



# Diagnose, Symptome und Ursachen

Wie sich Senkung und Harninkontinenz zeigen und welche Ursachen dahinterstecken können.

# Was bedeuten Senkung und Harninkontinenz?

Die Themen »Senkung« und »Harninkontinenz« tauchen meist nicht in den jungen Jahren einer Frau auf, sondern erst dann, wenn sie Kinder geboren hat und/oder in den Wechseljahren ist.

**S**olange alle Organe an Ort und Stelle sind und die Harnblase einwandfrei funktioniert, machen wir uns wenig Gedanken über die Zusammenhänge, die dies ermöglichen, und haben oft auch wenig Gespür für unseren Beckenboden. Da Sie dieses Buch in Händen halten, beschäftigen Sie sich nun aber mit einer Senkung oder einer Harninkontinenz und ich möchte Sie gern unterstützen, die Zusammenhänge zu verstehen und die Therapiemöglichkeiten kennenzulernen.

**Eine Senkung bedeutet**, dass sich die Organe im kleinen Becken nach unten absenken. Das kann die vordere Scheidenwand mit der davor liegenden Blase,

die Gebärmutter und/oder die hintere Scheidenwand mit dem dahinter liegenden Enddarm betreffen. Der Scheideneingang ist dann nicht mehr eng und verschlossen, sondern erweitert; die Öffnung ist zu groß.

**Als Harninkontinenz** bezeichnet man den unfreiwilligen Verlust von Harn. Dies kann mit körperlicher Belastung einhergehen (Husten, Niesen, Springen, Heben), dann spricht man von einer Belastungsinkontinenz. Der Urinverlust kann aber auch durch einen plötzlichen starken Harndrang ausgelöst werden. Dann handelt es sich um eine überaktive Blase oder Dranginkontinenz.

## Wie zeigt sich eine Senkung?

Normalerweise ist die Scheide nach außen hin geschlossen. Wir spüren weder die Lage der Gebärmutter noch die der Scheidenwände. Anders ist das bei einer Senkung. Die Betroffenen berichten über einen Druck nach unten, über das Gefühl, sie hätten einen Tischtennisball zwischen den Beinen oder einen schlecht sitzenden Tampon. Beim Tasten können sie die Scheidewände oder den Muttermund am Scheideneingang oder sogar vor dem Scheideneingang tasten. Manchmal können die Patientinnen die Blase nur noch schlecht oder gar nicht entleeren oder sie klagen darüber, dass sich der Stuhl nicht komplett entleert. Eine Blasenschwäche oder eine Stuhlhalteschwäche kann mit einer Senkung einhergehen, aber nicht alle Frauen mit einer Senkung haben ein Problem mit Inkontinenz und umgekehrt haben nicht alle Frauen mit Inkontinenz eine Senkung.

## Wie zeigt sich eine Harninkontinenz?

Normalerweise geht man bei einer Trinkmenge von 2 Litern tagsüber 5- bis 6-mal zur Toilette und maximal einmal in der Nacht. Wenn der Drang zum Wasserlassen spürbar wird, dann kann man getrost noch einige Zeit warten, bis man tatsächlich die Toilette erreicht. Und dann

hat man genug Zeit, um sich in Ruhe die Hose herunterzuziehen, sich hinzusetzen und dann Wasser zu lassen. Bei körperlicher Belastung (Husten, Niesen, Springen, Heben, Bücken) kommt es normalerweise zu keinem Urinverlust.

**Belastungsinkontinenz:** Frauen mit einer Belastungsinkontinenz bemerken einen Urinverlust bei körperlicher Belastung. Beim Hüpfen im Sportverein, beim Joggen oder auf dem Trampolin kommt es zum Urinverlust. In der Regel ist der Urinverlust gering und bei vielen Betroffenen reicht eine Slipeinlage oder kleine Vorlage, um den Urin aufzufangen. Aber das ist nicht immer so. Manche Frauen verlieren schon bei kleineren Belastungen Urin. Sie können nicht zum Bus sprinten, ohne dass die Unterhose nass wird. Beim Tennis brauchen sie eine große Binde. Und Joggen fällt aus.

**Dranginkontinenz:** Eine Dranginkontinenz äußert sich darin, dass Frauen sehr oft und schlagartig zum Wasserlassen müssen und dann auch Urin verlieren. Wenn Frauen mehr als 7-mal pro Tag und mehr als einmal in der Nacht Wasser lassen müssen, spricht man von einer überaktiven Blase. Nicht alle Betroffenen verlieren auch Urin, manche Frauen müssen einfach nur sehr oft und überfallsartig. Andere schaffen es aber auch nicht immer zur Toilette. Dann spricht man von einer überaktiven Blase mit Inkontinenz.

## Oft kommt eine Stuhlinkontinenz hinzu

Viele Frauen mit Blasenschwäche sind auch von einer Stuhlhalteschwäche betroffen. Sie können Winde/Blähungen und/oder flüssigen oder sogar festen Stuhl nicht halten.

Wenn der Stuhl geformt ist, dann kann man in der Regel mindestens 10 Minuten warten, bis man die Toilette aufsuchen muss. Bei dünnem Stuhl oder Durchfall muss es schneller gehen, aber das ist ganz normal. Und Winde/Blähungen können auch gehalten werden. Wenn man im Aufzug steht und merkt, dass Winde

im Anflug sind, dann kann man diese unterdrücken. Wenn nicht, dann spricht man von einer Windinkontinenz.

Der Verlust von Stuhl kann viele Facetten haben. Manche Frauen klagen über ein Nachschmieren, nach dem Stuhlgang können sie den After nicht richtig reinigen. Es schmiert in die Unterwäsche, im Volksmund spricht man auch von »Bremsspuren«. Es gibt auch die sogenannten »falschen Freunde«, die Betroffene meint, dass es sich nur um eine Blähung handelt, aber es geht dann eine kleine Menge Stuhl ab. Manche Betroffene können flüssigen Stuhl nicht halten und manche sogar den festen Stuhl.

# Anatomie der weiblichen Beckenorgane

Um zu verstehen, warum Frauen inkontinent sind und warum sie eine Senkung haben, müssen wir erst nachvollziehen, warum sie normalerweise überhaupt kontinent sind und warum sie keine Senkung haben.

**K**ontinenz ist eine erlernte Funktion. Ein kleines Kind lernt zuerst laufen, dann lernt es sprechen und erst viel später lernt es, die Blase und den Darm zu kontrollieren. Kinder mit einer geistigen Behinderung lernen oftmals sprechen und laufen, aber relativ viele behinderte Kinder erlangen nicht die Kontrolle über die Blasen- und Darmfunktion.

Kontinenz beruht auf einem komplexen Zusammenspiel von Nerven (Großhirn, Wirbelsäule, Nervenversorgung von Muskeln, Blase, Darm), Bindegewebe und Muskeln. Die Blase und die Harnröhre und der Enddarm und der After müssen zusammenarbeiten, um die Füllung und die Entleerung zu managen.

## Wie unsere Blase funktioniert

Wenn die Blase sich füllt, wird das Großhirn über die Nerven über den Füllungsstatus informiert. Hat die Blase eine gewisse Füllung erreicht, kontrolliert das Großhirn, dass sie sich nicht entleert, solange es nicht passend ist. Damit das funktioniert, muss der Schließmuskel der Harnröhre schließen. Der muskuläre Beckenboden muss die Harnröhre und die Blase stützen. Die Nerven müssen dafür sorgen, dass die Blase entspannt und die Harnröhre verschlossen ist. Ab einem gewissen Füllungsstatus merkt man dann, dass die Blase langsam voll wird. Man überlegt sich, ob man zur Toilette gehen

soll. Wenn es gerade passt, dann geht man zum WC, und wenn es nicht passt, weil man gerade noch Bus fährt, dann kann man gut noch eine Weile herauszögern. Der Beckenboden hat eine gewisse Grundspannung und die Harnröhre ist verschlossen. Die Nerven des vegetativen Nervensystems (das sind die Nerven, die man nicht bewusst steuern kann) sorgen dafür, dass die Blase trotz zunehmender Füllung entspannt bleibt. Irgendwann sucht man dann in Ruhe die Toilette auf, zieht sich die Hosen herunter, setzt sich hin und dann dreht sich das ganze System um: Der Beckenboden und die Harnröhrenmuskulatur entspannen sich und der Blasenmuskel spannt sich an. Dann entleert sich die Blase.

Beim Stuhlgang funktioniert es ähnlich. Das feine Nervensystem im Becken und im Darm erkennt den Füllungsstatus des Darms und der After hält den Enddarm verschlossen. Wenn alles funktioniert, wie es soll, kann man den Stuhldrang so lange unterdrücken, bis man auf der Toilette sitzt. Dann öffnet sich der Schließmuskel, die Muskulatur des Darms bewegt den Stuhl nach außen, manchmal hilft ein wenig Pressen, um den Stuhl ganz herauszubringen.

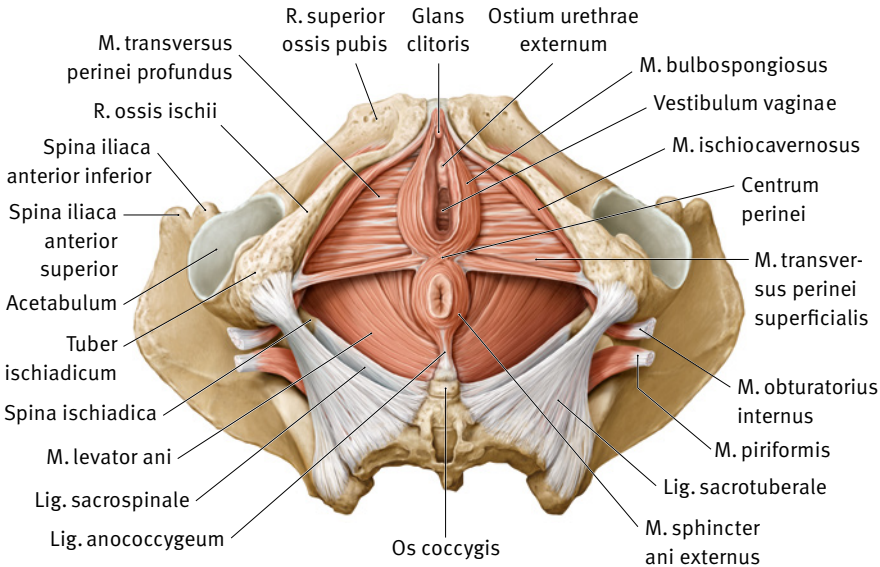
Die richtige Position der Beckenorgane (Blase, Harnröhre, Gebärmutter und Enddarm) werden durch die Beckenbodenmuskulatur und die Bandstrukturen in ihrer Position gehalten.

## Wie ist der Beckenboden aufgebaut?

**Der Beckenboden besteht aus verschiedenen Muskeln, die das kleine Becken nach unten abschließen:** Das Diaphragma pelvis ist die innerste und wichtigste Schicht des Beckenbodens. Den hinteren Teil des Beckenbodens bildet der Musculus coccygeus, der funktionell nicht so bedeutend ist. Der wichtigere Teil ist der Musculus levator ani, der aus dem Musculus puborectalis, dem M. pubococcygeus und dem M. ileococcygeus besteht. Diese Muskelanteile arbeiten aber als Einheit zusammen und können bewusst nicht einzeln angesteuert werden. Der Levatormuskel setzt vorne neben der Harnröhre am knöchernen Becken an, der weitere Ansatzpunkt ist aber kein Knochen, sondern eine sehnige Struktur, die vom Schambeinbogen zu einem Knochenvorsprung, der Spina ischiadica, führt. Der Muskel ist wie ein »U« geformt und führt von der einen Seite des Schambeinbogens um die Harnröhre die Scheide und den Enddarm herum und setzt dann auf der anderen Seite des Schambeinbogens wieder an.

Die oberflächlichere Muskelschicht, das Diaphragma urogenitale, ist für die Beckenbodenfunktion von untergeordneter Bedeutung. Ganz außen folgt dann die Schwellkörper- und Schließmuskelschicht, dabei sind der Schließmuskel des Afters und der Schließmuskel der Harnröhre für die Kontinenz von großer Bedeutung.

### Unser Beckenboden von unten betrachtet



Schünke M, Schulte E, Schumacher U, PROMETHEUS LernAtlas, Grafiken: Voll M, und Wesker K; Thieme; 2022

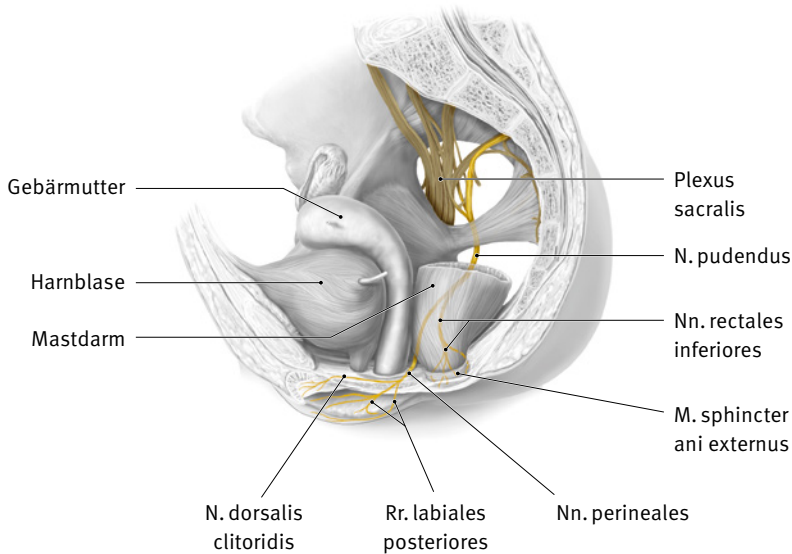
**Der Schließmuskel der Harnröhre** ist ein sehr kleiner ringförmiger Muskel, der etwa in der Mitte der Harnröhre liegt. Darüber liegt noch ein kleiner Muskel, der den Blasenhals umschlingt und zusätzlich zum Verschluss der Harnröhre beiträgt.

**Der After** ist für das Halten von Stuhl und von Winden von zentraler Bedeutung. Er besteht aus vier Schichten. Die innerste Schicht ist die Schleimhaut, die ganz außen in die Haut übergeht, das sogenannte Anoderm. Das Anoderm wird von sehr vielen Nerven versorgt, die Informationen über die Stuhlbeschaffenheit an das Nervensystem leiten. Direkt unter der Schleimhaut finden sich Blutgefäße, die

durch ihre Füllung zum Verschluss des Anus beitragen. Darauf folgt der innere Schließmuskel, der eine Verlängerung der Längsmuskulatur des Enddarms ist. Der innere Schließmuskel kann nicht bewusst angespannt werden, er wird vom vegetativen Nervensystem versorgt. Der innere Schließmuskel hat ständig eine Grundspannung und sorgt dafür, dass der After luftdicht abschließt und Blähungen nicht ungewollt entweichen. Der innere Schließmuskel wird vom dreiteiligen äußeren Schließmuskel umschlossen, der vom Pudendusnerv innerviert wird und bewusst angespannt werden kann. In seiner äußersten Schicht, direkt unter der Haut am After, ist der Schließmuskel ein kräftiger Muskelring.



## Verlauf des Pudendusnervs im Beckenraum



Schünke M, Schulte E, Schumacher U. PROMETHEUS LernAtlas, Grafiken: Voll M, und Wesker K; Thieme; 2022

**Der Damm:** Zwischen dem After und dem Scheideneingang befindet sich eine Haut- und Bindegewebsschicht, der sogenannte Damm. Der Damm ist normalerweise 2–4 cm hoch ausgebildet. Im Bereich des Damms zur Scheide hin befinden sich kleine Muskeln, die für die Kontinenz nur eine untergeordnete Rolle spielen. Die Strukturen des Beckenbodens gehen fließend ineinander über und arbeiten als Team.

**Der Pudendusnerv:** Alle Muskeln des Beckenbodens werden durch Äste des Pudendusnervs innerviert. Der Pudendusnerv entspringt aus den Rückenmarksegmenten S1–S4 am Kreuzbein. Der Nerv verläuft dann nach vorne und unten

in Richtung Beckenboden an der Seite des knöchernen Beckens durch das Foramen infrapiriforme in den Alcock'schen Kanal. Er verzweigt sich dann in verschiedene Äste, die die unterschiedlichen Anteile des Beckenbodens versorgen. Dazu gehören auch der Harnröhrenschließmuskel und der After. Der Pudendusnerv hat motorische Anteile, die für die Anspannung der Muskeln verantwortlich sind, und sensorische Anteile, die Empfindungen wie Schmerzen übertragen.

Es gibt aber auch weitere Nerven, die für die Kontinenz wichtig sind: Das vegetative Nervensystem besteht aus dem Parasympathikus (Vagusnerv) und dem Sympathikus. Der Parasympathikus stimuliert

die Darmtätigkeit und führt zu einer Anspannung der Harnblase. Der Sympathikus hingegen hemmt die Darmtätigkeit und entspannt die Harnblase.

**Der Beckenboden wird bei der Frau an drei Stellen durchbrochen:** Ganz vorne direkt hinter dem Schambeinbogen verläuft die Harnröhre von der Blase nach außen. Direkt dahinter befindet sich die Scheide und dahinter befinden sich der Enddarm und der After. Die Organe des Beckenbodens liegen oberhalb des Beckenbodens. Ganz vorne befindet sich die Blase, dahinter die Gebärmutter und dann folgt der Darm.

**Die haltgebenden Strukturen:** Die Harnröhre wird durch ein Band, das Ligamentum pubourethrale, in ihrer Position gehalten. Das Bindegewebe der vorderen Scheidenwand stützt die Harnröhre wie eine Hängematte. Auch an der Scheidenhinterwand gibt es eine stützende Bindegewebsschicht. Die Gebärmutter und das Scheidenende werden durch kräftige Bindegewebsschichten fixiert. Zur Seite hin ist es das Kardinalligament. Die kräftigste Struktur sind die beiden Sacrouterinbänder, die vom Kreuzbein zum Gebärmutterhals führen.

## Wie der Beckenboden funktioniert

Die Bandstrukturen und die Muskulatur verschließen das kleine Becken nach un-

ten und verhindern, dass sich die Harnröhre mit der Blase, die Gebärmutter und der Enddarm nach unten absenken. Dazu hat die Beckenbodenmuskulatur stets einen Ruhetonus. Beim Anspannen der Beckenbodenmuskulatur werden der Mastdarm und der Blasenhalsh angehoben. Das verschließt die Harnröhre und engt von hinten den Mastdarm ein. Gleichzeitig werden der Schließmuskel der Harnröhre und der After angespannt und dichten zusätzlich ab. Diese Anspannung läuft in der Regel unbewusst ab. Die Erhöhung des Drucks im Harnröhrenschließmuskel lässt sich beispielsweise schon wenige Millisekunden vor dem Hustenstoß nachweisen. Es ist in der Regel nicht möglich, die Muskeln im Beckenboden einzeln anzusteuern. Sie werden alle vom gleichen Nerv, dem Pudendusnerv, versorgt und ein bewusstes Anspannen des Beckenbodens führt zur Kontraktion aller Anteile der Muskulatur.

Das bewusste Anspannen der Beckenbodenmuskulatur führt aber nicht zum Abdichten von Harnröhre und Darm. Dies wird über Reflexe, also das autonome Nervensystem, geregelt. Blase und Darm wird so signalisiert, dass aktuell keine Entleerung möglich oder nötig ist und dass sie entspannen sollen. Eine gut funktionierende Beckenbodenmuskulatur ist damit wichtig für die Kontinenz für Harn, Stuhl und Winde. Voraussetzung dafür ist, dass die Nervenversorgung intakt ist.