Behandlung in Anspruch. Inkontinenz kann aber häufig sehr erfolgreich und sogar mit geringem Aufwand behandelt werden. Bei den häufigsten Inkontinenzformen, der Stress und der Dranginkontinenz, ist es mit Biofeedback in 10 bis 15 Sitzungen möglich, die Kontrolle über das Harnanhalten wieder zu gewinnen.

Zahlen und Fakten

Etwa 450.000 Personen dürften in Österreich an Harninkontinenz leiden. Rund 18% der Österreicher, also 1,4 Millionen Menschen im Alter zwischen 15 und 75 Jahren haben irgendwann einmal unwillkürlich Harn verloren. Bei Frauen tritt das Problem doppelt so häufig auf wie bei Männern, und zwar in jeder Altersstufe. Ab 40 sind mehr Menschen davon betroffen. Bei den über 60jährigen leidet jede dritte Frau unter Inkontinenz. Unter Harninkontinenz versteht man den unkontrollierten Harnabgang. Er tritt in jedem Lebensalter auf, steigt jedoch mit zunehmendem Alter (bei beiden Geschlechtern) und mit der Anzahl der Geburten (bei Frauen).

Tabu

Inkontinenz ist ein Tabuthema. Tabuthemen werden derzeit in den Medien gerne gebracht, aber es ist auffallend, dass Inkontinenz nicht dazugehört. Offenbar ist es zu schambehaftet, oder: Menschen mit Harninkontinenz haben keine Lobby. Für die Betroffenen ist die Blasenschwäche meist unangenehm und peinlich, sie trauen sich häufig nicht einmal, mit ihrem Arzt darüber zu sprechen. In manchen Fällen werden sogar die Kontakte zu Bekannten und Freunde eingeschränkt, wodurch die Gefahr des sozialen Rückzuges und der Vereinsamung besteht. Dabei lässt sich die Harninkontinenz mit der richtigen therapeutischen Unterstützung sehr gut behandeln. Es gibt aus diesen Gründen nur Schätzungen darüber, wie viele Menschen an Harninkontinenz leiden. Aus Scham bleiben viele der Betroffenen isoliert.

Literatur: Verhaltenstherapie 1994; 4; 14-21.

Sozialer Rückzug aufgrund von Inkontinenz

Wegen der mit Harninkontinenz verbundenen Scham wenden die Betroffenen so lange wie möglich Selbsthilfestrategien an: sie nehmen z.B. weniger Flüssigkeit zu sich, und verwenden Einlagen. Nur ein Drittel der Inkontinenten sucht deswegen einen Arzt auf, und kaum jemand eine Verhaltenstherapeutin. Entweder betrachten die Patienten Harninkontinenz als normal zum Altern

gehörig, oder sie erwarten von einer Konsultation keine Hilfe. Wenn die Inkontinenz beginnt, dann ziehen sich die Betroffenen zurück, auch aus Angst vor der Geruchsbelästigung. Es passiert auch nicht selten, dass ihr Selbstwertgefühl sinkt und Scham und Ängste auftreten. Eine Folge von Inkontinenz sind Depressionen. Die gravierendsten Auswirkungen sind Pflegebedürftigkeit und Einsamkeit. Rund ein Drittel der Menschen bekommt sexuelle Probleme. Wie bei anderen psychischen Problemen tritt auch bei Harninkontinenz ein Teufelskreis auf, denn die aus der Harninkontinenz kommenden psychischen Schwierigkeiten können wiederum das Auftreten von Blasenentleerungsproblemen begünstigen. Harninkontinenz ist eine der häufigsten Ursachen für die Aufnahme ins Pflegeheim.

Junge Menschen

Aber auch junge Frauen können inkontinent werden. Nach der Geburt bekommen sie oft eine Blasenschwäche. Frauen sollten nach Geburten Beckenbodengymnastik betreiben, ansonsten ist das Risiko der Blasenschwäche hoch. Manchmal wird Inkontinenz durch einen falschen Dammschnitt ausgelöst. Unfälle dieser Art können eine lebenslange Inkontinenz zur Folge haben.

Formen der Inkontinenz

Die Ursache für eine Harninkontinenz kann eine Störung in den beteiligten Funktionsbereichen sein: im koordinierenden Nervensystem, der Blasenmuskulatur, dem Verschlussystem der Blase und der Beckenbodenmuskulatur. Inkontinenz beruht entweder auf einer Schwäche der Beckenbodenmuskulatur, wobei der Schließmuskel den Blasenausgang nicht richtig schließt (**Stressinkontinenz**) und/oder auf einer erhöhten Spannung der Blasenmuskulatur, die durch eine Fehlregulation im Zusammenspiel der Nerven für die Harnblase entsteht (**Dranginkontinenz**). Aufgrund dieses Missverhältnisses tritt unwillkürlich Harn aus.

Stress- oder Belastungsinkontinenz

Im Deutschen ist der Ausdruck missverständlich. Gemeint ist damit nicht der emotionale Stress, sondern der durch eine Druckerhöhung im Unterleib ausgelöste unfreiwillige Harnabgang ohne Harndrang. Bei bestimmten körperlichen Belastungen wie etwa Niesen, Lachen oder Stiegensteigen kommt es zu einem Harnabgang. Die gestreifte Muskulatur des Beckenbodens ist in diesen Augenblicken nicht in der Lage, dem erhöhten Druck im Unterleib entgegen zu wirken und den Austritt meist kleinerer Mengen an Urin zu vermeiden. Organisch ist meist eine Muskelschwäche verantwortlich, wodurch der Verschlussmechanismus von Blase und Harnröhre nicht mehr richtig funktioniert.

Die Beckenbodenmuskulatur kann nach Geburten oder Operationen erschlaffen oder der Blasenschließmuskel kann generell geschwächt sein. Es kann allerdings auch die Harnröhre aufgrund eines Hormonmangels (Östrogenmangel) nach den Wechseljahren geschwächt sein. Die Reservoirfunktion der Blase ist meist nicht gestört. Bei ca. 25% der Frauen mit Stressinkontinenz kann keine anatomische Ursache gefunden werden. Bei Männern unterstützt die Prostata den Verschluss der Blase. Nach operativen Eingriffen kann es (z.T. nur vorübergehend) zu einer Stressinkontinenz kommen. Je nach Ausmaß der Stressinkontinenz werden drei Grade der Erkrankung unterschieden.

Grad I: Geringfügiger Harnverlust bei Husten, Niesen, Lachen

Grad II: Deutlicher Urinverlust bei leichter körperlicher Arbeit, beim Treppensteigen oder Aufstehen

Grad III: Keine willentliche Kontrolle des Harnabganges. Urinverlust bereits im Stehen und Liegen

Die Stressinkontinenz ist die häufigste Inkontinenzform, wobei die Verteilung 95% Frauen und nur 5% Männer beträgt (Schulman et al. 1997).

Dranginkontinenz (Urge-Inkontinenz)

Unter Dranginkontinenz versteht man den unwillkürlichen Harnverlust zusammen mit einem starken, nicht unterdrückbaren Harndrang. Bei der Dranginkontinenz ist die Reservoirfunktion der Blase aufgrund einer Fehlfunktion des Blasenmuskels gestört. Der Verschlussmechanismus der Harnblase ist aber in der Regel intakt. Die Ursachen der Dranginkontinenz können folgende sein:

- Eine überaktive Blasenmuskulatur („überaktive Blase“): Neurologische Erkrankungen (Schlaganfall, Alzheimer, Parkinson, Multiple Sklerose) lösen diese Überaktivität aus. Aber eine überaktive Blase weist nicht zwangsläufig auf eine neurologische Erkrankung hin.
- Bei der „überempfindlichen Blase“ sind die Rezeptoren, die den Füllungsgrad der Blase an das Gehirn melden, sehr empfindlich. Bereits bei geringer Füllmenge kommt es zum Harndrang. Das Gehirn veranlasst dann über willentlich nicht zu beeinflussende Signale ein Zusammenziehen der Blasenmuskulatur und damit den Urinabgang. Das automatische reflektorische Anspannen der Beckenbodenmuskulatur zur Verhinderung des Harnflusses ist nicht mehr in ausreichendem Maß gegeben. Häufige Ursachen dafür sind chronische Blasenentzündungen oder Blasensteine.

Die Mischform: Stress- und Dranginkontinenz

In etwa einem Drittel der Fälle, so zeigen Studien, haben die Patientinnen eine Kombination von Stress und Dranginkontinenz, in etwa 40% der Fälle leiden sie an einer reinen Stressinkontinenz, und in ca. 20% an Dranginkontinenz.

Überlaufinkontinenz

Aufgrund von Verengungen in der Harnröhre, einer Prostatavergrößerung oder einer Fehlfunktion der Blasenmuskulatur ist die Blase immer prall gefüllt. Es gehen dann unwillkürlich kleine Urinmengen ab.

Reflexinkontinenz

Bei dieser seltenen Form ist die Nervenleitung von der Harnblase zum Gehirn und damit der Informationsaustausch zwischen zentralem Nervensystem und Blase gestört. Dies hat zur Folge, dass die Blase sich ohne Willen und ohne spürbaren Harndrang reflexartig entleert, sobald sich kleine Mengen Harn angesammelt haben.

Reizblase

Die sogenannte Reizblase ist nicht mit einer Harninkontinenz zu verwechseln. Es liegt hier keine Schwächung der Muskulatur oder ein Versagen des Verschlussmechanismus der Harnröhre vor! Die Betroffenen verspüren einen starken Harndrang, sie können im Extremfall kein normales Leben aufgrund ihres ständigen Toilettenbesuches führen. Im Unterschied zur Dranginkontinenz kann aber der Harn gehalten werden. Verursacht wird der Harndrang durch die Ausschüttung bestimmter Hormone bei Stress oder Angst. Insbesondere Menschen mit sozialer Phobie oder anderen Angststörungen sind davon betroffen.

Diagnose

Eine genaue Diagnose ist also notwendig. Seltenerer Formen der Inkontinenz, wie die Reflex- oder Überlaufinkontinenz, sind wohl eindeutig organisch bedingt. Hier ist eine rein medizinische Behandlung notwendig.

Psychische Faktoren

Der Einfluss emotionaler Belastungen auf die Blasenfunktion ist schon lange bekannt. Ob blasenkrank oder nicht, vor einem Vorstellungsgespräch, einem Referat oder einer Prüfung meldet sich die Blase bei den meisten Frauen und Männern fast stündlich. Das ist leicht zu erklären. Die

Blase wird stark durch das vegetative Nervensystem gesteuert. Und so steigen bei Aufregung nicht nur Puls, und Schweißproduktion, sondern auch das Bedürfnis, den Urin abzugeben - dementsprechend werden die Toilettengänge häufiger.

In der Tierwelt gibt es Beispiele dafür, dass der schnelle Urinverlust lebensrettend ist. Gazellen zum Beispiel entleeren sich blitzartig vor der Flucht, damit sie weniger Gewicht beim Sprint durch die Savanne haben (Sapolski 1994). Gerade die Dranginkontinenz wird als Reaktion auf emotionalen Stress beschrieben. Partnerprobleme, der Tod eines nahen Angehörigen, Arbeitslosigkeit, oder finanzielle Probleme werden oft als Ursachen gefunden.

- Emotionale Störungen können die Ursache für Blasenentleerungsstörungen sein.
- Miktionsstörungen können durch emotionale Probleme aufrechterhalten werden.
- Emotionale Probleme können aus chronischen urologischen Erkrankungen resultieren.

Zu den psychischen Ursachen von Blasenschwäche gehören nicht nur Stress und Nervosität. Inkontinenz kann auch ein Zeichen für sexuellen Missbrauch sein. So nässen z.B. manche Mädchen ein, um durch den Uringeruch nicht mehr attraktiv auf den Täter zu wirken.

Harninkontinenz kann auch mit Demenz oder Psychosen auftreten. Bei Männern ist neben psychischen Problemen eine Prostatavergrößerung oft Ursache der Inkontinenz. Die vom Kleinkind mühsam erlernte Kontrollfunktion über die Blase kann durch Zellabbau im Gehirn bei alten Menschen wieder verloren gehen. Harninkontinenz kann, vor allem bei älteren Menschen, auch Ausdruck einer Depression sein. Wenn alte Menschen einnässen, wollen sie damit oft auch sagen, dass ihnen alles egal ist. Hinzu kommt, dass für manche Heimbewohner eine nasse Windel häufig der einzige Weg sein kann, von den Betreuern Zuwendung zu erfahren.

Wie funktioniert die Blase?

Dass eine gesunde Blase so funktioniert, wie wir es erwarten, ist das Werk mehrerer Muskeln mit unterschiedlichen Aufgaben. Da ist zunächst der Muskel, der die Blase entleert. Er ist die meiste Zeit entspannt, damit sich Urin in der Blase sammeln kann. Nach dem lateinischen Ausdruck für "herabhängen" wird dieser Muskel auch "Detrusor" genannt. Wichtig für die Funktion der Blase ist zudem der Schließmuskel am Blasenaustritt. Gesteuert werden diese Muskeln durch das unwillkürliche Nervensystem. Dabei haben Sympathikus und Parasympathikus jeweils entgegengesetzte Wirkung auf die Muskulatur. So veranlasst der Sympathikus, dass sich der Detrusor während der Urin- Sammelphase so weit entspannt, dass sich die Blase ausdehnen kann.

Der Sympathikus unterdrückt die parasympathische Aktivität so lange, bis die willkürliche Hemmung der Blasenentleerung beendet wird. So lange sorgt er dafür, dass der Schließmuskel der Blase dicht hält. Ab einer Urinmenge von etwa 300 bis 400 Millilitern meldet die Blase dann Harndrang an das Gehirn. Der Parasympathikus bewirkt schließlich, dass der Detrusor sich anspannt und der Schließmuskel sich entspannt - die Blase leert sich. Dieser Vorgang wird in der Entwicklung der Sauberkeit des Kindes gelernt. (Siehe auch Begriffsklärung am Ende des Artikels). Parasympathische Neurone regeln die Miktion (Blasenentleerung), während sympathische Neuronen als Gegenspieler für die Kontinenz zuständig sind.

Fachbegriffe im Zusammenhang mit Miktion = Blasenentleerung

Die Blasenentleerung stellt einen willkürlich ausgelösten, reflektorisch ablaufenden Vorgang dar, an dem mehrere Teilprozesse beteiligt sind:

- Kontraktion der glatten Muskulatur der Blasenwand (Detrusormuskel).
- Erweiterung der Harnröhre im Bereich des inneren Sphinkters (am Beginn der Harnröhre verdicken sich die Fasern der glatten Blasenmuskulatur zu einem inneren Schließmuskel = Sphincter internus).
- Erschlaffung des äußeren Sphinkters der Harnröhre (die Harnröhre wird durch den Sphincter externus verschlossen, der aus quergestreifter Muskulatur des Beckenbodens besteht).
- Entspannung der Bauch- und Beckenbodenmuskulatur, Fixierung des Zwerchfells

Detrusor und Sphincter internus sind Teile desselben Muskels, die bei der Blasenentleerung gemeinsam zur Kontraktion gebracht werden. Infolge der besonderen anatomischen Anordnung der Muskelfasern im Bereich des inneren Schließmuskels bewirkt ihre Kontraktion eine Öffnung der Harnröhre (Urethra). Allgemein bezeichnet man Miktionsstörungen dann als „funktionelle Blasenentleerungsstörungen“, wenn mechanische Einflüsse auf Harnröhre oder Blase und zentralnervöse oder entzündliche Prozesse ausgeschlossen werden können.

Literatur: Thews G, Mutschler E, Vaupel P (1991) Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie des Menschen. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart.

Therapie

Es geht darum, die Funktionen der Harnblase (musculus detrusor), der Harnröhre (musculus sphincter externus) und des Beckenbodens anzusprechen. Bei der Harnrückhaltung (Retention)

muss eine gleichzeitige Entspannung von Bauch- und Blasenmuskulatur einerseits, und eine Anspannung von Beckenbodenmuskulatur und Harnröhre (sphincter externus) andererseits erzielt werden. Das Ziel der Therapie der Harninkontinenz ist, das richtige Wechselspiel von Bauch und Blasenmuskulatur einerseits und von Harnröhre (sphincter externus) wieder zu erlernen. die Anspannung von Bauch- und Blasenmuskulatur zu reduzieren und gleichzeitig die von Harnröhre (sphincter externus) und Beckenboden zu verstärken.

Biofeedbacktherapie

Die Biofeedbackbehandlung stellt eine wissenschaftlich abgesicherte, ganzheitliche Behandlungsmethode dar, die bei Stress- und auch Dranginkontinenz äußerst erfolgreich wirkt. Sie ist innerhalb kurzer Zeit auch von älteren Patienten gut zu erlernen. Die Erfolgsrate liegt bei 70-90%, bei einer Sitzungsanzahl von rund 10 Sitzungen. Biofeedback bedeutet, dass je nach zugrunde liegender Funktionsstörung ein bestimmtes biologisches Signal (z.B. Muskelspannung, Herzrate, Fingertemperatur) des Patienten registriert wird. Das Signal wird dem Patienten z.B. auf einem Bildschirm oder über einen Ton rückgemeldet. Er wird dann aufgefordert, das Biosignal zu verändern (z.B. Entspannung der Nackenmuskulatur). Wird das Biosignal in die erwünschte Richtung verändert, erfolgt eine Verstärkung (z.B. der Ton wird leiser) und umgekehrt (Prinzip der instrumentellen Konditionierung). Bevor mit der Biofeedbacktherapie begonnen wird, muss in einer gynäkologischen bzw. urologischen Untersuchung die Inkontinenzform abgeklärt werden. Ist die Inkontinenz sekundär als Folge einer anderen Erkrankung (multiple Sklerose, Diabetes, Karzinom, Blasenkatarrh, Tuberkulose etc.) kann die Biofeedbacktherapie keine Heilung der Ursachen bewirken, sondern lediglich zu einer Verbesserung der Kontinenz führen. Im nächsten Schritt ist die psychologische Abklärung in Form einer Verhaltensanalyse wichtig. Die Inkontinenz ist mit einer Reihe von psychischen Problemen verbunden (siehe oben). So können beispielsweise die Patienten durch

Zuwendung von Familie und Arzt für Ihre Symptomatik verstärkt werden (sog. sekundärer Krankheitsgewinn). Schließlich ist zu Behandlungsbeginn auch eine genaue Verhaltensdiagnostik mit Hilfe eines Inkontinenztagebuches wichtig. Nach dieser diagnostischen Abklärung erfolgt eine umfangreiche Information über das klinische Bild von Inkontinenz und über die Wirkweise des Biofeedbacks. Dies geschieht auch mittels Anschauungsmaterial (Beckenbodenmuskulatur der Frau). Besonders wichtig ist auch, dass den Frauen die Scheu vor der Therapie genommen wird und verbleibende Fragen geklärt werden. Dann kann mit der ersten Sitzung begonnen werden. Die Patientin führt sich dazu selbst einen Vaginalsensor (wie ein Tampon) auf der Toilette ein. Anschließend kann die Kleidung wieder angelegt werden und die Patienten nimmt angezogen in

einem bequemen Entspannungsstuhl Platz. Der Sensor wird an des Biofeedbackgerät angeschlossen. Auf einem Bildschirm wird nun völlig schmerzfrei die Muskelspannung in Form einer Linie, die aufwärts (Anspannen) oder abwärts (Entspannen) geht, sichtbar. Die Patienten werden durch eine spezielles Computerprogramm angeleitet, Ihre Beckenbodenmuskulatur phasenweise anzuspannen oder zu entspannen. Da die Muskelspannung am Bildschirm sichtbar ist, erkennen die Patienten sofort, ob sie den richtigen Muskel anspannen und wie stark ihre Muskeln sind, die den Harn zurückhalten.

Mit der Anzahl der Sitzungen, häufig ergänzt durch ein Beckenbodenheimtraining, steigt die Kontrollierbarkeit der Blasenmuskulatur rasch an. Mit dieser verhaltenstherapeutischen Behandlung wird ja darauf abgezielt, die Kontraktionsfähigkeit der Beckenbodenmuskulatur zu erhöhen und die Zeiträume zwischen den Toilettengängen zu verlängern („bladder drill training“). Die Behandlungsprogramme zeigen eine Symptomreduktion von 70-80% (Tries u. Brubaker 1996). Durch den Erwerb von – zumindest teilweiser – Kontrolle wird das Selbstwertgefühl der Betroffenen wesentlich verbessert und dadurch eine positive Beeinflussung des Wohlbefindens erreicht.

Weitere Therapien

Wenn die Beschwerden fortgeschritten sind, kann eine Operation günstig sein, bei der der Blasenhalsh angehoben und unterstützt wird. Die Erfolgsrate liegt hier bei 70 bis 80%. Dranginkontinenz wird mit Medikamenten behandelt. Eine Operation ist nicht zielführend. Das in Österreich zugelassene Medikament enthält den Wirkstoff Trosipiumchlorid. Die Wirkung ist nach wenigen Tagen zu spüren. Im Gegensatz zu früheren Medikamenten verursacht Trosipiumchlorid kaum Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, verschwommenes Sehen oder Veränderungen des Blutdrucks. Bei Frauen trocknen nach der Menopause aufgrund der hormonellen Veränderungen die Scheiden- und Blasenschleimhäute aus. Das kann Inkontinenz verursachen. Hier reicht es oft, mit Zäpfchen oder Salben die Schleimhäute wieder geschmeidiger zu machen. Die Inkontinenz wird auch auf eine Senkung der Gebärmutter zurückgeführt und diese dann behandelt. Das ist aber nur selten die tatsächliche Ursache der Beschwerden.

Risikogruppen

Frauen und Männer mit Übergewicht, die keinen Sport betreiben; Menschen, die viel sitzen; Frauen nach Geburten.

Beckenbodenübungen

Stressinkontinenz, bei der ein schwacher Beckenboden für das unkontrollierte Harnträufeln verantwortlich ist, kann durch gezielte Beckenbodenübungen behandelt werden. Die gezielte Gymnastik des Beckenbodens ist allgemein eine wichtige Hilfe bei Inkontinenz. Innerhalb weniger Wochen ist es möglich, das Gewebe zu stärken. Der kräftige Beckenboden hilft nicht nur bei Inkontinenz, sondern kann das eigene Wohlbefinden bessern. Bei Männern mit Inkontinenz, vorzeitigem Samenerguss oder Erektionsproblemen ist ebenfalls Beckenbodentraining sinnvoll.

Buch und Video: Kitchenham-Pec & Bopp, Beckenbodentraining, Trias Verlag 1997.

Elektrotherapie

Elektrische Impulse regen die erschlafften Muskeln an und normalisieren die Nervenversorgung der überreizten Blase. Üblicherweise soll mit den entsprechenden Geräten (beispielsweise „Conmax“) ein Monat lang 20 Minuten täglich trainiert werden.

Autoren: Dr. Mäni Liselotte Kogler, Dr. Alois Kogler.
Mitarbeit: Mag. Eva Kaiser-Kaplaner

Literatur:

Cuntz U, Rauh R, Rief W (2000) Biofeedback und Beckenboden – Behandlung von Inkontinenz und Obstipation. In: Rief W, Birbaumer N (2000) Biofeedback- Therapie. Verlag Schattauer: Stuttgart, 142-176.

Schulman C, Claes H, Matthijs J (1997) Urinary incontinence in Belgium: a population-based epidemiological survey. Eur Urol 32(3): 315-320.

Trier J, Brubaker L (1996) Application of biofeedback in the treatment of urinary incontinence. Profess Psychol Res Practice 27:554-560.

Sapolsky R (1994) Warum Zebras keine Migräne kriegen. München: Piper S. 61 ff.