

Inkontinenz – kein Schicksal

Wer Harn oder Stuhl nicht kontrolliert speichern und den Ort und die Zeit der Entleerung nicht selbst bestimmen kann, gilt als inkontinent. Derartige Störungen treten mit dem Alter häufiger auf. Sie sind aber behandelbar.



Autor:
Dr. med.
Norbert Bradtke
Facharzt für
Innere Medizin
und Geriatrie
in Marsberg

Landfrau Elisabeth war ehrenamtlich viel aktiv und liebt auch im hohen Alter noch die Gesellschaft anderer. Lange Zeit hat sie ihr Problem der Harninkontinenz verschwiegen und sich mit Vorlagen beholfen. Doch ihre Inkontinenz hat sich derart verschlimmert, dass sie sich jetzt nicht mehr aus dem Haus traut. Dabei steht sie mit ihren Beschwerden nicht allein.

Frauen häufiger betroffen

Deutschlandweit teilt sie ihre körperliche Beeinträchtigung mit rund 4 bis 5 Mio. anderer Menschen. Viele von ihnen sind Senioren. Im Alter über 80 Jahre leiden bis zu einem Viertel der zu Hause lebenden und bis zur Hälfte der im Pflegeheim wohnenden Menschen an einer Harninkontinenz. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Stuhlinkontinenz tritt weitaus seltener auf und kennzeichnet einen zumeist schlechter werdenden Gesundheitszustand. Oft bereiten neurologische und psychiatrische Grunderkrankungen den Weg für beide Formen der Inkontinenz. Neben einem erlittenen Schlaganfall begünstigen ein Morbus Parkinson, die akute Verwirrtheit eines Delirs, eine Demenz oder eine vegetative Neuropathie bei Diabetes mellitus eine Inkontinenz. Aber auch Infektionen der Harnwege, eine Herzinsuffizienz, wassertreibende Medikamente (Diuretika), eine ein-



Foto: tibanal/stock.adobe.com

Eine Inkontinenz lässt sich häufig durch zielgerichtete Maßnahmen bessern. Auch die Versorgung mit Inkontinenzvorlagen bedarf einer Beratung.

geschränkte Mobilität oder Sehstörungen können eine Inkontinenz fördern.

Arten von Harninkontinenz

Bei der Harninkontinenz unterscheiden Mediziner verschiedene Formen.

■ 40 bis 70 % der Betroffenen haben eine Dranginkontinenz mit sogenannter überaktiver Blase. Sie müssen meist mehr als acht Mal am Tag die Blase entleeren. Neben Infekten der Harnwege spielen hier neurologische Erkrankungen wie Demenz und Morbus Parkinson eine große Rolle.

■ Die vor allem bei Frauen mit 25 % zweithäufigste Form der Harninkontinenz stellt die Belastungsinkontinenz dar. Aufgrund vaginaler Entbindungen oder operativer Eingriffe an den Urogenitalorganen geht bei erhöhtem Bauchinnendruck, beispielsweise durch Husten, Niesen oder Pressen, Urin verloren.

■ Häufige Ursachen einer Überlaufinkontinenz sind bei Männern eine Vergrößerung der Prostata und bei Frauen eine Blasensenkung mit Abknicken des Blasen-Harnröhren-Winkels.

■ Und schließlich kann eine eingeschränkte Mobilität, zum Beispiel nach einer Schenkelhalsfraktur, mit Sturzangst auch bei sonst intakter Ausscheidungsfunktion eine sogenannte funktionelle Inkontinenz bedingen.

Hilfe bei Stuhlinkontinenz

Sind die Strukturen des Schließmuskelapparates nicht intakt, ist die Hirnleistung gestört oder die Beweglichkeit eingeschränkt, kann das zu einer Stuhlinkontinenz führen. Meist tritt diese bei fortgeschrittenen Grunderkrankungen auf und führt viele Patienten in eine stationäre Pflegeversorgung.

Häufig lässt sich die anale Muskulatur durch Kontraktionsübungen während einer regelmäßigen Be-

Was wie hilft

■ Bei Dranginkontinenz und der leichten Form der Belastungsinkontinenz kann ein Toiletentraining hilfreich sein. Dabei wird die Toilette in sich langsam verlängernden Intervallen aufgesucht.

■ Eine Dranginkontinenz mit hyperaktivem Blasenmuskel lässt sich aber auch gut medikamentös behandeln.

■ Erfolgreich – vor allem bei Belastungs- oder Dranginkontinenz – können auch andere Therapieverfahren sein. Dazu zählen Physiotherapie, physikalische Therapie, Beckenbodengymnastik, Biofeedbacktraining oder Elektrostimulation.

■ Bei Überlaufinkontinenz oder Versagen konservativer Therapien bei anderen Inkontinenzformen kommen operative Verfahren in Betracht.

ckenbodengymnastik trainieren. Allerdings ist ein konventionelles Training der Beckenbodenmuskulatur auch bei geistig fitten Patienten nicht ausreichend effektiv. Die zusätzliche Anwendung von Biofeedbacktraining oder Elektrostimulation des Schließmuskels ist sinnvoll.

Neben dem Toiletentraining, bei dem unter Anleitung regelmäßige Toilettenzeiten eingeübt werden, sind oft auch diätetische Maßnahmen sinnvoll. So kann der Verzehr von Ballaststoffen, zum Beispiel als indische Flohsamenschalen, die Stuhlkonsistenz und -frequenz wirksam beeinflussen. Häufig lässt sich dadurch auch die Kontinenzsituation verbessern.

Bei Durchfall und sehr flüssigem Stuhl kann medikamentös der Wirkstoff Loperamid die Passagezeit des Stuhls im Dickdarm verlängern und die Konsistenz erhöhen. Führt dies zu Darmträgheit oder Verstopfung (Obstipation), kann auch Racecadotril eingenommen werden. Dieser Wirkstoff vermindert den Wassergehalt des Stuhls und begünstigt dadurch einen geformten Stuhl. ■

Muskeltraining mittels Biofeedback

Das Biofeedbacktraining ist eine Methode, um den Schließmuskel oder die Beckenbodenmuskulatur gezielt trainieren zu können. Dabei lernt der Patient, seine Schließmuskelspannung bewusst wahrzunehmen und zu steuern. Bei einer Stuhlinkontinenz platziert der Patient eine kleine Sonde im Analkanal und spannt den Schließmuskel an. Wird ein bestimmter Kneifdruck erreicht, wird dieser Impuls sichtbar bzw. hörbar angezeigt. Der Patient erfährt dadurch, wie stark er die Muskulatur des Schließmuskels

oder des Beckenbodens anspannt, und kann somit die Muskulatur gezielt und regelmäßig trainieren. Bei der Elektrostimulation wird der Schließmuskel nicht wie beim Biofeedback aktiv vom Patienten angespannt, sondern durch elektrische Stromimpulse angeregt. Im direkten Vergleich ist das aktive Training mittels Biofeedback einer passiven Elektrostimulation überlegen. Biofeedback ist nicht nur bei Stuhlinkontinenz hilfreich, sondern auch bei funktionell bedingten Formen der Harninkontinenz.