



# Harn- und Stuhlinkontinenz –

Hilfe für Frauen im Kontinenz- und Beckenbodenzentrum



<b>Harninkontinenz</b>	<b>4</b>
Belastungsinkontinenz – Ursachen und Therapien	4
Dranginkontinenz – Ursachen und Therapien	8
Mischformen	8
<b>Stuhlinkontinenz</b>	<b>9</b>
Schließmuskelschädigung – Ursachen und Therapien	9
Störung der Speicherfunktion des Darms – Ursachen und Therapien	10
Wahrnehmungsstörungen – Ursachen und Therapien	11
Verstopfung – Ursachen und Therapien	11
<b>Beckenbodenschwäche</b>	<b>12</b>
Ursachen und Therapien	12
<b>Expertenteam des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums</b>	<b>14</b>

Liebe Leserinnen und Leser,

Harn- und Stuhlinkontinenz sind Tabu-Themen, obwohl rund 8. Mio. Menschen in Deutschland von Harninkontinenz und 4 Mio. von Stuhlinkontinenz betroffen sind. Das soziale Leben ist bei jedem Einzelnen stark beeinträchtigt und damit die Lebensqualität.

Inkontinenz ist jedoch sehr häufig heilbar!

Um Betroffenen optimal helfen zu können, gründete das Marien Hospital Witten ein Kontinenz- und Beckenbodenzentrum, das 2005 von der Deutschen Kontinenz-Gesellschaft zertifiziert wurde.

Hier arbeiten Experten der Frauenklinik, der Allgemein- und Viszeralchirurgie und der Gastroenterologischen Abteilung der Medizinischen Klinik, der Kinder- und Jugendklinik des Marien Hospital Witten sowie der Urologie des Marien Hospital Herne – Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum eng zusammen. Sie entscheiden gemeinsam über die bestmögliche Behandlung für jeden Patienten.

Kontinuierliche Forschung auf dem Gebiet der Harn- und Stuhlinkontinenz und regelmäßige Weiterbildungen ermöglichen es, neueste Entwicklungen bei der Behandlung zu berücksichtigen. Dies gilt für nicht-operative Therapien ebenso wie für Operationsmethoden. Bei letztgenannten kommen möglichst schonende minimal-invasive Methoden zum Einsatz. Die Arbeit des Expertenteams wird durch modernste technische Ausstattung unterstützt.

Mit dieser Broschüre richten wir uns speziell an Frauen. Auf den folgenden Seiten erfahren Sie mehr über die unterschiedlichen Formen und Ursachen der Inkontinenz und deren Behandlung.

Das Team des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums

# Harninkontinenz

Es gibt verschiedene Formen der Harninkontinenz, die unterschiedliche Behandlungen erfordern. Man unterscheidet zwischen Belastungs- (auch Stressinkontinenz genannt) und Dranginkontinenz.

## 1. Belastungsinkontinenz

Typisch für die Belastungsinkontinenz ist ein unwillkürlicher Urinverlust bei körperlicher Anstrengung wie Heben, Tragen, Niesen und Husten. Diese Form der Inkontinenz ist bei Frauen weit verbreitet.

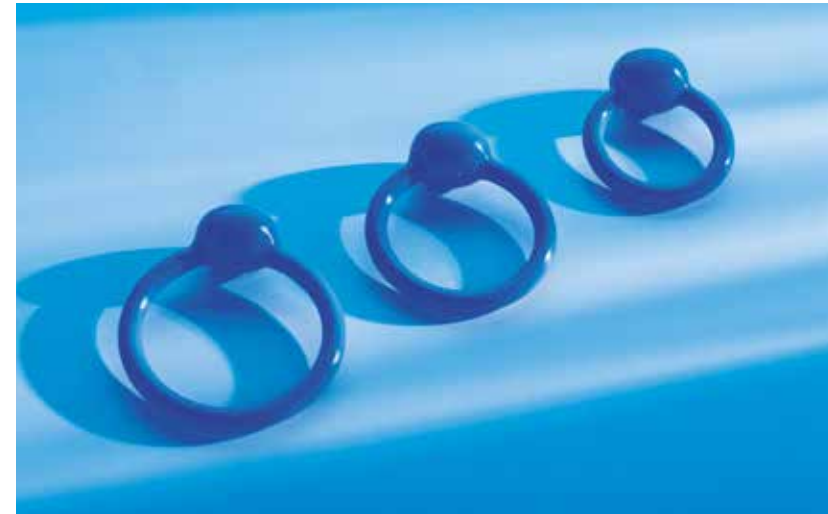
**Ursache** ist eine Schwächung des Verschlussmechanismus am Blasenauslass.

Bei Frauen wird dies häufig durch eine Schwächung der Beckenbodenmuskulatur verursacht – ausgelöst durch Schwangerschaft, Geburt oder hormonelle Umstellungen in den Wechseljahren.

### Behandlung – Konservative Therapiemöglichkeit

Mithilfe von Beckenbodengymnastik und Elektrotherapie (Reizstrom) kann die Muskulatur trainiert werden. Darüber hinaus können Pessareinlagen – ringförmige oder eckige Hilfsmittel – in die Scheide eingeführt werden.

Kann die Inkontinenz nicht durch eine der konservativen Optionen behoben werden, stehen verschiedene OP-Methoden zur Verfügung.



Ringförmige Pessareinlagen



Würfelförmige Pessareinlagen

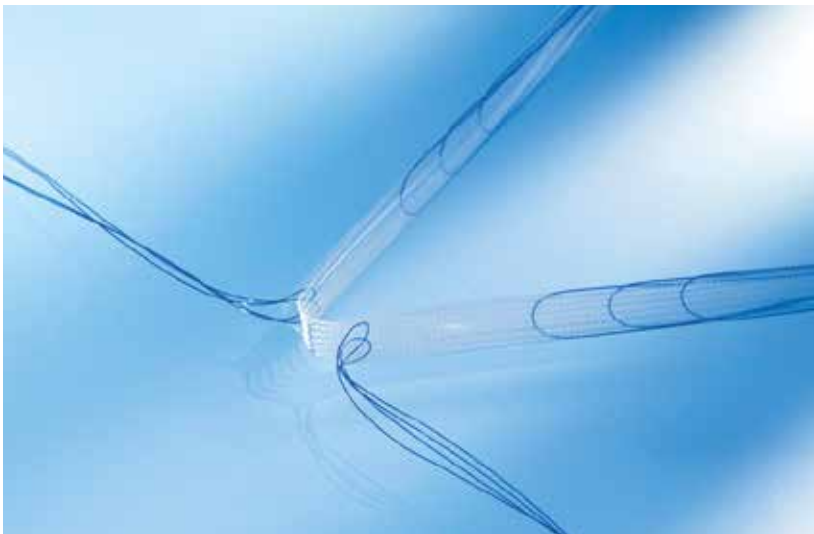
# Harninkontinenz

## Behandlung – Operationen bei Belastungsinkontinenz

Im Marien Hospital Witten wird – wenn dies möglich ist – minimal-invasiv operiert:

### *Spannungsfreie Vaginalschlingen (TVT / TOT)*

Die spannungsfreien Bänder werden über einen vaginalen Zugang durch die Scheide unter der mittleren Harnröhre platziert und dienen als Ersatz für eine defekte Bandstruktur. Das gewährleistet eine ausreichende Stabilisierung des verletzten oder zerstörten Gewebes.



Die Vaginalschlinge wird in einem minimalen Eingriff unterhalb der Harnröhre eingesetzt.

### *Unterspritzungen der Harnröhre und Blase*

Wenn eine Harninkontinenz Folge von Defekten der Harnröhrenschließmuskeln ist, kann durch eine Unterspritzung der Harnröhrenschleimhaut mit gelartigen Substanzen ein Polster in der Nähe des Schließmuskels gebildet werden, das den Harnabgang bei Belastungen reduzieren kann.

Minimal-invasive Methoden sind jedoch nicht immer dafür geeignet, das Problem zu beheben. Es gibt Erkrankungen, bei denen eine klassisch offene Operation die beste Therapie bietet:

### *Kolposuspension nach Burch*

In manchen Fällen kann eine Anhebung des Blasenhalbes über einen queren Unterbauchschnitt zum Erfolg führen. Dazu werden mehrere Nähte im Bereich des Gewebes gesetzt, welches die Harnröhre umgibt. Somit wird der Blasenhalbes durch Zug angehoben.

### *Scheidenplastik*

Bei Senkung von Blase und/oder Darm kann das geschwächte Gewebe von der Scheide aus durch Raffung stabilisiert werden. Nach Eröffnung der vorderen/hinteren Scheidenwand wird die Blase bzw. der Darm abgeschoben und durch spezielle Nähte versenkt.

## 2. Dranginkontinenz

Die Dranginkontinenz ist eine Blasen Speicherungsstörung bei der sich der Blasenmuskel bereits bei geringer Füllmenge der Blase zusammenzieht. Es entsteht das Gefühl, den Harn nicht mehr halten zu können. Teilweise kann er auch nicht bis zur Toilette einhalten werden.

**Ursachen** können eine Instabilität des Blasenmuskels (Detrusor), eine Blasenentzündung oder auch ein Tumor sein.

### Behandlung – Konservative Therapie

Die Dranginkontinenz lässt sich sehr gut medikamentös behandeln u. a. durch das Einnehmen von weiblichen Hormonen. Aber auch andere konservative Methoden können eingesetzt werden. Hierzu zählt die Elektrotherapie mittels derer die Muskulatur entspannt wird.

### Behandlung – Operation bei Dranginkontinenz

Operationen spielen bei dieser Erkrankungsform fast keine Rolle. Ein möglicher minimal-invasiver Eingriff, der im Marien Hospital Witten vorgenommen wird, ist die Botoxinjektion:

### Botoxinjektion bei neurogenen Blasenentleerungsstörungen

Bei der überaktiven Blase und Blasenentleerungsstörungen wird Botox injiziert, um die Aktivierung der Blase durch das geschädigte Nervensystem („neurogene Blasenentleerungsstörungen“) zu verhindern.

## 3. Mischformen der Inkontinenz

Belastungs- und Dranginkontinenz können auch gemeinsam auftreten. Hier werden zunächst die Ursachen der einen und in einem nächsten Schritt die der anderen Inkontinenzform behandelt.

Bei Stuhlinkontinenz werden unterschiedliche Schweregrade unterschieden. Diese reichen vom unkontrollierten Abgang von Luft über Stuhlschmierer bis hin zum Kontrollverlust über den Stuhlgang.

## 1. Schließmuskel oder Analhaut sind geschädigt

Unwillkürlicher Stuhlabgang und Stuhlschmierer sind Beschwerden, die bei dieser Form der Stuhlinkontinenz auftreten. Die **Ursachen** können vielfältig sein: Senkt sich der Enddarm in Form eines Vorfalles durch den Analkanal hervor, können Teile des Schließmuskels beschädigt werden. Ein Dammriss nach einer Entbindung kann dies verursachen oder auch eine vorausgegangene Operation bei Fisteln.

### Behandlung – Konservative Therapie

Ein gezieltes Training der Schließmuskulatur kann eine Verbesserung der Situation hervorrufen. Auch eine Elektrostimulation mit Biofeedback wird eingesetzt, um die Muskulatur zu trainieren und zu lockern.

### Behandlung – Operation

Bei einer Schließmuskelverletzung ist in vielen Fällen eine direkte Naht des Schließmuskels möglich. Insbesondere nach Schließmuskelverletzungen im Rahmen eines Dammrisses nach der Geburt, ist in den meisten Fällen eine operative Behandlung notwendig. Auch nach komplizierten Fisteloperationen ist in einigen Fällen eine Schließmuskelnaht erforderlich.

# Stuhlinkontinenz

## 2. Störung der Speicherfunktion des Darms

Bei incompletter Entleerung des Darms lastet der Stuhl auf dem Schließmuskelapparat, der diesem Druck nicht dauerhaft standhalten kann. Es kommt zum unwillkürlichen Abgang von Stuhl. Als Ursachen kommen neben Operationsfolgen auch chronisch-entzündliche Darmerkrankungen wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa in Frage.

### Behandlung – Konservative Therapie

Bei einer Störung der Speicherfunktion und daraus resultierenden Durchfallerkrankungen muss zunächst die Grunderkrankung erkannt und danach medikamentös behandelt werden. Eine Operation erfolgt hier meist nicht.



Folgen einer Operation oder chronisch-entzündliche Darmerkrankungen können zu einer Störung der Speicherfunktion des Darms führen.

## 3. Wahrnehmungsstörungen

Wenn die sensible, sensorische Wahrnehmung des Enddarmes gestört ist, handelt es sich um eine Stuhlinkontinenz durch Wahrnehmungsstörungen.

Die Ursachen sind meist neurologische Erkrankungen sowie Korrekturoperationen bei Fehlbildungen. Dazu zählen Schlaganfälle, Multiple Sklerose, senile Demenz und Schäden nach Tumoroperationen.

### Behandlung – konservative Therapie

Ist eine neurologische Ursache verantwortlich für die Stuhlinkontinenz, empfiehlt sich oftmals ein Muskeltraining oder Elektrofeedback. So werden die Muskeln schonend trainiert. Auch die Einlage von Pessaren kann hier hilfreich sein. Eine Operation ist in diesem Fall meist nicht notwendig.

## 4. Verstopfung (Obstipation)

Verstopft der Stuhl den Darm und ist eingedickt, sodass der Darm weniger als 3 mal in der Woche entleert wird, spricht man von einer Verstopfung. Der Körper produziert vermehrt Darmschleim, der wiederum zu einem unkontrollierten Abgang des Stuhls führt. Die Ursachen liegen in einer Fehlernährung und einer zu geringen Zufuhr von Flüssigkeit.

### Behandlung – konservative Therapie

Eine Kräftigung des Beckenbodens ist eine sinnvolle Therapiemöglichkeit, den Schließmuskel zu trainieren. Eine ausgewogene Ernährung sollte begleitend dazu erfolgen. Ein operativer Eingriff ist hier nicht notwendig.



# Beckenbodenschwäche

Häufig sind Inkontinenzprobleme auch ein Zeichen für eine Schwäche des Beckenbodens. Die Belastungen des Alltags und das Älterwerden können dazu führen, dass die Muskulatur, Bänder, Nerven und andere Gewebestrukturen Ihres Beckenbodens geschwächt oder überdehnt werden und absinken. Der abgesenkte Beckenboden kann sowohl Ursache für eine Harn- als auch eine Stuhlinkontinenz bei Frauen sein.



Die Muskeln im Beckenbodenbereich können durch wiederholtes An- und Entspannen schrittweise wieder aufgebaut und gestärkt werden.

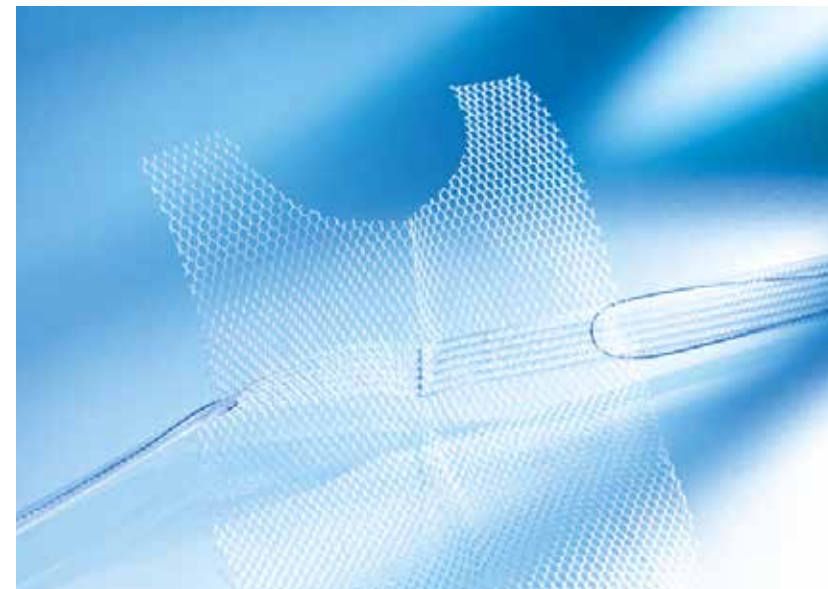
## Konservative Therapie

Die Muskulatur wird durch gezielte Beckenbodenübungen gestärkt. Elektrostimulation bietet darüber hinaus eine Verbesserung der Beschwerden. Trotzdem benötigen die konservativen Behandlungsmethoden Zeit, meist ist ein operativer Eingriff empfehlenswert.

## Behandlung – Operation

### Beckenbodenrekonstruktionen mit Netzeinlage bei Senkungsbeschwerden

So genannte Netzeinlagen werden im Kontinenz- und Beckenbodenzentrum zur Stabilisierung der Gewebereiche durchgeführt. Ziel der Operation ist eine Rekonstruktion der Haltestrukturen des Beckenbodens, um die betroffenen Organe an ihrem ursprünglichen Platz zu stabilisieren. Durch die Netzeinlage ist eine zusätzliche Unterstützung gegeben.



Implantierte Netze ersetzen das erschlaffte Gewebe und stützen den Beckenboden sowie die Gebärmutter.

### Scheidenstumpffixation (durch die Scheide, per Bauchschnitt oder Bauchspiegelung)

Durch das Annähen des oberen Scheidenpols an die Bandstrukturen des kleinen Beckens wird eine zusätzliche Stabilisierung und Streckung der hinteren Scheidenwandanteile herbeigeführt.

Das Marien Hospital Witten hat sich in Kooperation mit dem Marien Hospital Herne – Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum auf die Behandlung von Inkontinenz bei Frauen, Männern und Kindern spezialisiert. Die Kompetenz der verschiedenen Fachabteilungen wurde im Kontinenz- und Beckenbodenzentrum gebündelt.

In Abhängigkeit zum Krankheitsbild liegt der Behandlungsfokus bei unterschiedlichen Fachabteilungen.



**Frauenklinik der Universität Witten/Herdecke  
Marien Hospital Witten**  
Prof. Dr. Sven Schiermeier, Chefarzt  
Leiter des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums  
Fon 02302 - 173 - 1323



**Frauenklinik der Universität Witten/Herdecke  
Marien Hospital Witten**  
Claudia Ecker, Oberärztin  
Koordinatorin des Kontinenz- und Beckenbodenzentrums  
Fon 02302 - 173 - 1323



**Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
Marien Hospital Witten**  
Prof. Dr. Metin Senkal, Chefarzt  
Fon 02302 - 173 - 1208



**Medizinische Klinik – Gastroenterologie  
Marien Hospital Witten**  
Dr. Niklas Jollet, Oberarzt  
Fon 02302 - 173 - 1303



**Kinder- und Jugendklinik  
Marien Hospital Witten**  
Dr. Ralf Seul, Oberarzt  
Fon 02302 - 173 - 1353



**Urologische Klinik  
Marien Hospital Herne – Universitätsklinikum  
der Ruhr-Universität Bochum**  
Prof. Dr. Joachim Noldus, Chefarzt  
Fon 02323 - 499 - 2300



**Zentrum für Prävention, Therapie, Rehabilitation und  
sportmedizinische Diagnostik der St. Elisabeth Gruppe  
am Standort Marien Hospital Witten**  
Claudia Bartschek, Leitung  
Fon 02302 - 173 - 1502



**Station 11, Marien Hospital Witten**  
Christiane Schleicher, Fachkraft für Kontinenzförderung  
Fon 02302 - 173 - 1011



**Station 16, Marien Hospital Witten**  
Jessica Rosenkranz, Pflegeexpertin für Kontinenz und Stoma  
Fon 02302 - 173 - 1016



# Anfahrt und Kontakt



## Marien Hospital Witten

Kontinenz- und Beckenbodenzentrum der Universität Witten/Herdecke

Leiter: Prof. Dr. Sven Schiermeier

Marienplatz 2 | 58452 Witten

frauenklinik@marien-hospital-witten.de | [www.marien-hospital-witten.de](http://www.marien-hospital-witten.de)

Das Kontinenzzentrum erreichen Sie unter der **Hotline 0 23 02 - 173 - 1337**

In Kooperation mit der Selbsthilfegruppe **INKONTINENZ**

Blasen- und Darmschwäche, Senkungsbeschwerden



## Gruppentreffen:

Jeder 1. Montag im Monat | 17.00 Uhr | Kreishaus | Gruppenraum KISS

Hauptstraße 92 (Seiteneingang Lessingstraße) | 58332 Schwelm

Fon 0 23 32 - 66 40 - 29 oder - 28