

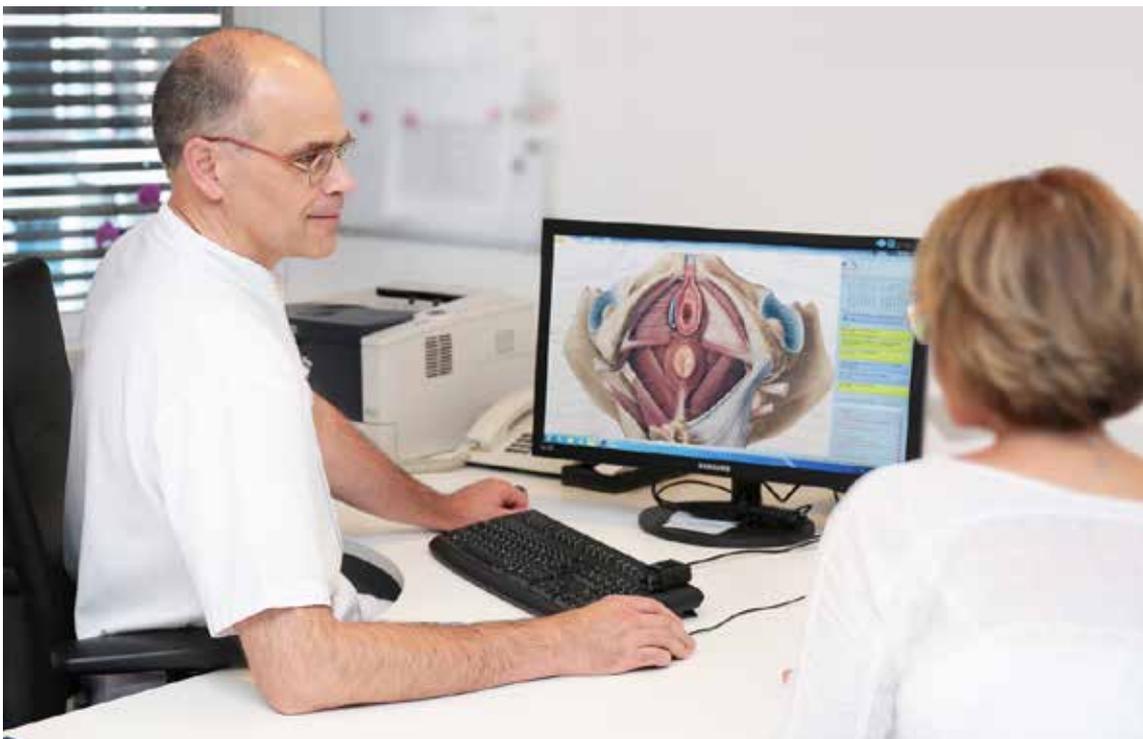


AGAPLESION
BETHESDA KRANKENHAUS
BERGEDORF

Willkommen im

AGAPLESION BETHESDA KRANKENHAUS BERGEDORF

Viele Spezialist:innen arbeiten bei Ihrer Behandlung im Team zusammen!



AGAPLESION BETHESDA KRANKENHAUS BERGEDORF gGmbH
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Glindersweg 80
21029 Hamburg
Tel (040) 725 54 - 12 20
ktimmann@bkb.info
www.klinik-bergedorf.de

Willkommen in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe. Wir als Team geben unser Bestes, um Ihnen zu helfen.

Liebe Patientin,

Bei Ihnen wurde die Notwendigkeit einer Operation wegen Harninkontinenz und / oder Beckenbodensenkung ärztlich festgestellt. Mehr Frauen als Sie sich vorstellen können – nämlich jede zweite Frau über 50, das sind in Deutschland rund 5 Millionen Frauen – leiden unter Beckenbodenschwäche. Naturgemäß sorgt sich jede Patientin vor einem geplanten Eingriff. Um Ihnen die bestmögliche Behandlungsqualität zu garantieren, haben wir alle unsere diagnostischen Verfahren und Behandlungen nach aktuellsten Erkenntnissen ausgewählt und lassen sie im Rahmen eines extern zertifizierten Behandlungspfades überwachen. Die Qualität der Behandlung wird in regelmäßigen Abständen durch externe Prüfer:innen kontrolliert. Jeder Diagnose- und Behandlungsschritt ist bei uns genau festgelegt. So erhalten Sie die bestmögliche Therapie, gleichzeitig werden unnötige Untersuchungen vermieden.

Mit diesem Ordner möchten wir Ihnen helfen, Ihre Erkrankung zu verstehen und Ihnen Mut machen, mit uns über Ihre speziellen Fragen und Anliegen zu sprechen. Auf den nachfolgenden Seiten erhalten Sie detaillierte Informationen über den geplanten Ablauf und Ihre Ansprechpartner:innen. Wir werden auch weiterhin kontinuierlich daran arbeiten, unsere Qualität zu verbessern und bitten Sie um Feedback und Teilnahme an den Nachsorgeuntersuchungen.

Sollten Sie weitere Fragen und Anregungen haben, sprechen Sie uns an!

Im Namen des Teams wünschen wir Ihnen eine erfolgreiche Behandlung!

Ihr Chefarzt Dr. med. Martin Neuß
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe



Ihre leitende Oberärztin Dr. med. Maike Kalb-Rottmann
Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe,
Verantwortliche Beckenbodenzentrum



Ihr Behandlungsteam

Im AGAPLESION BETHESDA KRANKENHAUS BERGEDORF hat sich zusammen mit den Kliniken für Chirurgie und Innere Medizin, niedergelassenen Urolog:innen und Radiolog:innen das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Bergedorf gegründet. Die enge Kooperation der einzelnen Spezialist:innen ermöglicht es, die für Ihre Situation optimal angepasste Behandlung zu konzipieren und Sie bei den diagnostischen und therapeutischen Fragestellungen zu betreuen. Zusammen mit mehr als 20 Kliniken haben wir uns von der Zertifizierungsstelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe dafür zertifizieren lassen. Diese Zusammenarbeit lassen wir jährlich extern überprüfen, um unsere Qualität weiter zu verbessern. Der Weg führt Sie von Ihrem betreuenden Arzt/Ihrer betreuenden Ärztin, der/die die Erstuntersuchung und eventuell eine konservative Behandlung durchgeführt hat, zu uns. Nach weiterführender Diagnostik legen wir gemeinsam mit Ihnen ein auf Sie zugeschnittenes Behandlungskonzept fest. Für die operative Therapie stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Die operative Nachsorge liegt in den Händen Ihres Arztes/Ihrer Ärztin und der Ambulanz der Frauenklinik.

Das Fachexpert:innen-Netzwerk Schwerpunkt Beckenboden und Kontinenz: Zertifizierter Stationärer Behandlungspfad rekonstruktive Beckenbodenchirurgie und operative Behandlung bei Harninkontinenz.

In unserem Verbund haben sich Kliniken zu einem Fachexpert:innen-Netzwerk zur Sicherstellung einer ortsnahe interdisziplinären hochqualitativen Versorgung von Patientinnen mit den Diagnosen weibliche Harninkontinenz und Beckenbodenschwäche zusammengeschlossen.

Hauptbehandlungsziele:

- Wiederherstellung der Lebensqualität der Patientinnen
- Sie sollen unbeschwert am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und es genießen

Weitere Ziele des Verbundes sind:

- Umsetzung des wissenschaftlichen Fortschrittes und der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse in den praktischen Klinikalltag
- Einbeziehung aller für die Behandlung notwendigen Spezialist:innen und Bereitstellung dieses Expertenwissens
- Regelmäßige externe Überprüfung, ob die strengen Qualitätsanforderungen des Verbundes eingehalten werden (durch die Zertifizierungsstelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe)
- Konsequente Messung der Behandlungsergebnisse und deren Vergleich untereinander (Qualitätsbenchmarking)
- Regelmäßige Fortbildungen und Qualitätszirkel
- Kollegialer Fachaustausch untereinander zur Weiterentwicklung und Aufrechterhaltung einer hochwertigen Versorgung der sich uns anvertrauenden Patientinnen

Zurzeit beteiligen sich mehr als 20 Kliniken an unserem Expertennetzwerk. Mit dieser Handreichung möchten wir Sie gezielt und umfassend informieren. Scheuen Sie sich nicht, auftretende Fragen anzusprechen. Dafür sind wir da.

Ihre Ansprechpartner:innen:

Chefarzt

Dr. med. Martin Neuß

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

Zertifizierte Beratungsstelle der Deutschen Kontinenzgesellschaft, Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion, AMI-zertifizierter Operateur für Netzchirurgie, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe



Leitende Oberärztin

Dr. med. Maike Kalb-Rottmann

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Urogynäkologie und plastische Beckenbodenrekonstruktion, AMI-zertifizierter Operateur für Netzchirurgie, Mitglied und zertifizierte MIC I Operateurin der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe



Sr. Kerstin Pocher

Ebenenleitung Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe



Sr. Jana Dumrath

Ebenenleitung Operative Fächer



Kerstin Timmann

Sekretariat Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Telefon (040) 725 54 - 12 21



Öffnungszeiten

Montag bis Donnerstag 08:00 – 16:00 Uhr

Freitag 08:00 – 15:00 Uhr

Sprechstunde:

Termine nach telefonischer Vereinbarung

Prof. Dr. med. Marco Sailer
Chefarzt der Klinik für Chirurgie



Sekretariat Chirurgie
Telefon (040) 725 54 - 12 11

Physiotherapie

Leitung im Bethesda Krankenhaus Bergedorf
Frau Peters

Beschwerden: Markus Linniek
Qualitäts- und Beschwerdemanagement
Telefon (040) 725 54 - 10 11



Sozialrechtliche Betreuung:

Häufig stellen Patientinnen mit einer Harninkontinenz Fragen nach Rehabilitationsbehandlungen oder Kur. Ihre Ansprechpartnerin hierfür ist unser Sozialdienst im Haus, Frau Hamann, Telefon (040) 725 54 - 1680
Sie steht nach telefonischer Terminabsprache gerne für Sie zur Verfügung.

Ambulante Kooperationspartner:

Praxis C. Lehnigk
(Frau Rentrop/Fr. Rohde/Fr. Witt)
Telefon: (040) 721 44 78

Frau Kording-Gagern Physiotherapie
Telefon (040) 722 28 21
Mobil 0170 732 25 71

Frau Nielander, Physiotherapeutin und Heilpraktikerin für Selbstzahler
Mamath, Beckenboden-Checkup, Inkontinenzbeschwerden, Heilpraktikerin
Mobil 0162 948 93 99
www.mamath.de

tic Medizintechnik
unser Partner für EMS-Therapie und Pessare
www.ticmed.de

Unser Beckenbodenzentrum in Stichpunkten

Diagnostik

- Eingehende Anamneseerhebung, Auswertung von Tagesprotokollen
- Eingehende klinische Untersuchung durch eine:n spezialisierte:n Fachärzt:in
- Ultraschalluntersuchung des Harntraktes und Beckenbodens
- Endoskopische Untersuchungsmethoden (Blasenspiegelung, Darmspiegelung)
- Radiologische Diagnostik (inkl. MR-Defäkographie) über unseren Kooperationspartner Conradia
- Blasenfunktionsmessungen (Urodynamik, Uroflowmetrie, Harnröhrendruckprofil, Flow-EMG)

Beratung

- Hilfsmittel (Vorlagen, Katheter, Kondomurinal)
- Inkontinenz und Sexualität
- ausführliche Beratung über operative und konservative Therapiealternativen

Therapie

a) konservativ

- Beckenbodengymnastik (über unsere Kooperationspartner:innen)
- Gezielte medikamentöse Therapie
- Konus- und Pessarbehandlung
- Blasen konditionstraining
- Elektrostimulation über unseren Kooperationspartner tic-Medizintechnik

b) operativ

- TVT/ TOT (spannungsfreie Schlingenplastiken als Inkontinenz-OP)
- Anpassbare (adjustierbare) Schlingensysteme
- Kolposuspension nach Bruch (Neupositionierung des Blasenhalsses), auch laparoskopisch
- alle vaginalen Operationstechniken (ggf. in Kombination mit Netzeinlage)
- alle laparoskopischen Operationstechniken (ggf. in Kombination mit Netzeinlage)
- Gebärmuttererhalt wird, wenn möglich, bevorzugt
- Operative Beseitigung von Blasen-/Mastdarmvorfällen (Kolporrhaphien, Resektionsrektopenien, STARR)
- Botoxinjektionen in die Blase/ Gelunterspritzung der Harnröhre zur Verengung
- Entfernung von Netzen bei Komplikationen
- Behandlung auch ausgedehnt problematischer Befunde nach Zuweisung

Willkommen auf der Station

Liebe Patientin,

Sie waren bei uns in der Beckenbodensprechstunde und haben sich nach unserer Beratung für eine Operation entschieden.

Die ersten Schritte bis zur Operation sind nun erfolgt: die Ärzte und Ärztinnen der Klinik für Gynäkologie und der Klinik für Anästhesie haben Sie über Narkosemöglichkeiten und OP-Verfahren aufgeklärt, Blut und Abstriche abgenommen. Und Sie haben diesen Ordner erhalten.

Wie geht es nun weiter?

Am Aufnahmetag melden Sie sich am Patient:innenempfang und werden auf die operative Station gebracht. Dort steht bereits Ihr Bett und die OP-Kleidung für Sie bereit. Die Pflegekräfte bemühen sich, Ihnen das Ankommen so nett wie möglich zu gestalten, wohlwissend um eventuelle Ängste, die Sie haben werden.

Manchmal werden Sie nach der Operation in ein anderes Zimmer verlegt. Dies hängt davon ab, wie viele Tage im Krankenhaus geplant werden. Unsere Aufnahmestation gewährleistet allen Patientinnen, die operiert werden, am OP-Tag bereits ein vorhandenes Bett. So müssen Sie nicht auf dem Flur warten, bis andere Patientinnen entlassen werden. In der Regel erhalten Sie direkt ein Bett auf der Station 5, gelegentlich benutzen wir auch Betten auf Station 2. Dies hängt von der Belegung im Haus ab. Auf allen Stationen werden Sie von geschultem Personal begleitet. Auch unsere Komfortstation steht Ihnen zur Verfügung. Sprechen Sie hierzu die Kolleg:innen am Patient:innenempfang an.

Wir versuchen, unsere OP-Planung so zu gestalten, dass längere Wartezeiten vermieden werden. In einem Krankenhaus versorgen wir viele Menschen und einige brauchen dringlichere Hilfe als andere. Dies lässt sich nicht planen, daher haben Sie Verständnis, wenn es mal länger dauert. Können wir absehen, wie lange eine OP sich verschiebt, so besprechen wir mit Ihnen, ob z.B. Trinken bis zu einer bestimmten Uhrzeit noch möglich ist oder ob wir die Operation auf einen anderen Tag verschieben.

Unser zertifizierter Behandlungspfad sieht genau vor, welche Schritte im Laufe des Aufenthaltes durchgeführt werden. Je nach OP-Art passiert dies an unterschiedlichen Tagen:

Am Aufnahmetag geben Sie bitte vor der Operation noch eine Urinprobe ab.

Nach der Operation wachen Sie im OP auf und verbringen etwas Zeit im Aufwachraum bis Sie wieder auf Station verlegt werden. In der Operation legen wir in den meisten Fällen einen Blasenkatheter und eine Tamponade in die Scheide. Diese unterstützt die Scheide, verhindert die Bildung von Blutergüssen und eine zu frühe Belastung der Operationswunden. Abhängig von der Art der OP bleiben diese beiden entweder knapp 24 Stunden oder knapp 48 Stunden liegen. Gerade die Tamponade kann sehr drücken, sprechen Sie hier bei Problemen gerne unser Pflegepersonal an, eventuell kann die Entfernung von etwas Material erleichternd wirken. Mit Katheter und Tamponade können Sie sich normal bewegen.

Nachdem beides entfernt wurde, können Sie gerne duschen und normal zur Toilet-

te gehen. Die ärztlichen Kolleg:innen werden Sie an diesem Tag bei der Visite darauf hinweisen, sich nach dem Toilettengang zu melden. Es wird dann ein Ultraschall der Nieren und der Blase durchgeführt, um zu sehen, ob die Blasenentleerung gut klappt. Die Ärzte/Ärztinnen besprechen dann mit Ihnen das Ergebnis.

Bei einigen Operationen empfehlen wir die Unterstützung des Beckenbodens mit einem Pessar. Dies wird v.a. bei Techniken empfohlen, bei denen das Scheidenende/der Uterus mit Netzmaterial wieder gehoben wurde. Haben Sie ein Pessar noch von der konservativen Therapie, bringen Sie ihn bitte mit. Ein Pessar wird durch die Kolleg:innen angepasst und Ihnen das Handling gezeigt.

Bei den meisten Operationsmethoden ist bei unauffälligem Verlauf die Entlassung am vierten oder fünften Tag nach der Operation möglich. Es findet dann am Vortag eine Abschlussuntersuchung statt und wir erläutern Ihnen, wie Sie sich nach der Operation verhalten sollten, um ein zufriedenstellendes und lange anhaltendes OP-Ergebnis zu erhalten. Sie erhalten einen Termin zur Verlaufskontrolle bei uns in der Sprechstunde nach 3 Monaten. In diesem Zeitrahmen findet die Wundheilung statt und wir können das OP-Ergebnis gut beurteilen.

Wir sind jederzeit auch nach Entlassung für Sie da. Bei akuten Problemen über unsere Notaufnahme, bei allen anderen Beschwerden, die mit der OP zusammenhängen könnten, über unser Sekretariat.

- Krankenkassenkarte, Einweisungsschein, wenn nicht bereits vorgelegt
- Bequeme Kleidung, Bademantel, Nachtwäsche
- Rutschfeste Hausschuhe
- Unterwäsche, die man bei hohen Temperaturen waschen kann
- Handtücher
- Alle Kosmetikartikel, die Sie benutzen wollen
- Medikamente, die wir eventuell nicht vorrätig haben könnten und z.B. Inhalationssprays und Insulin-Pens
- 2 x 2 Euro-Stücke für Safe und Schrank
- Gutes Buch und alles, was die Langeweile vertreibt
- Hilfsmittel: Brille, Zahnersatz, Pessar, Rollator, Gehstock, Anziehhilfen

Was sollte ich zuhause lassen?

- Kredit-, EC-Karten, Schmuck und hohe Bargeldmengen (bis auf in der Cafeteria und für Telefon und WLAN müssen Sie im gesamten Haus nichts zahlen).
- Ggf. den Haustürschlüssel auch zuhause lassen

Was kann ich noch machen?

- Zur Vermeidung von Infektionen rasieren Sie sich bitte nicht vor der OP. Wir übernehmen dies, falls notwendig, in der Operation.
- Lassen Sie bitte keine Wertsachen offen liegen, wenn Sie das Zimmer verlassen. Während der Operation bewahren die Pflegekräfte Ihren Schrankschlüssel in einem Briefumschlag gesichert auf, um Diebstahl zu vermeiden.
- Kommen Sie bitte nüchtern zur OP: keine Nahrung sechs Stunden vor der Operation, klare Flüssigkeiten und Rauchen sind bis zwei Stunden vor OP möglich. Welche Medikamente Sie nicht nehmen sollten, haben wir im Rahmen der Vorbereitungen mit Ihnen besprochen.
- Besprechen Sie mit den Pflegekräften, ob Sie eigene Medikamente nehmen möchten oder von uns gestellt bekommen. Dies vermeidet erhöhte Dosierungen genauso wie fehlende Gaben.
- Lassen Sie uns wissen, wenn Schmuck nicht entfernbar ist. Wir versuchen eine Lösung zu finden.
- Reden Sie mit uns. Teilen Sie uns mit, wenn Sie Schmerzen haben, wenn Sie etwas stört, bei Ängsten und natürlich auch, wenn wir etwas gut machen. Wir wollen uns stetig weiterentwickeln, brauchen dafür aber Ihre Rückmeldung.
- Informieren Sie sich über aktuelle Infektionsschutzregelungen auf unserer Internetseite.

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt bei uns!

Das Team der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Was soll ich mitbringen?

Nach der Entlassung

Verhalten nach der OP, Östrogenisierung und Follow -Up

- Während der ersten Tage nach der Operation sollten einige blutverdünnende Medikamente (zum Beispiel ‚Marcumar‘ ‚Clopidogrel‘ ‚Xarelto‘) nur in Absprache mit ihrem behandelnden Arzt/Ihrer Ärztin eingenommen werden.
- In den ersten 6 Wochen sollten Sie nichts Schweres heben: im ersten Vierteljahr nicht mehr als 5 kg, danach langsame Steigerung auf maximal 10-15 kg.
- Duschen ist jederzeit gestattet.
- Vollbäder, Schwimmbadbesuche und Geschlechtsverkehr sollten Sie erst dann vornehmen, wenn die Scheidenwunden abgeheilt sind. Dieses dauert etwa 6 Wochen. In dieser Zeit sollte der Frauenarzt aufgesucht werden, um den Heilungsverlauf zu überprüfen.
- In den ersten 6 Wochen nach der Operation ist es wichtig, für weichen und regelmäßigen Stuhlgang zu sorgen, damit kein Pressen erforderlich wird.
- Eventuelle Unterstützung kann durch Lactulose, Quellmittel, Ballaststoffe und reichlich Flüssigkeitszufuhr erfolgen.
- Scheide, Harnröhre und Blase sind hormonabhängige Gewebe. Daher kann die Heilung nach einer Operation hier mit Östrogen-Scheidenzäpfchen (Östriol) oder Cremes unterstützt werden. Bei netzgestützten Verfahren empfehlen wir eine lebenslange Östrogenisierung.
- Ein regelmäßiges Beckenbodentraining ist sinnvoll. Dieses sollte ca. 6-8 Wochen nach der Operation unter physiotherapeutischer Anleitung wiederaufgenommen werden. Ein vorsichtiges Anspannen des Beckenbodens (Scheide sanft zusammenschließen) ist schon direkt nach der OP erlaubt.
- Sport und vergleichbare Aktivitäten dürfen Sie nach 6-8 Wochen wieder aufnehmen.
- In der Regel besteht Arbeitsunfähigkeit je nach Verfahren zwischen 1 und 6 Wochen. Die Zeitspanne hängt natürlich auch von Ihrer Tätigkeit ab. Eine Krankschreibung erhalten Sie in der Regel von Ihrem niedergelassenen Facharzt/Ihrer niedergelassenen Fachärztin, der/die Sie zur OP überwiesen hat.
- Bei Schmerzen nehmen Sie die empfohlene Medikation ein. Sollte darunter keine Schmerzlinderung eintreten, nehmen Sie mit uns Kontakt auf.

Im Interesse unserer Patientinnen und zur Qualitätskontrolle unserer Behandlung bieten wir Kontrolluntersuchungen zur Erfassung der Operationsergebnisse und Zufriedenheit der Patientinnen an. Wir speisen diese Daten anonym in eine Datenbank ein. So können die Kliniken im Verbund Ihre Ergebnisse bewerten, vergleichen und voneinander lernen.

1. Untersuchung

Stellen Sie sich bitte 3-4 Wochen nach der Operation bei Ihrem/Ihrer niedergelassenen Gynäkologen/Gynäkologin oder Urologen/Urologin vor.

2. Untersuchung nach 3 Monaten

Dies ist die erste qualitätssichernde Nachuntersuchung in der Sprechstunde des Krankenhauses.

3. Untersuchung nach 12 Monaten

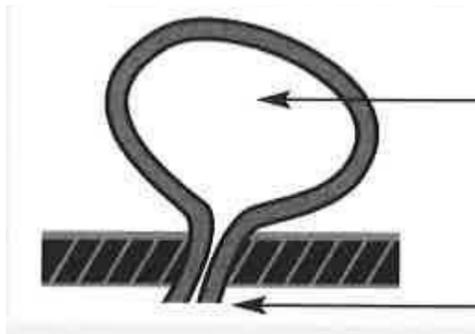
Dies ist die zweite qualitätssichernde Nachuntersuchung in der Sprechstunde des Krankenhauses. Nach 1 Jahr können erste Aussagen über den Langzeiterfolg der jeweiligen Operation gemacht werden, daher ist uns diese Nachuntersuchung besonders wichtig, auch wenn sie als Patientin ihren Eingriff möglicherweise schon „vergessen“ haben, im Alltag beschwerdefrei sind und den Nachsorgetermin persönlich als nicht mehr erforderlich empfinden.

In diesem Sinne: lassen Sie uns gemeinsam an der fortwährenden Verbesserung der Behandlung von Beckenbodenschwäche und Inkontinenz arbeiten.

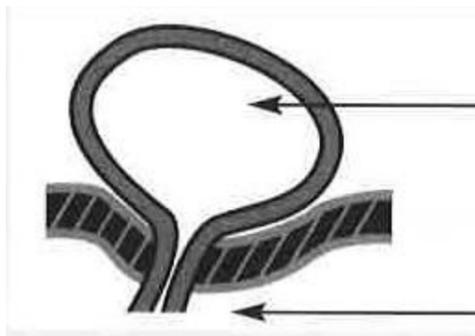
Erste Beckenbodenübungen

Wir zeigen Ihnen hier ein paar Übungen, die Sie zur Unterstützung des Beckenbodens probieren können. Wir empfehlen postoperativ spätestens nach 12 Wochen einen Kurs beckenbodenschonendes Verhalten unter Anleitung eines qualifizierten Beckenbodentherapeuten. Diese finden Sie z.B. unter www.ag-ggup.de (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie im deutschen Verband für Physiotherapie ZVK e.V.). Sprechen Sie Ihre(n) niedergelassene(n) Arzt/Ärztin an, ob eine Verordnungsmöglichkeit per Rezept auf der Basis des Heilmittelkatalogs besteht. Auch Yoga, die Cantienica-Methode, Pilates, Walken, Fahrradfahren und Schwimmen stärken den Beckenboden. Hierzu braucht es eine professionelle Anleitung und ein gutes Körpergefühl. Informationen finden sich dazu zahlreich im Internet.

Die Beckenbodenmuskeln liegen auf der Innenseite des Beckens. Sie umschließen Harnröhre, Scheide und Darmöffnung und kontrollieren zusammen mit den Schließmuskeln die Öffnungen. Sie sorgen auch für die richtige Position der Harnröhre. Sind diese Muskeln zu schlaff, kann die Harnröhre bei Anstrengung sinken und es kommt zum unkontrollierten Harnverlust.



1 Eine kräftige Muskulatur umschließt eng den Blasenausgang.



2 Geschwächte Muskeln können das Absinken der Harnröhre nicht verhindern. Diese Muskeln können Sie gezielt trainieren und damit stärken.

Die Beckenbodenmuskeln stabilisieren auch die Lage der Organe im kleinen Becken. Durch Lageveränderungen bei schlaffen Muskeln kann es zu Schmerzen, Fremdkörpergefühl und Entleerungsstörungen von Blase und Darm kommen.

Wie trainiere ich die richtigen Muskeln?

Bevor Sie mit Ihrem Beckenbodentraining beginnen, ist es wichtig, die richtige Muskelpartie zu erkennen. Folgende Übung dazu:

- Setzen Sie sich auf einem Stuhl gerade hin und legen Sie die Hände unter Ihren Po.
- Kneifen Sie die Schließmuskeln zusammen, als wollten Sie den Harnstrahl anhalten.
- Wenn Sie die richtigen Muskeln zusammengezogen haben, spüren Sie eine leichte Hebung der Muskeln nach oben und innen unter dem Becken.
- Andere Körperteile (Po, Bauch, Innenseiten der Oberschenkel) sollten dabei nicht bewegt werden.
- Kein Gefühl? Mit Hilfsmitteln klappt es vielleicht besser: vaginal eingeführte Tampons, spezielle Pessare aus der Drogerie oder Sanitätshaus oder auch der Elvie-Trainer (App-gesteuerter Beckenbodentrainer) können helfen. Alternativ suchen Sie eine Beckenbodentherapeutin auf (Adressen s.o.)

Richtige Muskelpartie erkannt? Dann kann es losgehen:

- Die Muskeln so stark wie möglich anspannen, ohne dabei andere Muskelpartien zu beanspruchen. Bis zu 10x wiederholen.
- Versuchen Sie, die Muskeln für jeweils 6-8 Sekunden anzuspannen.
- Die Übungen 3x täglich durchführen.

Intensiveres Beckenbodentraining:

- Muskeln 8 Sekunden zusammenziehen. Im Anschluss versuchen, die Muskeln mit 3-4x raschem Zusammenziehen noch weiter zu verschließen.

Übungen für den Beckenboden

Es gibt verschiedene Stellungen, die Ihnen helfen, Ihre Beckenbodenmuskeln zu trainieren. Wählen Sie einfach die Stellung, in der Sie die Beckenbodenmuskeln am besten anspannen können, ohne andere Muskeln zu nutzen. Manche Menschen sind in Ihren Positionen durch weitere Erkrankungen in der Beweglichkeit eingeschränkt. Auch hier gilt: nehmen Sie die Stellung, die Ihnen möglich ist.

Kann das jeder?

Ja! Es ist nie zu spät, mit Beckenbodentraining anzufangen. Ob sie mit 40 oder 70 Jahren beginnen, wichtig ist nur, dass Sie die Übungen regelmäßig durchführen. Machen Sie die Gymnastik zu einem Teil Ihres täglichen Lebens – wie das Zähneputzen.

Notizen und Fragen

Hier ist Platz für Ihre Notizen und ggf. noch offenen Fragen.



2 Sie legen sich auf den Bauch und winkeln ein Bein an. Spannen Sie so Ihre Beckenmuskeln an.

3 Sie hocken sich auf die gespreizten Knie und Ellbogen, Fußspitzen zusammen. Kopf auf die Hände. Nun ziehen Sie die Beckenbodenmuskeln zusammen.



4 Rückenlage, Beine angewinkelt, Füße weit auseinander. Mit den Händen an Gesäß und Bauch kontrollieren Sie die Muskelpartien, die nicht beansprucht werden sollen. Spannen Sie nun die Beckenbodenmuskeln an.



5 Schneidersitz und den Rücken schön gerade. Jetzt die Beckenbodenmuskeln nach oben und innen heben.



6 Beine leicht gebeugt und gespreizt. Stützen Sie sich mit den Händen auf die Oberschenkel, dabei sollte der Rücken gerade bleiben. Ziehen Sie die Beckenbodenmuskulatur nach oben und innen.

Wenn Sie etwas Schweres heben, spannen Sie Ihre Beckenbodenmuskeln an!

Tipps für eine gesunde Blase

Durch kleine Maßnahmen können Sie Ihrer Blase etwas Gutes tun und Ihre Therapie tatkräftig unterstützen.

Bei jeder Form der Inkontinenz muss auf alle Fälle zunächst mit einem Arzt/ einer Ärztin gesprochen werden. Und doch können Sie selbst auch eine Menge tun und beachten, um sich das Leben zu erleichtern. Eine gute Voraussetzung hierfür ist eine gesunde Lebensführung.

Bewegung und Erholung

- „Licht und Luft gibt Kraft“: diese Volksweisheit gilt auch bei Inkontinenz. Ausgedehnte Spaziergänge und sportliche Betätigung an der frischen Luft beeinflussen den Stoffwechsel erwiesenermaßen positiv.
- Tragen Sie bequeme Kleidung, die nicht beengt und die Durchblutung nicht behindert.
- Machen Sie Übungen zur Stärkung des Beckenbodens. Achten Sie aber darauf, dass diese korrekt ausgeführt werden. Beckenbodentraining kann unabhängig von Alter und Begleiterkrankungen durchgeführt werden und beugt auch in jungen Jahren, besonders für Leute in „Sitzberufen“ einer Harninkontinenz vor.
- Sorgen Sie für ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Belastungs- und Erholungsphasen im Tagesablauf, dadurch vermeiden Sie Belastungen und Verkrampfungen des Beckenbodens.
- In Erholungsphasen sollte eine entspannende und entstauende Körperhaltung eingenommen werden.

Essen und Trinken

- Mit einer gesunden Ernährung verhindern Sie Belastungen des Beckenbodens durch Verdauungsstörungen, Kreislaufbeschwerden und Übergewicht.
- Denken Sie auch bei Blasenschwäche an ausreichende Flüssigkeitszufuhr. Trinken Sie nach Durstgefühl, zwischen 1,5 und 2 Liter pro Tag. An heißen Tagen und bei Belastung auch mehr.
- Schränken Sie, wenn möglich, Ihren Alkoholkonsum ein und nehmen Sie auch weniger Tee, Kaffee und koffeinhaltige Limonaden zu sich, wenn Ihre Flüssigkeitsaufnahme nur aus diesen Getränken bestehen sollte.
- Steigern Sie die Ballastmenge in der Nahrung mit viel Gemüse, Salat bzw. faserreichem Obst (z.B. Orangen, Ananas). Sie reduzieren damit nicht nur die Belastung für den Beckenboden, sondern reduzieren auch das Risiko für eine Darmerkrankung.

„Stilles Örtchen“

- Gehen Sie nicht „nur zur Sicherheit“ auf die Toilette und halten Sie auch nicht zu lange an. Versuchen Sie die goldene Mitte zu finden. Hocken Sie sich nicht über den Toilettensitz, sondern setzen Sie sich. Es gibt inzwischen in allen Drogeriemärkten und in den meisten Toiletten Desinfektionstücher zur Reinigung der Toilettenbrille.
- Einlagen für Blasenschwäche sollten am Tag dreimal gewechselt werden. Müssen Sie die Einlage häufiger wechseln, dann sollten Sie eine Einlage mit einer höheren Saugleistung nehmen, wenn möglich.
- Falls Sie einen plötzlichen Harndrang unauffällig und schnell lindern möchten, beu-

gen Sie den Oberkörper nach vorne und unten. Dabei können Sie beispielsweise die Schnürsenkel der Schuhe neu binden. Die vorn übergebeugte Haltung ändert die Druckverhältnisse im Bauchraum und der Harndrang verringert sich.

Sonstiges

- Versuchen Sie bei allen Tätigkeiten eine aufrechte Körperhaltung zu bewahren.
- Vermeiden Sie hohe Absätze und tragen Sie lieber bequemes Schuhwerk.
- Vermeiden Sie das Heben oder Tragen von schweren Gegenständen: „zu zweit trägt sich vieles leichter“.

Bei allen Empfehlungen aber wichtig: sie müssen sich damit wohlfühlen und eine für Sie zufriedenstellende Lebensqualität aufbauen. Fühlen wir uns gut bei unseren Veränderungen, fällt uns die Umsetzung viel leichter.

Hilfsmittel und Pflege

Die Versorgung mit Inkontinenz-Hilfsmitteln ist kein Ersatz für die Therapie. Richtig eingesetzt in Verbindung mit einer Therapie können sie jedoch die Situation für Sie erheblich verbessern.

Ein vielfältiges Hilfsmittelangebot ermöglicht es heute, fast jede harninkontinente Patientin zufriedenstellend zu versorgen.

Die Auswahl reicht von kleinen, anatomisch geformten Einlagen bis hin zu Tag- und Nachteinlagen mit hohen Saugstärken.

Für Patientinnen mit Blasen- und Mastdarmvorfall sind anatomisch geformte Einlagen (Würfel oder Pessare) entwickelt worden, die nach Einführen in die Scheide den Prolaps (Vorfall) zurückdrängen. Pessare können für betagte oder operationsunwillige Patientinnen einen Ausweg darstellen.

Was Sie bei der Wahl eines Inkontinenz-Hilfsmittels bedenken sollten:

- Art und Schwere der Inkontinenz: Ihre Wahl von Hilfsmitteln sollte von der Häufigkeit und dem Umfang des Harnverlustes bestimmt werden.
- Persönlicher Lebensstil: Individuelle Bedürfnisse bezüglich der Erfordernisse am Arbeitsplatz, zu Hause sowie im Freundeskreis können die Wahl Ihrer Inkontinenz-Hilfsmittel beeinflussen.
- Mobilität, Reisen und manuelle Geschicklichkeit: Der Grad Ihrer Unabhängigkeit, die Toilette zu erreichen und Inkontinenz-Hilfsmittel wechseln zu können, sollte berücksichtigt werden.
- Verfügbarkeit und Versorgung von Produkten: Einige Inkontinenz-Hilfsmittel sind vor Ort zu erhalten, zum Beispiel in Supermärkten oder Drogerien, während man andere besser über medizinische Speziallieferanten bezieht. Hier kommt es auch darauf an, mit welchem Anbieter Ihre Krankenkasse einen Versorgungsauftrag abgeschlossen hat, wenn Inkontinenzmaterial auf Rezept verordnet wird.
- Entsorgungsbedarf und -einrichtungen: Die meisten Wegwerfprodukte können in den normalen Hausmüll entsorgt werden. Wenden Sie sich an Ihren Gemeinderat, falls Sie irgendwelche Bedenken haben. Inkontinenz-Materialien sollten niemals in der Toilette heruntergespült werden.
- Waschanleitungen: Die Hersteller informieren über die Pflege ihrer wieder verwendbaren Produkte. In den meisten Fällen finden sich Waschanleitungen am Produkt oder in der Verpackung.
- Wer zahlt für Inkontinenz-Hilfsmittel? Inkontinenz-Hilfsmittel können teuer sein. In vielen Fällen müssen die Verbraucher die Kosten selber tragen. Für Anspruchsberechtigte übernehmen möglicherweise die Krankenkassen die Kosten für Inkontinenz-Hilfsmittel. Für eine Beratung über Anspruchsberechtigung sowie die Arten verfügbarer Hilfsmittel wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse, Ihren Arzt/Ihre Ärztin, Apotheker:in oder an ihr Sanitätshaus.

Welche Arten von Hilfsmitteln gibt es?

- Feuchtigkeitsaufsaugende Binden, Windeln und Höschen: Diese Produkte haben den Zweck, Urin aufzusaugen. Sie sind in verschiedenen Größen und unterschiedlicher Saugstärke erhältlich. Einige Binden sind Wegwerfprodukte und nur für den einmaligen Gebrauch gedacht. Andere Binden und Teile sind wieder verwendbar,

diese können gewaschen und viele Male benutzt werden. Um Geruch zu vermindern und die Wirksamkeit voll auszunutzen, wird empfohlen, dass die Binden entweder durch fest anliegende Unterwäsche oder durch besonders dafür entworfene Hosen fest in der richtigen Lage gehalten werden.

- Feuchtigkeitsaufsaugende Bettlaken und Sesselbezüge: wieder verwendbare und wegwerfbare Bett- und Sesselschutzbezüge sind in Apotheken, Sanitätshäusern und im Internet erhältlich. Die Produkte sind so konstruiert, dass die Feuchtigkeit in die Materialschichten hinein und von der Haut weggesaugt wird. Sie können eingesetzt werden, um den Harnverlust direkt aufzufangen oder um zusätzlichen Schutz zusammen mit anderen Inkontinenz-Hilfsmitteln zu bieten.
- Beutelabfluss und Katheter: Diese Produkte erlauben den Abfluss des Urins in einen Sammelbehälter, wie beispielsweise Beinabflussbeutel. Ihr(e) Kontinenzberater:in kann Ihnen die notwendigen Informationen geben und Ratschläge erteilen über die zweckmäßigste Art und Größe des benötigten Produkts.
- Hilfsmittel zur Toilettenbenutzung: Diese können benutzt werden, um Phasen von Inkontinenz zu verhindern oder zu begrenzen. Die Hilfsmittel zur Toilettenbenutzung schließen Urinflaschen, Bettpfannen und Toilettenstühle ein, sowie empfehlenswerte Änderungen in Ihrer Lebensumgebung, wie z.B. Geländer und erhöhte Toilettensitze.
- Auch bei Stuhlinkontinenz kommen verschiedene Hilfsmittel in Frage: es gibt auch hier Pessare, Tampons und Inserts, die eine Verbesserung der Lebensqualität ermöglichen.

GesundheitPro

www.gesundheitpro.de/Harninkontinenz

Seriöse Ratgeber und aktuelle Informationen rund um Ihre Gesundheit im Online-Service des bekannten Gesundheits-Magazins der Apotheken Umschau.

Lifeline – Schwerpunktthema Harninkontinenz

www.special-harninkontinenz.de

Vielfältige Informationen, unter anderem zum Thema Inkontinenz. Ein Expertenrat und ein großer Service-Bereich runden das Angebot ab.

Kleines Lexikon

Damit keine Missverständnisse aufkommen: wenn wir unverständliche Fachwörter benutzen, dürfen und sollen Sie uns jederzeit fragen, was wir damit eigentlich sagen wollen. Ergänzend haben wir hier ein kleines Lexikon mit einer Auswahl der gebräuchlichsten Fremdwörter angelegt, in dem Sie ungewohnte Begriffe jederzeit in Ruhe noch einmal nachschlagen können.

A

Anal

Den After (verschießbare Mündung des Enddarmes) betreffend.

Anamnese

Vorgeschichte des Kranken, die für eine medizinische Diagnose oft von großer Bedeutung ist.

Anatomie

Die Wissenschaft vom Bau und der Form der Lebewesen.

Antibiotika

Arzneimittel, die Bakterien abtöten oder deren Wachstum hemmen und zur Behandlung von durch Mikroorganismen verursachten Infektionskrankheiten eingesetzt werden.

Atrophie

Schrumpfung von Organen, Muskeln oder des ganzen Körpers, verursacht durch Ernährungsstörungen, Altern, Erkranken oder auch durch Nichtgebrauch.

B

Beckenboden

Der Beckenboden besteht aus drei Muskelschichten, die wie ein Trampolin zwischen Steißbein, Schambein sowie rechtem und linkem Sitzknochen gespannt sind. Der Beckenboden stützt alle Organe des kleinen Beckens und den gesamten Rumpf.

Beckenbodentraining

Gezieltes Training zur Stärkung des Beckenbodens. Die Stärkung der Muskulatur des Beckenbodens trägt zur Erhöhung der

Verschlusskraft der Blase bei.

Biofeedback-Verfahren

Ermöglicht die Kontrolle des Beckenbodentrainings: Über eine Sonde wird die Bewegung der Muskulatur sichtbar oder hörbar gemacht.

C

Chronisch

Langwierig.

Conduit

Für das Conduit wird ein 10-15 cm langes Darmsegment verwendet, das auf der einen Seite die beiden Harnleiter aufnimmt. Die andere Seite wird aus der Bauchdecke in einer Öffnung ausgeleitet.

Cystocele

Blasensenkung.

D

Damm

Anatomische Bezeichnung des Gebietes zwischen den äußeren Geschlechtsteilen und dem After.

Detrusor

Der große Muskel der Blasenwand, der sich bei Füllung der Blase dehnt, so dass Harn in die Blase aufgenommen und gespeichert werden kann und bei Entleerung der Blase kontrahiert, um den Urin auszutreiben.

Diabetes mellitus

Wird im Volksmund auch Zuckerkrankheit genannt. Diabetes mellitus (mellitus=honigsüß) ist eine Stoffwechselstörung, bei der das Hormon Insulin nicht mehr ausreichend in der Bauchspeicheldrüse gebildet wird.

Dranginkontinenz

Unwillkürlicher Urinverlust nach einem plötzlichen, starken Harndrang.

E

Ektopie, Ectopia

Fehllage eines Organs.

Elektromyografie

Messung der Aktivität der Beckenbodenmuskulatur und des Blasenschließmuskels

über spezielle Elektroden.
Endoskop
Sammelbezeichnung für Spiegelinstrumente, die mit Linsen und winzigen Beleuchtungskörpern versehen sind und eine Besichtigung von Hohlorganen (wie Harnröhre, Luftröhre, Speiseröhre, Magen, Mastdarm) ermöglichen.
Endoskopie
Untersuchung von Körperinnenräumen mit einem Endoskop.
Extraurethrale Inkontinenz
Seltene Form der Harninkontinenz, bei der Urin durch eine Fistel oder aufgrund einer Missbildung aus der Blase gelangt.

F
Fascia, Faszie
Sehnenartige Hülle um Muskeln.
Fistel
Krankhafte kleine Gänge, die sich im Körperinneren bilden können. Der Urin kann etwa durch die Scheide oder den Darm nach außen gelangen.
Flow-EMG
Druck-Fluss-Messung.
Genitale, Genitalien
Geschlechtsorgane.
Gynäkologie
Frauenarzt; Facharzt für Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane.

H
Harnwegsinfekt
Meist durch Bakterien hervorgerufene Entzündung der Harnwege.

I
Ileum
Teil des Dünndarms, der in den Dickdarm mündet.
Indikation
Der Grund, ein bestimmtes diagnostisches oder therapeutisches Verfahren anzuwenden.
Inkontinenz
Unwillkürlicher Harnverlust; unwillkürlicher Stuhlverlust.

Insuffizienz
Unzureichende Leistung eines Organs.

K
Katheter
Röhrenförmige Instrumente aus Plastik, Gummi oder anderen Stoffen zur Ableitung von Flüssigkeiten aus dem Körperinneren (z. B. Urin).
Katheterismus
Einführung eines Katheters in ein Hohlorgan (z. B. Harnröhre).
Konservative Behandlung
Allgemein nicht operative Behandlungsformen. Bei Harninkontinenz sind dies vor allem Beckenbodentraining und Medikamente.
Kontinenz
Die Fähigkeit, den Abgang von Urin oder Stuhl willentlich beeinflussen zu können (Gegenteil von Inkontinenz).
Kontraktion
Zusammenziehen eines Muskels. Beispiel: Das Zusammenziehen des Blasenmuskels zum Halten des Urins.

L
Leukozyten
Weiße Blutkörperchen mit vielen Unterarten. Spielen eine wichtige Rolle in der Bekämpfung von Krankheitserregern.

M
Meatus
Mündung der Harnröhre.
Miktion
Der medizinische Fachausdruck für den Vorgang des Wasserlassens. Für die natürliche Entleerung der Blase ist ein Zusammenspiel der harnaustreibenden Muskulatur (medizinisch: Detrusor) und des Schließmuskels (medizinisch: Rhabdosphinkter) der Harnröhre verantwortlich.
Mischinkontinenz
Form der Harninkontinenz, bei der Symptome der Belastungsinkontinenz und der Dranginkontinenz gemeinsam auftreten.

N
Neuropathie
Nervenleiden.
Neurotransmitter
Im Nervensystem wirkende Substanz, die als Informations- und Signalüberträger fungiert. Impulse werden von einer Nervenzelle zur nächsten weitergegeben, indem diese Botenstoffe in den Zwischenraum zwischen zwei Nervenzellen ausgeschüttet werden und an die passenden Rezeptoren der benachbarten Zelle andocken.
Noradrenalin
Hormon des Nebennierenmarks, das als Neurotransmitter Signale von Nervenzellen weiterleitet.

O
Obstruktion
Verstopfung, Verlegung, Verbauung von Hohlorganen des Körpers.
Östrogen
Ein weibliches, von den Eierstöcken produziertes Hormon.

P
Parkinsonsche Krankheit
Chronische Störung des Zentralnervensystems, charakterisiert durch Verlangsamung und Bewegungsarmut, Muskelsteifheit und Zittern.
Pessar
Flexibler Kunststoffring oder -würfel, der in die Scheide eingeführt wird und die Beckenorgane stützt.
Prävention
Vorbeugung/Verhütung von Krankheiten.
Prostata
Eine Drüse, die nur bei Männern vorkommt und deren Funktion darin besteht, dem Sperma ein Sekret zuzusetzen. Die Prostata umgibt die Harnröhre direkt unterhalb der Blase.

R
Radiologie
Ist das Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Anwendung von Strahlen zu diag-

nostischen Zwecken befasst. Traditionell werden in der Radiologie Röntgenstrahlen verwendet. Darüber hinaus kommen andere ionisierende Strahlen, wie Gammastrahlung oder Elektronen zum Einsatz.
Reflexinkontinenz
Harninkontinenz infolge bestimmter Nervenkrankheiten. Die Übertragung von Signalen zwischen Gehirn und Blase ist gestört. Die Blase entleert sich reflexartig und ohne willentliche Kontrolle.
Reflux
Rückfluss von der Harnblase in die Niere.
Rezeptoren
Eine winzige Struktur auf der äußeren Oberfläche einer Zelle, an der jeweils nur eine ganz bestimmte, ausgewählte Substanz andocken und gebunden werden kann; viele chemische Verbindungen, die von Natur aus im menschlichen Körper vorkommen, müssen sich an ihren jeweiligen speziellen Rezeptor heften, um ihre Wirkung entfalten zu können.

S
Schließmuskel
Ein Muskelring, der am Ausgang einer natürlichen Öffnung eines Organs oder einer Röhre als Ventil fungiert.
Serotonin
Im Nervensystem wirkende Substanz, die als Informations- und Signalüberträger von einer Nervenzelle zur anderen fungiert. Dieser sogenannte Neurotransmitter beeinflusst u.a. die Kontraktion des Harnröhrenschließmuskels.
Sonographie
Ultraschalluntersuchung.
Spasmolytika
Medikamente, die einen vermehrten Spannungszustand glatter Muskulatur (einen Krampf) herabsetzen.
Sphinkter
Schließmuskel.
Stenose
Verengung.
Stoma
Operativ hergestellte Öffnung an einem

Hohlorgan (z. B. Blase oder Darm) zur Körperoberfläche.

Stress-Inkontinenz

Erkrankung, bei der der Betroffene beim Husten, Niesen, Lachen und Sporttreiben sowie beim Heben schwerer Gegenstände oder bei anderen Tätigkeiten, bei denen Druck auf die Blase ausgeübt wird, unwillkürlich Harn verliert.

Symphyse

Verschmelzungsstelle von linkem und rechtem Schambein.

T

Tissue engineering

Gewebeersatz, z. B. Verstärkung des Schließmuskels mit körpereigenen Muskelzellen.

Tumor

Geschwulst; im weiteren Sinn jede Schwellung am Körper. Häufiger wird der Begriff jedoch für krankhafte Neubildungen von Geweben gebraucht. Unterschieden werden gutartige (Angiom aus den Blutgefäßen, Fibrom aus dem Bindegewebe, Adenom aus den Drüsen, Lipom aus dem Fettgewebe, Osteom aus dem Knochengewebe sowie Myom aus dem Muskelgewebe) und bösartige Geschwülste.

TVT /TOT-Methode

Bei diesem Operationsverfahren wird ein spezielles Kunststoffband spannungsfrei um die Harnröhre gelegt, wodurch deren Verschlusskraft wiederhergestellt wird.

U

Überlaufinkontinenz

Wenn der Urin durch ein Hindernis unter der Blase nicht richtig abfließen kann und die Blase schließlich überläuft.

Ultraschall

Bildgebendes Verfahren, das ganz ohne Strahlen auskommt. Ein kleiner Tonerzeuger (Schallkopf), den man auf die Körperoberfläche aufsetzt, ruft sozusagen in den Körper hinein. Das Echo der zurückgeworfenen Schallwellen misst das Gerät und kann so aus der Menge und der

zeitlichen Abfolge der Schallechos Bilder erzeugen.

Urethra

Harnröhre; Die Harnröhre ist ein etwa bleistiftdicker Gang, durch den der Urin aus der Blase nach außen gelangt. Sie ist bei Frauen 2,5 bis 5 cm, bei Männern 20 bis 25 cm lang.

Urethrozystotonometrie

Druckprofilmessung; gleichzeitige Messung des Drucks in Blase und Harnröhre über spezielle Sonden. Die Methode liefert dem Mediziner Informationen über das Funktionieren des Blasenverschlusses.

Urge-Inkontinenz

Dranginkontinenz.

Urodynamik

Lehre von Harntransport und Harnentleerung, computergestützte Blasendruckmessung.

Uroflowmetrie

Harnflussmessung.

Z

Zystometrie

Blasendruckmessung; Messung des Drucks in der Blase in verschiedenen Füllungszuständen. Über einen dünnen Schlauch (Katheter) wird die Blase langsam mit Flüssigkeit gefüllt und dabei mehrfach der entstehende Druck gemessen. Der Arzt erfährt so Details über die Muskeln, die am Austreiben des Harns beteiligt sind. Er stellt auch fest wie viel Urin die Blase aufnehmen kann.

Zystoskopie

Blasenspiegelung; Untersuchung der Blase über das so genannte Zystoskop - ein dünnes, schlauch- oder röhrenförmiges Instrument, das durch die Harnröhre eingeführt wird. Dient der Erkennung krankhafter Veränderungen der Blaseninnenwand wie z. B. Entzündungen oder Blutungen.

Zytologie

Lehre vom Aufbau und Aussehen der verschiedenen Zellen.

Allgemeine Informationen zu Senkung und Inkontinenz

Wenn die Blase nicht mehr dicht hält...

Ungewollter Verlust von Urin betrifft jede dritte Frau über 55 Jahren und jede vierte Frau nach der Entbindung eines Kindes. Trotz dieser enormen Verbreitung wird das Thema von den Betroffenen meist noch nicht einmal im engsten Freundes- und Familienkreis angesprochen.

Definition*

Inkontinenz ist der unwillkürliche Verlust von Urin und/oder auch Kot in einem ungeeigneten Augenblick oder an einem ungeeigneten Ort. Die austretende Menge kann sehr gering, aber auch erheblich sein.

* gemäß ACA (Association of Continence Advisors)



Die allgemeine Lebensqualität der betroffenen Frauen ist oft stark eingeschränkt: Soziale Kontakte werden aus Sorge, die Umgebung könnte die Inkontinenz bemerken, vermieden. Auch das Sexualleben kann leiden.

Insgesamt werden in Deutschland rund fünf Millionen Menschen wegen einer Harninkontinenz medizinisch betreut.

Beide Geschlechter sind betroffen, Frauen jedoch 2-bis 3-fach häufiger als Männer.

Wesentliche Gründe für die höhere Anzahl an betroffenen Frauen sind z.B.

Schwangerschaften bzw. Geburten, erbliche Faktoren wie Bindegewebschwäche oder die hormonelle Umstellung in den Wechseljahren und damit einhergehende Erschlaffung der Beckenbodenmuskulatur.

Keine Frau muss eine Harninkontinenz einfach nur hinnehmen.

Es gibt heutzutage viele erfolgreiche Behandlungsmethoden, um das Problem zu beseitigen.

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin!

Die Harnblase und ihre Funktion

Die Harnblase hat die Aufgabe, den Harn zu sammeln. Das Fassungsvermögen beträgt durchschnittlich 350 – 600 ml.

Die Steuerung der Harnblasenentleerung erfolgt durch ein fein abgestimmtes Geschehen willkürlicher und unwillkürlicher Nervenaktivität. Nicht umsonst lernen wir die Kontrolle darüber erst ab dem 3. Lebensjahr.

Die natürliche Harnentleerung (Miktion)

Bei einem bestimmten Füllungsgrad, der sehr unterschiedlich sein kann, werden sensible Dehnungsrezeptoren in der Blasenwand aktiviert. Diese Impulse werden über das Rückenmark an das Gehirn weitergeleitet und das Gehirn registriert „Harndrang“. Zur Kontinenz, also zum „Dichthalten“ ist es erforderlich, dass außer der Beckenboden-, Schließmuskel- und Blasenwandmuskulatur auch das beteiligte bewusste und das unbewusst gesteuerte (reflektorische) Nervensystem abgestimmt funktionieren.

Harninkontinenz

Bei einer Harninkontinenz oder einer Blasenschwäche ist die Sammel- und Entleerungsfunktion Harnblase gestört. Eine Schließmuskelschwäche steht dabei oft im Vordergrund. Insbesondere die sogenannte Belastungsinkontinenz bereitet Frauen Probleme, doch gerade diese Form kann erfolgreich therapiert werden.

Schwangerschaften, Unterleibsoperationen und die mit dem Alter zunehmende Gewebeschwäche mindern die Verschlusskraft der Schließmuskeln.

In den Wechseljahren verändern sich zudem die Schleimhäute im Unterleib. Weil der Hormonspiegel absinkt, werden sie trockener, dünner und verletzlicher. Auch die Scheidenwände erschlaffen und die Beckenbodenmuskulatur verliert an Kraft. Deshalb sinkt die Blase ab und der „Verschlussapparat“ versagt zunehmend.

Die Funktion der Harnblase selbst bleibt trotz der Veränderungen erhalten. Rezeptoren melden weiterhin den Füllungsgrad der Blase an das Gehirn. Willentlich kann sie entsprechend weiter entleert werden.

Jedoch können Husten, Niesen oder auch Lachen plötzlich unangenehme Folgen haben. Die Verschlusskraft der Muskeln reicht für die plötzliche Druckveränderung nicht mehr aus. Unfreiwillig kommt es zu einem Urinverlust.

Wann liegt eine Harninkontinenz vor?

Die Deutsche Gesellschaft für Inkontinenzhilfe hat eine Klassifikation der Inkontinenz für Patienten erarbeitet:

- **Sporadische Harninkontinenz:** Verlust von weniger als 10 ml/h (das entspricht ca. dem Inhalt eines Fingerhuts)
- **Belastende Harninkontinenz:** Verlust von weniger als 25 ml/h (dem Inhalt eines Schnapsglases entsprechend)
- **Schwere Harninkontinenz:** Verlust von weniger als 50 ml/h (dem Inhalt einer halb gefüllten Kaffeetasse entsprechend)
- **Absolute Harninkontinenz:** Verlust von mehr als 50 ml/h

Zusätzlich ist es für die Beurteilung des Schweregrades der Inkontinenz von Bedeutung, ob eine kombinierte Harn- und Stuhlinkontinenz vorliegt.

Einflussfaktoren

Harninkontinenz kann durch Vorerkrankungen der Blase und durch eine Vielzahl anderer Einflussfaktoren verursacht werden.

Vorerkrankungen der Harnblase als begünstigender Faktor für Harninkontinenz

- Häufige Irritationen der Harnblase mit Harndrang
- Häufige Harnwegsinfekte können eine vorübergehende Blasenschwäche bedingen
- Unvollständige Entleerung der Harnblase mit Restharnbildung

Allgemeine Einflussfaktoren

- Stresssituationen körperlicher, psychischer oder sozialer Art
- Vorausgegangene Schwangerschaften
- Allgemeine Bindegewebsschwäche
- Blasen- oder Enddarmvorfall
- Hormonumstellung in den Wechseljahren
- Alter
- Kontrollverlust bei geistigem Abbau
- Erkrankungen wie z.B. Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, Zerebralsklerose, Alzheimer Erkrankung, Parkinson'sche Krankheit
- Schlaganfall mit Blasenfunktionsstörung oder Verlust der Kontrolle der Schließmuskulatur.
- Bandscheibenvorfälle mit Beeinträchtigung der neuralen Steuerung des Blasen- und Enddarmschließmuskels
- Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks als Unfallfolge
- Voroperationen und/oder Strahlentherapie im kleinen Becken

Ist eine Harninkontinenz vermeidbar?

Nicht in allen Fällen kann einer Harninkontinenz vorgebeugt werden. Jedoch können insbesondere Frauen Besserung erzielen, wenn sie bei bestehendem Übergewicht Gewicht reduzieren, denn durch eine Gewichtsreduktion wird der Druck auf den Beckenboden verringert.

Eine Stärkung der Beckenbodenmuskulatur durch regelmäßige Beckenbodengymnastik, zunächst unter fachkundiger Anleitung, sollte bereits bei leichter Beckenbodenschwäche durchgeführt werden. Um eine Verschlimmerung zu verhindern, sollte in jedem Fall frühzeitig der Rat eines Arztes eingeholt werden.

Harninkontinenz ist in den meisten Fällen heilbar bzw. lässt sich deutlich vermindern.

Formen der Harninkontinenz

Die Harninkontinenz wird nicht von jeder Frau gleich wahrgenommen und entsteht durch unterschiedliche Störungen im Bereich des gesamten unteren Harntraktes, einschließlich der steuernden Nerven.

Sie tritt in fünf verschiedenen Formen auf. Am häufigsten kommen bei Frauen die Belastungsinkontinenz (60%) und die Dranginkontinenz (10-20 %) vor. Auch eine Mischform beider ist nicht selten. Die Diagnostik und Therapie sind für die unterschiedlichen Formen und für jede Patientin individuell zu gestalten.

A. Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)

Ursache der Belastungsinkontinenz ist eine Schwäche des Blasenschließmuskels und der Muskulatur des Beckenbodens.

Belastungsinkontinenz wird im internationalen Sprachgebrauch auch als „stress incontinence“ bezeichnet. Dabei steht das englische Wort „stress“ für „Druck“. Wenn wir husten, nießen, lachen, schwer heben oder uns körperlich betätigen, steigt der Druck im Bauchraum und wird so an die Blase weitergegeben.

Übersteigt der Druck auf die Blase die Verschlusskraft des Blasenschließmuskels, kommt es zum ungewollten Harnverlust. Die Belastungsinkontinenz wird in drei verschiedene Grade unterteilt

- Grad I: Geringer Urinverlust bei hoher Belastung (Husten, Niesen, Lachen)
- Grad II: Deutlicher Urinverlust bei mittlerer Belastung (Treppensteigen, Heben, Aufstehen)
- Grad III: Urinverlust im Stehen oder Liegen, bereits ohne Belastung

Wichtig zu wissen:

Bei leichten Formen der Belastungsinkontinenz reicht häufig ein gezieltes Training der Beckenbodenmuskulatur aus, um die Beschwerden zu lindern.

Auch Medikamente können in dieser Phase beschwerdemindernd wirken

B. Die motorische Dranginkontinenz [Engl. Urge-Incontinence oder auch over-active bladder (OAB)]

Die Dranginkontinenz wird in ihrer motorischen Form durch eine Überaktivität des Blasenmuskels (Detrusor Vesicae) verursacht.

Normalerweise ist der Blasenmuskel insgesamt während der Füllung der Blase entspannt. Wird er jedoch schon bei relativ geringer Füllung der Blase aktiv, entsteht eben auch verfrüht der Drang, Wasser zu lassen. Dieses kann durch psychische Anspannung zusätzlich verstärkt werden.

Durch eine zunehmende Anspannung des Schließmuskels wird dem - durch die unwillkürliche Anspannung der Blasenmuskulatur ausgelösten - Harndrang Widerstand entgegengebracht, um Urinabgang zu verhindern. Übersteigt jedoch der Druck in der Blase den Schließmuskeldruck, so geht ungewollt Urin ab.

Der Schließmuskel selbst ist bei der Dranginkontinenz vollkommen intakt.

C. Die sensorische Dranginkontinenz

Sie wird durch mangelnde Dehnbarkeit des Blasenmuskels verursacht. Die Blase entwickelt schon bei geringer Füllung eine Drangproblematik - der untere Anteil der Blase ist daran nicht beteiligt.

Die Diagnose der Dranginkontinenz wird durch die Erhebung der Krankengeschichte, eine körperliche Untersuchung und durch eine Urodynamik (Messung des Blasen- und Schließmuskeldrucks während der Blasenfüllung und -entleerung) diagnostiziert.

Die Dranginkontinenz kann als Folge von chronischen Harnblasenentzündungen, langanhaltender Obstruktion (Verlegung) des Blasenauslasses, Tumoren, bestimmter Medikamente oder auch einer Strahlentherapie auftreten.

Es sind jedoch auch rein psychovegetative Ursachen möglich.

Die Therapie der Dranginkontinenz erfolgt in der Regel mit Medikamenten. Diese bewirken eine Entspannung des Blasenmuskels und verringern somit den Harndrang. Natürlich muss ausgeschlossen werden, dass z.B. Tumore, Infekte oder eine Verengung oder Verlegung der Harnröhre bestehen, bevor therapiert werden kann.

D. Überlaufinkontinenz

Wird die Blasenentleerung durch eine Verlegung, Abknickung oder Enge des Blasenhalsses oder der Harnröhre behindert, kann die Blase trotz normaler Funktion von Schließ- und Blasenmuskel nicht ausreichend entleert werden. Der Urin muss immer gegen ein Hindernis ausgetrieben werden, es verbleiben größere Urinmengen in der Blase. Der Blasenmuskel wird überdehnt. Wenn durch das hohe Füllungsvolumen der Blasendruck den Druck des Schließmuskels übersteigt, gehen geringe Mengen Urin ab. Die



Überlaufinkontinenz kann nur durch eine operative Beseitigung des Abflusshindernisses behoben werden.

Eine sogenannte „funktionelle Überlaufinkontinenz“ entsteht durch eine Schwäche des Blasenmuskels (Detrusor Vesicae Insuffizienz), also durch eine verminderte Kontraktionsfähigkeit während der Blasenentleerung. Somit kann die Harnblase nicht mehr vollständig entleert werden. Ursache dieser Form der Inkontinenz können Medikamente (ACE-Hemmer, Calcium-Antagonisten, Betablocker, Antispasmodika, Antidepressiva, Sedativa etc.) sein.

Auch Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus), Erkrankungen des zentralen Nervensystems (Parkinson'sche Krankheit, Zerebralklerose, Alzheimer'sche Krankheit, Myelose u.a.), Verletzungen des Rückenmarks und Operationen im kleinen Becken können eine Schwäche des Blasenmuskels auslösen

E. Reflexblase oder neuropathische Inkontinenz

Die Blasenfüllung und Blasenentleerung werden vom Gehirn koordiniert. Das Miktionszentrum liegt im Hirnstamm und dieser wird vom Großhirn beeinflusst. So ist es möglich, die Blasenentleerung willkürlich auszulösen oder zu unterdrücken. Durch Erkrankungen oder Verletzungen des Gehirns kann diese Kontrollfunktion des Großhirns verloren gehen und das Zusammenspiel zwischen Blasenfüllung und -entleerung ist gestört. Es entsteht eine „ungehemmte neuropathische Blase“ (supraspinale Reflexblase). Auch bei Erkrankungen oder Verletzungen des Rückenmarks wird die Verbindung vom Miktionszentrum zu den ausführenden Nervenbahnen gestört. Dadurch arbeiten der Blasenmuskel und der Schließmuskel nicht mehr koordiniert miteinander.

F. Extraurethrale Inkontinenz

Die extraurethrale Inkontinenz ist gekennzeichnet durch ständigen unkontrollierten Urinverlust.

Ursache kann eine angeborene ektope Harnleitermündung sein, d.h. der Harnleiter mündet nicht in die Harnblase, sondern unterhalb des Schließmuskelapparats in die Harnröhre. Dadurch entsteht ein ständiges Urintröpfeln.

Eine weitere Ursache sind Fistelbildungen (Blasen- Scheiden-Fistel). Sie können nach Operationen im kleinen Becken, schweren Entzündungen oder bei Tumoren auftreten. Therapiert wird diese Form der Inkontinenz operativ.

Diese Vielzahl an Ursachen der Inkontinenz und die große Zahl an Behandlungsmöglichkeiten zeigen, dass zu Beginn der Therapie eine genaue Diagnostik hinsichtlich Ursache und Form durchgeführt werden muss.

Nur wenn die Ursache der Inkontinenz erkannt ist, kann die richtige Therapie angeboten werden

Beckenbodensenkung und Harninkontinenz

In der Regel ist die Überdehnung der Beckenbodenmuskulatur infolge einer oder mehrerer Schwangerschaften und Geburten, die Ursache von Beckenbodensenkungsbeschwerden.

Seltener ist eine angeborene Bindegewebsschwäche für Senkungsbeschwerden verantwortlich.

Auch eine langfristige Überlastung des Beckenbodens, durch starkes Übergewicht, oder dauerhafter Husten z. B. im Rahmen

einer chronischen

Bronchitis oder einer asthmatischen Erkrankung, sowie eine chronische Verstopfung oder schwere körperliche Arbeit können die Beckenmuskulatur überdehnen.

Zudem bilden sich Schleimhäute und Muskeln des Beckens, aufgrund hormoneller Veränderungen in den Wechseljahren, zurück.

Senkungsbeschwerden

- Fremdkörpergefühl in der Scheide
- die Blase und der Darm werden unvollständig entleert
- häufige, immer wieder auftretende Blasenentzündungen
- Harndrang und Harninkontinenz
- häufig kommt es auch zu Druckgeschwüren an der Scheide, durch die Reibung an der Unterwäsche

Arten der Beckenbodenschwäche/-Senkung

Bei einem Deszensus (Senkung) hat ein Becken-Organ seine angestammte anatomische Lage verlassen und wölbt sich in Richtung Scheide ein. Die Art der Beckenbodenschwäche leitet sich von dem Organ ab, welches sich im speziellen Fall gesenkt hat. Häufig liegen mehrere Senkungsarten gleichzeitig vor:

Zystozele (Senkung der Blase)

Bei einer Zystozele wölbt sich die Blase in die Scheide hinein, da das Bindegewebe der vorderen Scheidenwand seinen Dienst versagt hat.

Dies ist die häufigste Ausprägung.



Rectocele (Senkung des Mastdarms)

Bei der Rectocele drückt der Mastdarm in Richtung Scheide. Auch hier liegt eine Schwächung des Bindegewebes vor, und zwar an der hinteren Scheidenwand, was den unteren Darmabschnitt in die Scheide hinein wölben lässt.

Uterusprolaps (Senkung der Gebärmutter)

Selbst bei Frauen, die noch eine Gebärmutter haben, können die entsprechenden Stützstrukturen beeinträchtigt sein – die Gebärmutter senkt sich nach unten ab.

Scheidenstumpfprolaps (Senkung des Scheidenstumpfes nach einer Totaloperation)

Nach einer Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter) fehlen die körpereigenen Strukturen, die bis dato die Scheide angehoben haben. Der obere Abschnitt der Scheide kann dann in Richtung unterer Scheide vordrücken.

Larvierte Belastungsinkontinenz bei Senkung

Bei der Beckenbodensenkung besteht in der Regel ein komplexes Problem im Bereich des Bindegewebes, des Halteapparates, der Bänder und der Muskulatur des Beckenbodens. Das heißt, wenn es eine Störung in diesem Gewebe gibt, haben wir es mit Senkungssituationen und mit einer Schwäche des Schließmuskels der Harnröhre zu tun. Die larvierte Inkontinenz besteht, wenn durch eine massive Senkung eines oder mehrerer Beckenorgane die Harnröhre so unterstützt und angehoben wird, dass eine gleichzeitig bestehende Blasenschließmuskelschwäche mit Belastungsinkontinenz sich im Alltag nicht zeigt.

Umso enttäuschter sind Patientinnen, wenn sie dann nach der Operation inkontinent werden und über die Ursache im Vorhinein nicht informiert wurden.

Es ist daher sehr wichtig, eine larvierte Belastungsinkontinenz im Vorfeld einer operativen Therapie der Beckenbodensenkung zu diagnostizieren und dies ausführlich mit der betroffenen Frau zu besprechen.

In der Regel wird man sich für ein zweizeitiges Verfahren entscheiden. Das heißt, es wird zunächst die Senkung operativ behoben und nach Abheilung des Wundgebietes (nach ca. 3-6 Monaten) in einer zweiten Sitzung die operative Behandlung der Inkontinenz im Sinne einer Bandeinlage anschließen.

Ambulante Diagnosestellung

Anamnese

Harninkontinenz mit und ohne Senkungsbeschwerden zeigt sich in unterschiedlichen Formen und die Ursachen von unwillkürlichem Urinverlust sind vielfältig. Da sich die Behandlung immer nach der zugrunde liegenden Art der Erkrankung richtet, ist eine genaue Diagnose durch einen erfahrenen Facharzt sehr wichtig. Bei Harninkontinenz sind dies der Frauenarzt oder der Urologe.

Am Anfang der Diagnostik wird Ihr Arzt Ihr Beschwerdebild durch gezielte Fragen und unter Zuhilfenahme eines speziellen, von Ihnen vorab auszufüllenden Fragebogens, erfassen und eingrenzen. Dies nennt man Anamnese. Erfragt werden auch Voroperationen oder Begleiterkrankungen sowie die Medikamente, die Sie einnehmen. Die Anamnese ist die Grundlage für eine weiterführende Diagnostik und Behandlung.

Zur genauen Analyse werden Sie gebeten, unseren Anamnese-Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie erleichtern damit Ihrem behandelnden Arzt, die richtige Diagnose zu stellen.

Körperliche Untersuchung

Dann erfolgt eine körperliche Untersuchung, besonders der Genital- und Analregion. Bei allen Frauen findet immer eine gynäkologische Untersuchung statt. Dabei wird geprüft, ob sich Gebärmutter und/oder Scheide gesenkt haben. Zudem wird der Beckenboden in seiner Beschaffenheit und Funktion beurteilt.

Ultraschall

Mittels verschiedener Ultraschalluntersuchungen (Bauchdecken-Ultraschall / Ultraschall der Scheide und des Scheideneinganges) werden die Nieren, ableitenden Harnwege, Harnblase und Beckenorgane sowie die Beckenbodenanatomie untersucht.

Urin-Untersuchung

Die Urin-Untersuchung gibt Hinweise auf eine Erkrankung der Nieren oder der Harnblase, eine bestehende Zuckerkrankheit, oder eine Harnwegsinfektion. Diese Erkrankungen können eine Harninkontinenz verursachen und das Ergebnis anderer Untersuchungen verfälschen.

Restharnbestimmung

Als Restharn bezeichnet man den Urin, der nach dem Wasserlassen noch in der Blase verbleibt. Eine geringe Menge Restharn ist ganz normal, größere Mengen deuten auf eine Blasenentleerungsstörung hin, die mit einer Harninkontinenz einhergehen kann. Der Restharn wird heute meist durch eine Ultraschalluntersuchung (über die Bauchdecke) gemessen. Nach dem Wasserlassen so die in der Harnblase verbliebene Menge Urin abgeschätzt. Genauer lässt sich der Restharn durch eine Katheterisierung der Harnblase erfassen. Dabei wird mittels eines kleinen Katheters, der über die Harnröhre in die Blase eingeführt wird, die Blase vollständig entleert und die entleerte Menge mit einem Messbecher abgemessen.

Urodynamik

Unter einer urodynamischen Untersuchung versteht man die Messung der funktionellen Abläufe im Harntrakt zur Beurteilung der Harnspeicherungs- und Entleerungsfunktion der Blase. Dabei wird die Blase kontinuierlich über einen Katheter mit Flüssigkeit gefüllt, gleichzeitig wird der Druck im Bauchraum und im Inneren der Blase gemessen.

Nachfolgend wird der Druckmesskatheter langsam aus der Blase durch die Harnröhre zurückgezogen, dabei werden weitere Messwerte erhoben. Man erhält so ein Profil der Druckverhältnisse an jedem Punkt der Harnröhre. Die Messung wird zunächst bei entspannter Patientin (Ruheprofil) und zusätzlich während einiger Hustenstöße (Stressprofil) durchgeführt. Diese Untersuchung erfordert Ihre Mitarbeit, sie schmerzt nicht.

Zur urodynamischen Untersuchung gehören:

- **Druck-Fluss-Messung mit Beckenboden-Elektromyographie (EMG)**
- **Zystometrie**
- **Urethradruckprofil**
- **Uroflowmetrie**

Mit der urodynamischen Untersuchung wird zwischen Drang- und Belastungsinkontinenz unterschieden.

Sie ist außerdem Grundlage für die Auswahl des geeigneten OP-Verfahrens.

Blasenspiegelung (Zystoskopie)

Blasenspiegelungen sind zur Operationsvorbereitung bei Senkungsbeschwerden und Inkontinenz eher selten erforderlich. Wenn, dann erfolgen sie in lokaler Betäubung mithilfe eines Gleitmittels, so dass die Patientin vom Einführen des Blasenspiegels wenig spürt. Der Blasenspiegel ist ein dünnes Metallrohr, durch das Flüssigkeit in die Harnwege gespült werden kann. Eine Präzisionsoptik erlaubt dem Arzt, die Harnröhre, den Schließmuskel und die Harnblase zu untersuchen, somit können Auffälligkeiten in diesem Bereich diagnostiziert werden.

Proktologische Untersuchung

Die Enddarmuntersuchung beinhaltet die Austastung des Analkanals mit dem Finger (digitale Untersuchung) und eine Spiegelung des Enddarmes mit einem kurzen, starren Instrument (Proktoskop). Seltener ist die zusätzliche Untersuchung des unteren Dickdarmabschnittes mit einem flexiblen Darmspiegel (Endoskop) anschließend notwendig.

Ausscheidungsurografie

In speziellen Fällen ist die Ausscheidungsurografie als Röntgenuntersuchung der ableitenden Harnwege notwendig. Mit Hilfe eines Röntgen-Kontrastmittels wird das komplette Harnsystem von den Nieren ausgehend, über Nierenbecken, die beiden Harnleiter und die Blase bis hin zur Harnröhre sichtbar gemacht.

Neurologische Untersuchung

Ergeben sich während der Diagnostik Hinweise auf eine mögliche Funktionsstörung der Nerven, die die Blasenfunktion steuern, kann auch eine Untersuchung durch einen Neurologen erforderlich sein.

Die dargestellte Diagnostik wird durch Spezialisten unserer Abteilung in der Regel ambulant durchgeführt. Am Ende wird eine Diagnose gestellt und die bestmögliche Therapie festgelegt. In den meisten Fällen wird das primär eine konservative Therapie sein, die dann durch Ihren Frauenarzt eingeleitet und überwacht wird.

Ergibt sich die Indikation zu einem operativen Eingriff werden wir Sie über das OP-Verfahren, die Erfolgchancen und die möglichen Risiken aufklären.

Entscheiden Sie sich dann, die Operation durchführen zu lassen, werden wir mit Ihnen einen OP-Termin abstimmen.

Richtiges Alltagsverhalten und Konservative Behandlung der Senkung und der Harninkontinenz

Ziel der Therapie ist es, die Lebensqualität wiederherzustellen. Sie sollen unbeschwert am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und es genießen.

Häufig reichen einfache Methoden, um das Problem in den Griff zu bekommen.

Miktionstagebuch

Um sich der Häufigkeit der Blasenentleerung erst einmal bewusst zu werden und dann die Entleerungsintervalle zu steuern, ist das Führen eines Miktionstagebuchs eine große Hilfe.

So einfach geht's:

In das jeweilige Stundenkästchen tragen Sie bitte Ihre Trinkmenge bzw. die Menge des zu diesem Zeitpunkt ausgeschiedenen Harns ein. Sollte sich die Urinmenge nicht genau messen lassen, verwenden Sie folgende Symbole:

- x: geringe Menge (= 100 ml)
- xx: mittlere Menge (= 100 – 250 ml)
- xxx: große Menge (= mehr als 250 ml)

Kreuzen Sie bitte zusätzlich an:

- ob Sie während des Tages ein Dranggefühl verspürt haben
- ob Sie auf der Toilette gewesen sind oder
- ob der Harn unkontrolliert abgegangen ist

* Trinkmengen: normale Tasse = 100ml; normales Glas = 200 ml

Uhrzeit	Trinkmenge in ml*	Harnrang	Harnmenge in ml	Toilette	Unkontrolliert
00-01 Uhr					
01-02 Uhr					
02-03 Uhr					
03-04 Uhr					
04-05 Uhr					
05-06 Uhr					
06-07 Uhr					
07-08 Uhr					
08-09 Uhr					
09-10 Uhr					
10-11 Uhr					
11-12 Uhr					
12-13 Uhr					
13-14 Uhr					
14-15 Uhr					
15-16 Uhr					
16-17 Uhr					
17-18 Uhr					
18-19 Uhr					
19-20 Uhr					
20-21 Uhr					
21-22 Uhr					
22-23 Uhr					
23-00 Uhr					

Konservative Therapie (nicht-operative Behandlung)

Unter konservativer Therapie versteht man alle nicht operativen Behandlungen. Ziel der konservativen Behandlungsformen bei Senkungsbeschwerden und bei Belastungsincontinenz ist es, die Störungen des Verschlussmechanismus der Harnröhre durch Training und Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur zu verbessern. Im Mittelpunkt steht die Beckenbodengymnastik, die durch verschiedene Hilfsmittel ergänzt werden kann. Dieses sind Kugeln, Konen, Elektrostimulation oder Biofeedback-Geräte.

Beckenbodengymnastik

Eine wesentliche Ursache der Belastungsincontinenz bei Frauen ist eine Schwäche der Beckenbodenmuskulatur. Die gezielte Stärkung der Beckenbodenmuskulatur wird z.B. nach Schwangerschaften im Rahmen der Rückbildungsgymnastik angeboten, sollte aber in jedem Lebensalter fortgeführt und in den Alltag integriert werden. Bei einer leichten Form (Grad I) der Belastungsincontinenz reicht Beckenbodengymnastik oft schon aus, um Beschwerden zu lindern oder zumindest ein Fortschreiten der Symptomatik zu verhindern. Aber auch für leichte Formen der Drangincontinenz ist neben einer medikamentösen Therapie die zusätzliche Beckenbodengymnastik hilfreich.

Beckenbodenaktivierung im Alltag:

Die Beckenbodenmuskeln liegen auf der Innenseite des Beckens. Sie umschließen Harnröhre, Scheide und Darmöffnung und kontrollieren zusammen mit den Schließmuskeln die Öffnungen. Sie sorgen auch für die richtige Position der Harnröhre. Sind diese Muskeln zu schlaff, kann die Harnröhre bei Anstrengung sinken und es kommt zum unkontrollierten Harnverlust. Geschwächte Muskeln können das Absinken der Harnröhre nicht verhindern. Diese Muskeln können Sie gezielt trainieren und damit stärken. Das Training ist effizient, hat keine Nebenwirkungen und dauert täglich nicht länger als eine Viertelstunde. Sie können es überall und unbemerkt durchführen.

Wie aktiviere ich die richtigen Muskeln?

Bevor Sie mit Ihrem Beckenboden-Training beginnen, ist es wichtig, die richtige Muskelpartie zu erkennen.

Probieren Sie einmal folgende Übung dazu:

- Kneifen Sie die Schließmuskeln zusammen, als wollten Sie den Harnstrahl anhalten.
- Wenn Sie die richtigen Muskeln zusammengezogen haben, spüren Sie innerhalb des Beckens eine leichte Hebung der Muskeln nach oben und innen.
- Andere Körperteile (Po, Bauch, Innenseiten der Oberschenkel) sollten dabei nicht bewegt werden

Richtige Muskelpartie erkannt? Dann kann es losgehen:

- Die Muskeln so stark wie möglich anspannen, ohne dabei andere Muskelpartien mit zu beanspruchen.
- Bis zu 10x wiederholen.
- Versuchen Sie, die Muskeln jeweils 6–8 Sekunden anzuspannen.
- Die Übungen 3x täglich durchführen.

Machen Sie die Gymnastik zu einem Teil Ihres täglichen Lebens – wie das Zähneputzen.

Beckenbodengymnastik unter physiotherapeutischer Anleitung:

Manchmal kann es sinnvoll sein, die Beckenbodenmuskulatur zunächst unter Anleitung durch spezialisierte Physiotherapeuten zu aktivieren. Ihre Ärztin wird Ihnen dies bei Bedarf verordnen. Die Physiotherapeuten können Ihnen zusätzliche Tipps geben, wie Sie im Alltag den Druck auf den Beckenboden verringern können. Dazu gehört zum Beispiel, beim Husten den Oberkörper zur Seite zu drehen und Vieles mehr.

Blasen- oder Toilettentraining

Diese Form des Verhaltenstrainings führt dazu, dass man erlernt, die Blase in bestimmten Intervallen und in Abhängigkeit von der Trinkmenge zu entleeren.

Eine große Hilfe ist dabei das Führen eines Miktionstagebuchs, um sich der Häufigkeit der Blasenentleerung erst einmal bewusst zu werden und dann die Entleerungs-Intervalle zu steuern.

Der Rhythmus der Blasenentleerung soll sich dabei an den Tagesablauf anpassen (alle 2–3 Stunden). Kombiniert wird das Blasentraining mit Beckenbodengymnastik und/oder Entspannungsübungen.

Entspannungsübungen

Entspannungsübungen wie autogenes Training, Atemtherapie oder Massagen unterstützen die Therapie von Dranginkontinenz oder psychogener Inkontinenz.

Hilfsmittel in Ergänzung zur Beckenbodengymnastik

Konen-Therapie

Um die Wirksamkeit der Beckenbodengymnastik zu steigern, können ergänzend sogenannte Konen in die Scheide während des Trainings eingeführt werden. Hierbei handelt es sich um kleine Gewichte in Form ähnlich einem Tampon zur Monatshygiene. In einem Set werden Konen unterschiedlicher Schwere angeboten. Ziel ist es, die Gewichte durch Anspannen der Beckenbodenmuskulatur in der Scheide zu halten.

Elektrostimulation und Biofeedback-Training

Elektrostimulation und Biofeedback-Training sind weitere Möglichkeiten, den Therapieerfolg durch sogenannte erweiterte Beckenbodengymnastik zu erhöhen. Elektrostimulationsgeräte kontrollieren über elektrische Signale (=Biofeedback) die aufgebrachte Kraft und erhöhen so die Wirksamkeit des Trainings. Die Dranginkontinenz kann durch elektrische Desensibilisierung verbessert werden. Ein spürbarer Erfolg ist erst nach 2-3 Monaten zu erwarten, daher ist Geduld ganz entscheidend.

Elektrostimulation

Die Elektrostimulation der Beckenbodenmuskulatur eignet sich besonders in Kombination mit Beckenbodengymnastik für die Behandlung der Belastungsinkontinenz. Über minimale Stromreize werden Kontraktionen der Muskulatur ausgelöst und so eine Stärkung über eine mechanische und audiovisuelle Rückkopplung bewirkt.

Sehr effektiv kann die Elektrostimulation auch zur Behandlung der Reizblase / Drangharninkontinenz eingesetzt werden.

Durch entsprechende Verabfolgung der Stromreize kommt es hierbei zu einer Entspannung der Blasenmuskulatur und damit zur Besserung der Reizsymptomatik.



Biofeedback-Training

Beim Biofeedback-Training wird die Anspannung eines bestimmten Muskels oder einer Muskelgruppe über Sensoren registriert und in ein optisches oder akustisches Signal umgewandelt.

Hierdurch erlernt die Betroffenen einen bestimmten Muskel, wie beispielsweise den Schließmuskel, gezielt anzuspannen und damit aufzubauen.

Das Biofeedback-Training wird vorrangig nach operativen Eingriffen in Kombination mit Beckenbodentraining eingesetzt. Es kann aber auch ohne vorherige Operation zur Therapie von Belastungsinkontinenz ersten und zweiten Grades angewendet werden. Eine konsequente Mitarbeit der Betroffenen ist maßgeblich für den erfolgreichen Einsatz dieser Methode.

Pessarbehandlung

Zur konservativen Behandlung von Inkontinenz, Beckenbodensenkung und Blasenentleerungsstörungen können Pessare eingesetzt werden. Es gibt eine Vielzahl von Varianten und Größen.

Wichtig ist, dass die Ärztin den richtigen Pessartyp und die Pessargröße auswählt, sowie die Handhabung des Einsetzens, Entfernens und der Reinigung mit der Patientin einübt. Alle Pessartypen werden von der Frau mit Hilfe einer östrogenhaltigen Gleitcreme selbst eingelegt.

Zur Entfernung sind in der Regel Rückholbändchen angebracht.

Die Reinigung erfolgt mittels warmen Wassers. Zusätzliche Desinfektionsmittel sind nicht notwendig.

Die Pessarbehandlung kann, muss aber nicht dauerhaft durchgeführt werden.

Sie dient manchmal der Gewebevorbereitung, damit eine Operation den größtmöglichen Erfolg bringt oder bis andere Therapien zur Zufriedenheit geführt haben.

Ringpessare

Ringpessare helfen besonders bei Belastungsinkontinenz, besonders wenn sie eine keulenartige Verdickung aufweisen. Sie werden so in die Scheide eingesetzt, dass sie dem Beckenboden aufliegen und die keulenartige Verdickung gegen die Harnröhre drückt. Sie werden insbesondere bei körperlicher Belastung eingesetzt, können aber auch länger getragen werden.

Einmalpessare

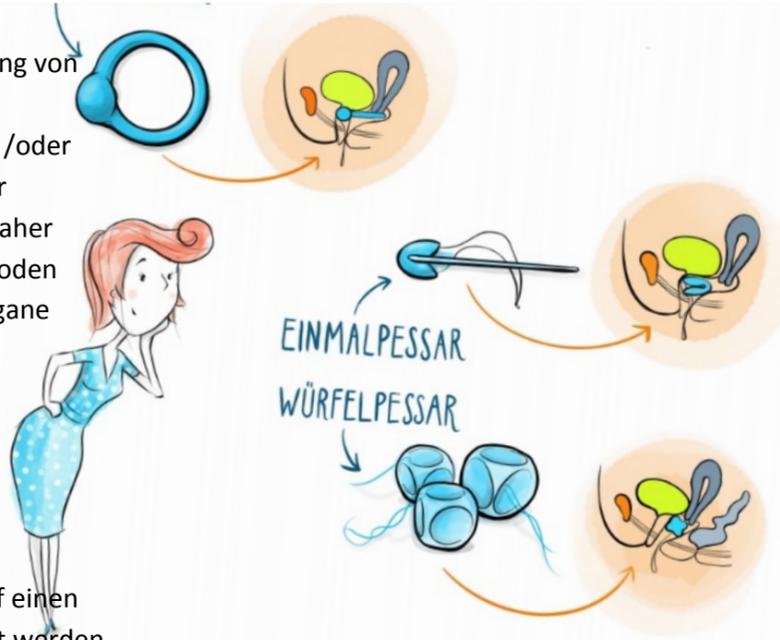
Wegwerf- oder Einmal- Pessare aus Schaumstoffmaterialien in verschiedenen Größen und Formen sind besonders beim Sport beliebt.

Würfelpessare eignen sich besonders gut zur Behandlung von Senkungsbeschwerden der Gebärmutter, der Blase und /oder des Darms. Sie haften an der Scheidenhaut und können daher auch bei schlaffem Beckenboden die Senkung der inneren Organe korrigieren.

Dabei wird der kleinste Würfel gewählt, der gerade noch haftet. Nach dem 1. und 2. Behandlungsmonat kann in der Regel jeweils auf einen kleineren Würfel gewechselt werden.

In über einem Drittel der Fälle wird nach 3-5 Monaten eine bleibende Reposition (ohne eingelegtes Pessar) erreicht; eine Operation erübrigt sich.

Bei den übrigen Patientinnen dagegen, bei denen trotz Blasen- und Beckenbodentraining sowie einer lokalen Östrogentherapie keine bleibende Repositionierung und befriedigende Beschwerdeheilung erreicht wird, ist eine Operation nicht zu vermeiden.



Medikamentöse Therapie der Harninkontinenz



Eine erfolgreiche medikamentöse Therapie der Harninkontinenz hängt unmittelbar von der Inkontinenzform ab. So kann bei über 70 Prozent der Patientinnen mit einer Dranginkontinenz die medikamentöse Therapie zu Beschwerdefreiheit führen. Hier ist die genaue Diagnosestellung besonders wichtig. Nach ihrem Wirkprinzip werden die Medikamente in Gruppen eingeteilt.

Anticholinergika (Spasmolytika)

Die Anticholinergika wirken direkt an der Harnblasenmuskulatur. Sie führen zu einer Erschlaffung, die unkontrollierten Muskelkontraktionen werden unterdrückt.

Gleichzeitig kann eine Steigerung der Blasenkapazität erreicht werden. Wichtig ist bei dieser Therapie, dass die vollständige Entleerung der Harnblase bei der Miktion (Wasserlassen) regelmäßig kontrolliert wird. Zusätzlich ist gerade bei betagten Patientinnen darauf zu achten, dass die Anticholinergika die Wirksamkeit anderer

Medikamente beeinflussen und Krankheitsbilder wie Erhöhung des Augeninnendruckes, Parkinson-Krankheit oder Alzheimer verstärken können.

Auch bei neurologisch bedingten Miktionsbeschwerden können Spasmolytika helfen.

Alpha- Rezeptorenblocker

Die Alpha-Rezeptorblocker führen zu einer verstärkten Erschlaffung des Blasenschließmuskels während der Miktion. Die Blase kann so bei obstruktiven Erkrankungen leichter entleert werden. Die Blase sollte aber weiterhin auf vollständige Entleerung überprüft werden.

Auch bei Alpha-Rezeptorblockern kann es zu Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten kommen.

Mirabegron

Hierbei handelt es sich um einen Beta-3-Rezeptoragonisten, geeignet zur symptomatischen Behandlung von imperativem (unaufhaltsamem) Harndrang, häufigem Wasserlassen und /oder Dranginkontinenz bei Erwachsenen mit überaktiver Blase. Mirabegron bewirkt eine Entspannung des Blasenmuskels und erhöht die Speicherkapazität der Blase ohne den Entleerungsprozess zu stören.

Duloxetin

Durch bessere Kenntnis der neuralen Steuerung des unteren Harntraktes und insbesondere der Blasenentleerungsmechanismen konnte ein weiterer Arzneistoff [Duloxetin, ein sogenannter *elektiver Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer* (SNRI)] in das Therapieangebot aufgenommen werden. Dieses Medikament kann eine Belastungsinkontinenz positiv beeinflussen, weil es den Schließmuskel gezielt stärkt. Wie bei allen Medikamenten aus der Gruppe der SNRI gilt es, eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und möglichen unerwünschten Wirkungen vorzunehmen.

Antibiotika

Antibiotika werden bei einer bakteriellen Harnblasenentzündung angewendet. Ein Hinweis darauf ist der Nachweis von Leukozyten im Urin. Bei unklaren Befunden sollte der Urin für diese Untersuchung mittels eines Harnblasenkatheters gewonnen werden, da es durch Verunreinigung zu einer Verfälschung des Untersuchungsergebnisses kommen kann.

Hormone

Ein Mangel an Hormonen (z. B. Östrogenen) kann bei Frauen, durch die verminderte Regeneration der Harnblasen- und Harnröhrenschleimhaut, eine Harninkontinenz verursachen.

Lokale Anwendung von östrogenhaltigen Salben oder Scheidenzäpfchen kann die Schleimhaut wiederaufbauen helfen.

Katheterableitung

Ist die Harninkontinenz mit einer medikamentösen Therapie oder Operation nicht oder nicht ausreichend therapierbar, so kann eventuell vorübergehend eine Katheterversorgung notwendig werden. Der Urin wird über ein Schlauchsystem aus der Harnblase entleert oder nach außen in einen Beutel geleitet. Die Beutelsysteme fassen bis zu 2000 ml und können direkt in ein Auffangbehältnis oder die Toilette entleert werden. Dieses Verfahren bietet sich für die Versorgung nach der OP und für bettlägerige Patientinnen oder auch zur Nacht an. Für den mobilen Patienten ist die Ableitung des Urins in einen Beinbeutel vorzuziehen. Diese Beutel werden unter der Kleidung am Bein befestigt und sind von außen nicht sichtbar.

Dauerkatheter (DK)

Der Dauerkatheter wird über die Harnröhre in die Harnblase eingeführt. Am in der Blase liegenden Ende des Katheters befindet sich ein mit Flüssigkeit auffüllbarer Ballon, der ein Herausfallen des Katheters aus der Blase verhindert.

Der Dauerkatheter sollte nur kurze Zeit genutzt werden, da häufig schon nach kurzer Zeit eine Harnwegsinfektion entstehen kann.

Sauberer Selbstkatheterismus

Bei dieser Behandlung wird die Patientin angeleitet, die Blase über einen Einmalkatheter zu entleeren. Nach einer kurzen Anlernphase ist fremde Hilfe nicht mehr erforderlich. Die Handhabung erfolgt völlig selbstständig, einfach und sicher durch die Patientinnen.

Suprapubischer Blasenkatheeter (SPF)

Der suprapubische Blasenkatheeter wird unter örtlicher Betäubung über die Bauchdecke in die Harnblase eingelegt. Auch bei diesem System verhindert ein Ballon das Herausfallen aus der Harnblase. Der suprapubische Blasenkatheeter ist für eine längere oder ständige Harnableitung geeignet. Er wird manchmal auch nach Operationen am Beckenboden eingesetzt und ermöglicht ein Blasentraining bei noch liegendem Katheter.

Sowohl über den Dauerkatheter als auch über den suprapubischen Blasenkatheeter kann der Urin ständig in große Auffangbeutel oder in Beinbeutel abgeleitet werden.

Unter Dauerableitung verkleinert sich die Harnblase kontinuierlich. Ist eine Rehabilitation der Harnblase mit normaler Blasenfunktion möglich, sollte der Urin nicht ständig in einen Beutel abgeleitet werden.

In diesem Fall wird der Katheter tagsüber zugestöpselt und zur Blasenentleerung geöffnet. Nachts kann der Urin wieder in einen Beutel abgeleitet werden.

Familie, Freunde, Selbsthilfe

Wie gehe ich mit meinem „Problem“ gegen- über meiner Familie, meinen Freunden und meinen Kollegen um?

Die Nachricht von Ihrem Inkontinenz-Problem kann bei den Menschen, mit denen Sie darüber sprechen, unterschiedliche Reaktionen auslösen. Daher sollten Sie sorgfältig abwägen, mit wem Sie über Ihre Sorgen sprechen. Wenn Sie mit Ihrer Inkontinenz „offen“ umgehen, werden Sie vermutlich viel positiven Beistand, aber möglicherweise in dem einen oder anderen Fall auch menschliche Enttäuschungen erfahren.

Auch wenn das Thema Kontinenz seit einigen Jahren kein öffentliches Tabu mehr ist, so wissen wir doch, dass die Inkontinenz schambesetzt ist und zum Teil nicht einmal im engsten Familien- und Freundeskreis besprochen wird.

Leider führt das auch immer wieder dazu, dass sich Menschen, die unter Inkontinenz leiden, nach und nach aus dem sozialen Leben verabschieden.

Dieses sollte nicht passieren, vielleicht haben Sie ja einige Menschen um sich, von denen Sie erwarten können, dass sie Verständnis für Ihre Probleme haben und die Sie unterstützen können.

Bei jeder Art von Erkrankung ist es für Außenstehende nicht immer einfach, die richtigen Worte zu finden. Missverständnisse und Fehlinterpretationen können in solchen Situationen leicht vorkommen. Seien Sie möglichst offen und sprechen Sie Ihr Gegenüber gezielt an, denn mit großer Wahrscheinlichkeit handelt es sich um ein ungeschicktes Verhalten oder eine unsensible Bemerkung und Sie helfen Ihrem Gegenüber, zukünftig angemessen zu reagieren.

Selbsthilfegruppen

Wenn Sie anfänglich Schwierigkeiten haben die „Hürde“ zu nehmen, um mit Ihren engsten Angehörigen oder Freunden über Ihre Inkontinenz zu sprechen, ist es vielleicht von Vorteil, sich bei anderen Betroffenen zu informieren. Häufig werden Sie in einer Selbsthilfegruppe von den Erfahrungen der Anderen profitieren können. Dass Selbsthilfegruppen vor allem in der Zeit während und nach der Behandlung eine gute Ergänzung zu Betreuung und Behandlung durch Ihr Behandlungsteam sein können, berichten uns Teilnehmerinnen immer wieder. Man kann dort ganz ungezwungen über seine Erfahrungen und Probleme sprechen und sich die Tipps anderer Betroffener einholen.

Tricks und Verhaltensweisen, die einer anderen Betroffenen geholfen haben, können auch Ihr Leben erleichtern. Es sind oft die vermeintlich kleinen Dinge und praktischen Hilfen, die Ihnen „erfahrene“ Inkontinenz-Patienten geben können.

Wir haben engen Kontakt zu mehreren sehr aktiven Selbsthilfegruppen und helfen Ihnen gerne bei der Kontaktaufnahme.

OPERATIVE THERAPIE

Die operative Therapie der Harninkontinenz und auch Genitalsenkungen gliedert sich in Verfahren mit Zugang über die Harnröhre, Scheide oder über den Unterbauch.

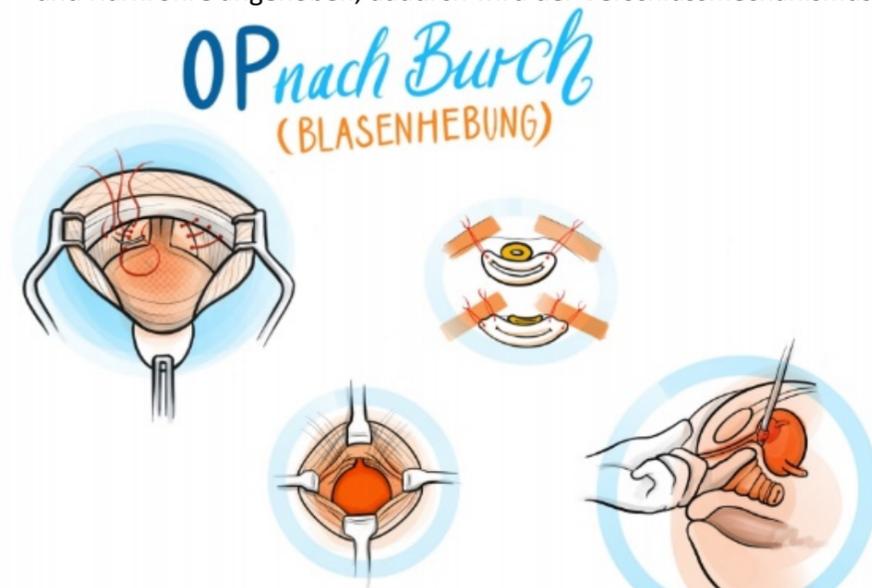
Welche Therapieform gewählt wird, hängt von der Form der Inkontinenz oder der Genitalsenkung, dem Schweregrad der jeweiligen Erkrankung, den Begleiterkrankungen und auch von den Vorstellungen der einzelnen Patientin ab.

Operationsverfahren bei Inkontinenz

Kolposuspension nach Burch

Dieses Verfahren wird als offener Eingriff über den Unterbauch, inzwischen aber auch über einen minimalinvasiven laparoskopischen Zugang (Schlüssellochchirurgie) durchgeführt.

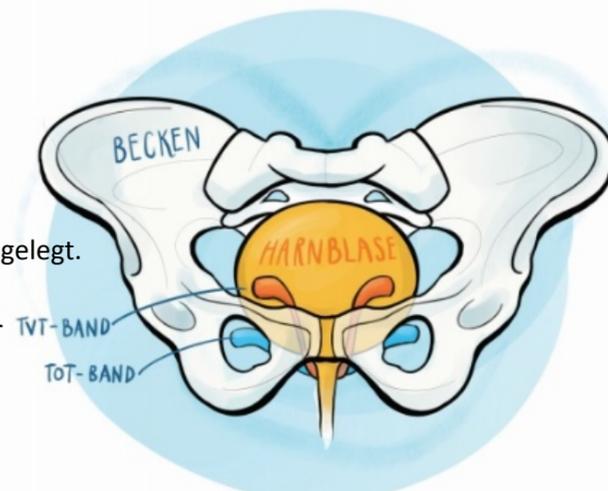
Durch Befestigung der Scheide am leistennahen Cooper'schen Band, werden Blasen Hals und Harnröhre angehoben, dadurch wird der Verschlussmechanismus wieder gestärkt.



Kunststoffbänder (engl.: Tapes)

TVT (Tension-free Vaginal Tape) oder
TOT (transobturatorisches Tape)

Diese nicht resorbierbaren Bänder werden spannungsfrei unter die mittlere Harnröhre gelegt. Im späteren Verlauf wachsen Bindegewebszellen ein, wodurch es zu einer Unterpolsterung der Harnröhre kommt. Die Erfolgchancen liegen bei über 85%.



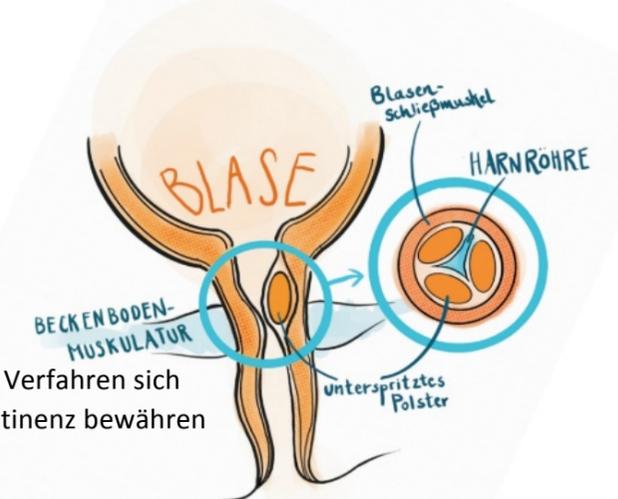
TVT / TOT und die Kolposuspension nach Burch sind Verfahren zur Therapie der Belastungsinkontinenz.

Bulking Agents

„Bulking Agents“ sind Substanzen die im Bereich des Blaseschließmuskels unter die Schleimhaut gespritzt werden. Sie bilden dort ein Polster und führen so zur Stärkung des Schließmuskels.

Durch die Unterspritzung sind bisher gute Ergebnisse von mittelfristiger Dauer zu erzielen.

Weitere in der Testphase befindliche Substanzen müssen in der klinischen Testung noch zeigen, welches Verfahren sich auf Dauer in der Therapie der Harninkontinenz bewähren wird.



Weitere Kontinenzoperationen

Faszienzügelplastik

Bei der Faszienzügelplastik wird körpereigenes Gewebe (Muskelfaszie) um den Blasen Hals gelegt und dieser damit angehoben. Dieses seltener angewendete Verfahren führt gelegentlich zu Überkorrekturen und Blasenentleerungsstörungen.

Komplexe Kontinenzoperation

Dieses Verfahren benötigt man zur Korrektur von Störungen des Beckenbodens mit mehreren zu behebenden Defekten. Sie stellen eine Kombination aus Blasenhebung, Mastdarmhebung u.a. dar.

Artificialer Harnblasensphinkter

Der künstliche Blasesphinkter (Schließmuskel der Harnblase) wird bei absoluter Inkontinenz mit defektem oder zerstörtem Schließmuskel künstlich gebildet. Hierzu wird eine Silikonmanschette um den Blasen Hals oder die Harnröhre gelegt.

Beckenbodenschrittmacher – sakrale Neurostimulation

Der Blasen- bzw. Beckenbodenschrittmacher ist ein Implantat zur Elektrostimulation und moduliert unkoordinierte Nervensignale, die insbesondere bei überaktiver Blase vorkommen. Wenn konservative Therapien zur Behandlung der überaktiven Blase nicht erfolgreich waren, kann dieses Verfahren zum Einsatz kommen. Der Schrittmacher wird unter die Haut gelegt und gibt über gezielt platzierte Elektroden schwache elektrische Impulse an die die Blase, aber auch den Darm stimulierenden Nerven ab, die dadurch koordiniert werden.

Vor der endgültigen Schrittmacherimplantation erfolgt eine Testphase. Die Patienten können später Einfluss auf den Beckenbodenschrittmacher nehmen. Eine Heilung der

Erkrankung erfolgt nicht, wohl aber eine Reduktion der unerwünschten Symptome und damit eine Verbesserung der Lebensqualität.

Botulinumtoxin- Injektion

In bestimmten Fällen der überaktiven Blase, wenn z.B. die medikamentöse Behandlung nicht angesprochen hat, kann eine Injektionstherapie mit Botulinumtoxin A (im allgemeinen Sprachgebrauch ‚Botox‘) in die Blasenmuskulatur erfolgen. Botulinumtoxin hemmt die Muskelaktivität der Blasenwand, die Überaktivität wird also abgeschwächt. Die volle Wirkung ist nach einigen Tagen erreicht und hält bis zu 10 Monaten an.

Sakrale Neurostimulation und ‚Botox‘-Injektion werden bei überaktiver Blase (Dranginkontinenz) angewendet.

Genitalsenkung

Bei einer Scheidensenkung handelt es sich um die Vorwölbungen der Scheidenwand/-wände mit den dahinter gelegenen Strukturen, die der jeweiligen Senkungsform ihren Namen geben:

- **Cystocele** – Senkung der Blase
- **Uterusprolaps** – Senkung der Gebärmutter
- **Rectocele** – Senkung des Enddarmes



Allen abgebildeten Senkungszuständen ist Folgendes gemein: Die Bänder, die den Organen Halt geben, und die Bindegewebsverdichtungen zwischen den Organen haben infolge allgemeiner erblicher Bindegewebschwäche, Schwangerschaften und anderen Belastungen nachgegeben.

Im Rahmen einer Senkung der weiblichen Genitale können verschiedene Gewebeanteile Auslöser der Beschwerdesymptomatik sein. Entsprechend wird das Vorgehen angepasst.

Ist vor allem der obere und hintere Anteil der Scheide durch die Ausstülpung/Senkung betroffen, so lässt sich die Scheide bzw. der Scheidenblindsack je nach Befund durch auflösbare oder im Körper verbleibende Fäden, Bänder oder auch spezielle Netzkonstruktionen nach oben fixieren.

Dazu gibt es neben den klassischen Vorgehensweisen von der Scheide aus zu operieren heute auch etliche modifizierte Verfahren, die auf die Bauchspiegelung und somit auf minimal-invasive Techniken zurückgreifen

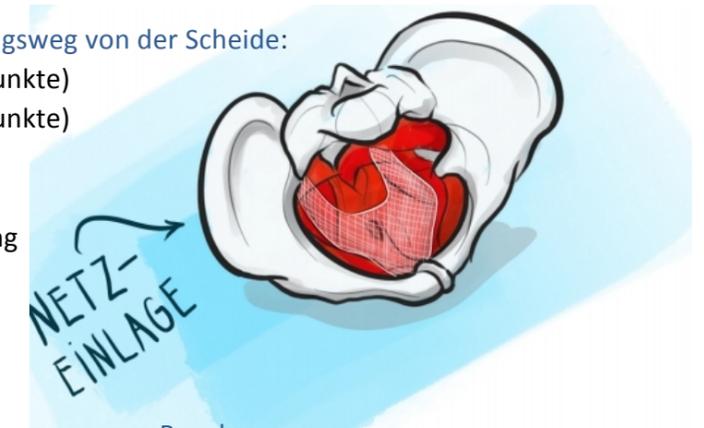
Die Operationsstrategie besteht in einer Präparation der Bindegewebsschichten und Bänder und deren Ersatz durch Raffung des eigenen Gewebes oder Verstärkung durch ein Implantat (Mesh), das an die Stelle des defekten Bindegewebes tritt. Vaginale Geburten sollten nach solchen Eingriffen nicht mehr erfolgen.

Implantate (Mesh = Netz)

Im Zuge der Weiterentwicklung und Verbesserungen der Operationstechniken, haben sich auch die Meshes (Netze) immer weiterentwickelt. Heute werden kleinere, leichtere und gut verträgliche Netze zur Behebung von Senkungszuständen verwendet. Es existieren auf dem Markt eine Vielzahl von unterschiedlichen Netzen in Abhängigkeit von der Form und Ausprägung der Senkung. Damit können den Patientinnen ein auf ihre Situation angepasstes Operationsverfahren angeboten werden.

Beispiele für Netz-Varianten und Zugangsweg von der Scheide:

- 4-Punkt Mesh (4 Befestigungspunkte)
- 6-Punkt Mesh (6 Befestigungspunkte)
- Anteriores Mesh
- Posteriores Mesh
- Mesh zur sakrospinalen Fixierung
- etc.



Beispiele für Netz-Varianten und Zugangsweg vom Bauchraum:

- Mesh zur Kolposakropexie (Scheidenaufhängung am Kreuzbein)
- Mesh zur Hysterosakropexie (Gebärmutteraufhängung am Kreuzbein)
- Mesh zur Pektropexie (Befestigung am seitlichen Schambein)
- etc.

