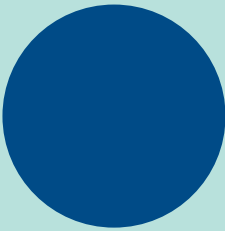


VERSTEHEN.
VERTRAUEN.
VERÄNDERN.



STUHLINKONTINENZ

Ein Wegweiser im Umgang mit
Stuhlinkontinenz

Impressum

Herausgeber und verantwortlich
für den redaktionellen Inhalt:
Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
1. Vorsitzender
Prof. Dr. med. A. Wiedemann
Friedrichstraße 15
60323 Frankfurt am Main

Satz und Druck:
Die Umwelt Druckerei
Digital- und Printmedien
Haus der Medien
Bödekerstraße 10
30161 Hannover

Layout, Design & Illustrationen
Rebecca Donner
www.rebecca-donner.de

Alle Rechte vorbehalten.
Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft behält
sich sämtliche Rechte an den Inhalten dieser
Publikation vor – einschließlich Nachdruck, Ver-
vielfältigung, öffentlicher Vorführung, Sendung
(z. B. über Funk, Fernsehen oder Tonträger)
sowie Speicherung in elektronischen Systemen.
Dies gilt auch für Auszüge und Abbildungen.

INHALTSVERZEICHNIS STUHLINKONTINENZ



DAS ERWARTET SIE IN DIESER BROSCHÜRE

- 12** Was man unter Stuhlinkontinenz versteht
- 14** Das Kontinenzorgan
- 17** Verschiedene Ursachen von Stuhlinkontinenz
- 26** Welche Therapieangebote gibt es?
- 32** Wie man wieder kontinent werden kann
- 36** Die richtigen Ansprechpartner auf einen Blick
- 38** Was Sie bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin erwartet
- 41** Checkliste:
Vorbereitung auf den Ärzt:innenbesuch
- 44** Informieren Sie sich:
Fachexpert:innen bei der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.

VORWORT

Stuhlinkontinenz – ein Thema, das viele Menschen betrifft, über das aber kaum gesprochen wird.

Vielleicht sind Sie selbst davon betroffen oder möchten einem nahestehenden Menschen gerne helfen. In jedem Fall ist es ein wichtiger Schritt, sich mit diesem sensiblen Thema auseinanderzusetzen. Stuhlinkontinenz kann die Lebensqualität stark beeinträchtigen – körperlich, emotional, sozial.

Sie sind nicht allein!

Die gute Nachricht ist: Aktuell gibt es zahlreiche Möglichkeiten der Diagnose, der Behandlung und der Unterstützung. Diese Broschüre möchte Ihnen Mut machen, Orientierung geben und leicht verständliche Informationen bereitstellen. Sie finden hier Wissenswertes zu Ursachen, Therapiemöglichkeiten und Hilfsangeboten. Unser Ziel ist es, Ihnen gute Wege aufzuzeigen, wie Sie wieder mehr Kontrolle, Sicherheit und Lebensfreude für Ihren Lebensalltag gewinnen können.

Sprechen Sie darüber – mit Fachexpert:innen, mit Angehörigen, mit Menschen Ihres Vertrauens. Offenheit ist der erste Schritt zu mehr Lebensqualität.

Verstehen. Vertrauen. Verändern.

STUHLINKONTINENZ?
KEIN GRUND SICH
ZURÜCK ZU ZIEHEN! ●

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie halten diese Broschüre in den Händen, weil Sie mehr über Inkontinenz wissen wollen – eine Krankheit, die Ihnen möglicherweise besser als Blasen- oder Darmschwäche bekannt ist. Vielleicht sind Sie selbst davon betroffen – oder jemand in Ihrer Familie oder aus dem näheren Freundeskreis. Die Wahrscheinlichkeit ist zumindest hoch. Denn allein in Deutschland gibt es 10 Millionen Betroffene! Sie alle leiden unter unwillkürlichem Harn oder/und Stuhlabgang, der ihr Alltagsleben stark beeinträchtigt. Die meisten sprechen nicht über das Thema – und erhalten deshalb auch keine Hilfe. Sie schweigen und bleiben mit ihren Beschwerden alleine. Es ist wichtig, offen mit dem Thema umzugehen und über die unterschiedlichen Formen von Harn- und Stuhlinkontinenz und die vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten zu sprechen.

Deshalb laden wir Sie ganz herzlich ein, mitzureden. Voraussetzung dafür ist eine gute Beratung, die wiederum fundiertes Wissen und umfassende Aufklärung voraussetzt.

Genau hier sieht die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V. ihre Aufgabe: Wir wollen über die modernen Therapiemöglichkeiten bei Inkontinenz aufklären und neue Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten vorstellen. Unser Ziel ist auch durch Prävention und Früherkennung der drohenden Zunahme der Erkrankungen entgegenwirken. Vor allem aber möchten wir eines: die Sprachlosigkeit aufheben und den Betroffenen Therapiemöglichkeiten aufzeigen. Harn- und Stuhlinkontinenz dürfen keine Tabuthemen sein! Ihre Ursachen, Formen, Diagnostik, Therapien und Versorgung müssen sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei

Mediziner:innen diskutiert und bekannt gemacht werden. Denn wir wollen, dass Ihr Leben lebenswert bleibt! In unseren Broschüren finden Sie die Antworten auf Ihre Fragen zu den verschiedenen Formen der Inkontinenz.

Informieren Sie sich, es lohnt sich.
Für Ihre Gesundheit.
Für Ihre Lebensqualität.
Für Ihr Leben.



Prof. Dr. Werner Kneist
3. Vorstandsvorsitzender



WIR SIND
FÜR SIE DA!

INKONTINENZ
IST GUT
BEHANDELBAR!



Mit der richtigen
Behandlung können
auch Sie ganz normal
am Leben teilhaben!

Sprechen Sie mit Ihrem
Arzt/Ihrer Ärztin über
Ihre Möglichkeiten!

WAS MAN UNTER STUHLINKONTINENZ VERSTEHT

Stuhlinkontinenz bedeutet, dass die frühkindlich erworbene Fähigkeit den Stuhl ort- und zeitgerecht abzusetzen verloren gegangen ist. Unwillkürlicher Verlust von Darminhalt, das kann Luft, Darmschleim oder Stuhl sein, ist die Folge.

WER IST VON STUHLINKONTINENZ BETROFFEN?

Zwar kann die Häufigkeit von Stuhlinkontinenz nur geschätzt werden und die Dunkelziffer ist hoch, aber es ist davon auszugehen, dass etwa 15-20 % der Bevölkerung im Alter von 25-75 Jahren eine Anal- bzw. Stuhlinkontinenz aufweisen.


Frauen sind im Verhältnis von 4 – 5 : 1 häufiger betroffen als Männer. Das hat anatomische Ursachen und hängt vor allem mit Geburten zusammen.

Stuhlinkontinenz ist eine Erkrankung der älteren Menschen, da mit nachlassender Gewebeelastizität vor allem des Beckenbodens auch eine Schwächung des Schließmuskels eintreten kann. Eine individuelle Disposition, aber auch Erkrankungen des Darmes, speziell des Enddarmes, sowie Übergewicht fördern die Entwicklung einer Stuhlinkontinenz.

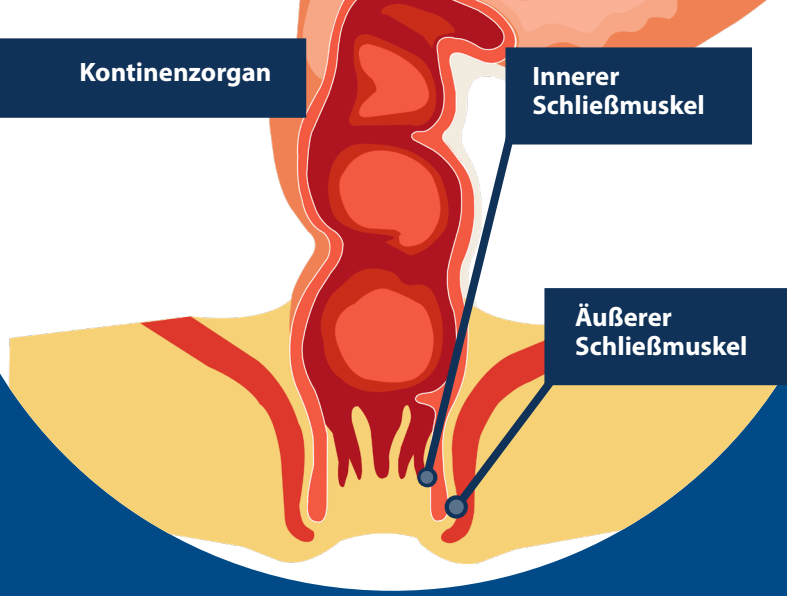
WANN SPRICHT MAN VON EINER STUHLINKONTINENZ?

Für die Bewertung des Schweregrades einer Stuhlinkontinenz wurden SCORE-Systeme erfunden, zum Beispiel das weltweit meist verwendete System von JORGE und WEXNER, das 1994 zum ersten Mal beschrieben wurde. Es werden die Inkontinenz-Ereignisse in ihrer Schwere (Luft, Schleim, flüssiger Stuhl, geformter Stuhl) und Häufigkeit (pro Tag, pro Woche) in einem Zahlensystem erfasst. Es ergibt sich eine Zahl von 1 bis 20, je höher der Wert, desto schwerer die Inkontinenz. Dieses System erlaubt auch eine Bewertung von den verschiedenen Behandlungserfolgen.

Stuhlinkontinenz wird also nach der Art und der Häufigkeit der Ereignisse klassifiziert.



INFORMATIONEN
FINDEN SIE
AUCH AUF:
[www.kontinenz-
gesellschaft.de](http://www.kontinenz-gesellschaft.de)



WAS IST DAS KONTINENZORGAN?

Den Abschluss des Enddarms bildet der sogenannte Schließmuskel. Dieser ist in die muskulären und bindegewebigen Strukturen des Beckenbodens eingelassen. Es gibt einen glattmuskulären (unwillkürlichen) **inneren Schließmuskel** und einen willkürlich zu beeinflussenden **äußeren Schließmuskel**, der aus quergestreifter Muskulatur besteht. Zusammen mit dem dehnbaren Enddarm – der als Reservoir für den Stuhl funktioniert – und den, in der Darmwand eingelagerten Nerven, wird diese gesamte Funktionseinheit als **Kontinenzorgan** bezeichnet.

Der innere Schließmuskel leistet 70 % der Verschlusskraft. Jede Erkrankung des Darmes oder der verschiedenen Komponenten des Kontinenzorgans kann zur Stuhlinkontinenz führen. Dem Beckenboden kommt in diesem fein abgestimmten System eine besondere Bedeutung zu.

WELCHE DIAGNOSTIK IST ERFORDERLICH?

Für das Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin sollten sich Betroffene vorbereiten. Grundlage jeder Diagnostik ist die Anamnese (Krankengeschichte). Anschließend erfolgt die Austastung des Enddarms – eine wichtige Untersuchung, bei der Schließmuskelkraft, Beckenboden und mögliche Aussackungen beurteilt werden können. Weiterführende Untersuchungen sind die Spiegelung des Enddarmes (Rektoskopie) und die Spiegelung des gesamten Dickdarmes (Coloskopie). Diese Untersuchungen erfordern eine Vorbereitung und spezielles Instrumentarium, das nicht in jeder Praxis vorhanden ist. Obligatorisch für die Schließmuskeluntersuchung ist die s.g. Druckmessung. Es gibt hierfür verschiedene Untersuchungsgeräte, denen gemeinsam ist, dass ein Messfühler in den Enddarm eingeführt wird, beim vorsichtigen Herausziehen des Messfühlers werden die Druckverhältnisse im Schließmuskelbereich elektronisch registriert. Die Messwerte ergeben als Schaubild einen Überblick über die Schließmuskelkraft. Gemeinsam mit der Ultraschalluntersuchung ist eine Lokalisation der Schädigung möglich. Eine weitere bildliche Darstellung erfolgt bei der Defäkographie. Dabei wird der Enddarm mit Kontrastmittel gefüllt und der Entleerungsvorgang im Röntgenbild verfolgt. Hier können Wandveränderungen entdeckt und Veränderungen des Beckenbodens dargestellt werden. Ergänzend, aber für eine eventuelle Operationsplanung sehr wichtig, ist die Darstellung des Ortes der Schädigung in der Kernspintomographie.

WAS KANN STUHLINKONTINENZ VERURSACHEN?

Schädigungen des
Schließmuskels oder der Analhaut.

Beckenboden-Insuffizienz

Durchfall-Erkrankungen

Nervenschädigungen

Verstopfung/
Darm-Motilitätsstörungen

Anorektale Fehlbildungen

SCHÄDIGUNG DES SCHLIEß- MUSKELS UND/ODER DER ANALHAUT

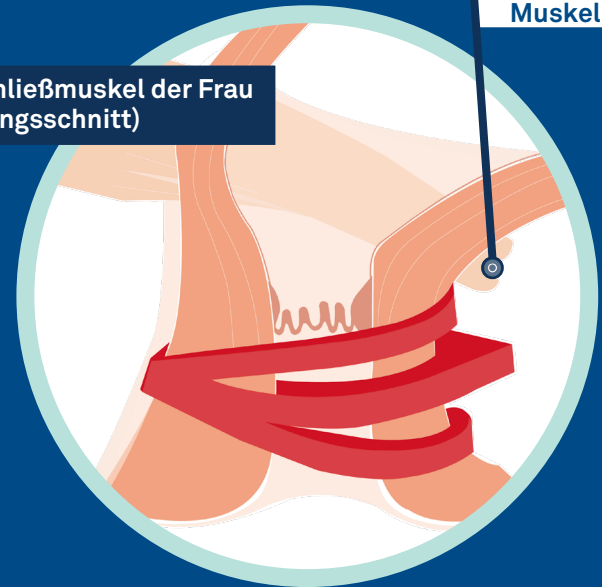
Frauen sind von Stuhlinkontinenz häufiger betroffen, da ihr Schließmuskel schwächer als der des Mannes angelegt ist.

Es gibt eine direkte Schädigung des Schließmuskels beim Geburtstrauma oder bei operativen Eingriffen, z.B. Fistel-Operationen, dabei ist oft ein Verlust der sensiblen Analhaut unvermeidlich.

Das Geburtstrauma (Dammriss) ist eine der häufigsten Ursachen für eine spätere Stuhlinkontinenz der Frau. Beim Durchtritt des kindlichen Kopfes kann es, trotz Dammschnitt zum Einreißen des Schließmuskels (Sphinkter) kommen. Sichtbare Verletzungen werden sofort versorgt, aber ein großer Teil der Verletzungen geschieht unter der Haut, sodass diese nicht erkannt werden können und erst im späteren Leben als Schließmuskelschwäche in Erscheinung treten.

Eine indirekte Schädigung ist bei der Prolapserkrankung gegeben. Der Vorfall von Analkanal oder Enddarmanteilen dehnt den Schließmuskel chronisch auf, er verliert damit seine Verschlusskraft.

Schließmuskel der Frau
(Längsschnitt)



Puborectalis
Muskel

Schließmuskel des Mannes
(Längsschnitt)



BECKENBODEN- INSUFFIZIENZ

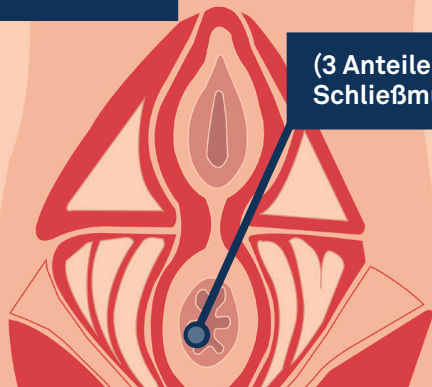
Der Beckenboden ist der untere Abschluss des Bauchraumes, er „trägt“ die Bauchorgane. Er besteht aus einem straffen Verbund von Muskeln und Bindegewebe. Man kann sich leicht vorstellen, dass im Laufe des Lebens, wenn die Elastizität des Gewebes nachlässt – besonders bei Übergewicht – der Beckenboden tiefer tritt und die natürlich angelegten „Schwachstellen“, Scheide und After, aufgedehnt werden. Die Organe des Beckens (Blase, Gebärmutter, Enddarm) können durch diese aufgeweiteten Öffnungen herausreten, die Verschlussmechanismen von Blase und Darm funktionieren nicht mehr. Die Folgen sind Harn- und Stuhlinkontinenz.

Den Beckenboden stärken

Sehr frühzeitig sollte dem Beckenboden Beachtung geschenkt werden. Speziell nach Operationen und Geburten ist ein gezieltes Beckenbodentraining dringend zu empfehlen. Wie bei vielen Gesundheitsstörungen ist die Gewichtsreduktion bei Übergewichtigen anzuraten.

Beckenboden der Frau

(3 Anteile des äußeren Schließmuskels)



DURCHFALLERKRANKUNGEN

Dünnflüssiger Stuhl kann auch beim sonst Gesunden die Kraft des Schließmuskels überfordern. Typische Beispiele sind die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Diese sind auch Durchfallerkrankungen mit sehr hoher Stuhlfrequenz.

Der Morbus Crohn neigt außerdem, bei Befall des Enddarmes, zu Fistelbildungen, die den Schließmuskel nachhaltig schädigen können. Die Colitis ulcerosa führt über chronisch entzündliche Wandveränderungen im Enddarm zum Verlust der Reservoirfunktion dieses Darmabschnitts und damit zur Inkontinenz. Es ist verständlich, dass zuerst die Grunderkrankungen behandelt werden müssen, dann können eventuelle Schäden am Schließmuskel saniert werden.

NERVENSCHÄDIGUNGEN

Nervenschäden können als zentrale Schäden bei Schlaganfällen, Demenz oder bei Erkrankung, wie Multiple Sklerose auftreten. Radikale Tumoroperationen im kleinen Becken, Überdehnungen etwa bei vaginalen Entbindungen oder auch Bandscheibenvorfälle sind weitere mögliche Ursachen für eine Schädigung des Steuerungssystems der analen Kontinenz. Auch hier steht bei generalisierten Erkrankungen die Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund.

Da die Nervensteuerung geschädigt ist, kann die Muskulatur des Schließmuskels nur direkt stimuliert werden, ein Effekt wird dabei eher über die Kräftigung des Beckenbodens erreicht.

Eine vielversprechende, operative Standardmethode ist die sakrale Neuromodulation, die bei verschiedenen Ursachen der Stuhlinkontinenz eingesetzt werden kann. Sie nutzt die Nerven im Becken, um mit Hilfe eines Schrittmachers die gestörte Kommunikation zwischen dem Enddarm und dem Gehirn wiederherzustellen. Es kann auf Hilfsmittel wie Analtampons zurückgegriffen werden, diese bieten für 12 Stunden Schutz.

DARM- MOTILITÄTS- STÖRUNGEN (VERSTOPFUNGEN)

Wenn ein Mensch weniger als 3 Stuhlgänge pro Woche hat, spricht man von Verstopfung (Obstipation) oder umgangssprachlich von einem „trägern Darm.“ Es gibt angeborene und erworbene Störungen der Darmmotilität (Beweglichkeit, Peristaltik). Häufiger als eine angeborene (konstitutive) Anomalie, ist jedoch die zu geringe Flüssigkeitszufuhr die Ursache für eine Verstopfung.

Der Körper benötigt, auch für eine regelrechte Darmfunktion, 2 – 2,5 Liter Flüssigkeit pro Tag. Wird weniger zugeführt, wird mehr Flüssigkeit im Dickdarm aufgenommen, der Stuhl dickt ein.

**Die beste Therapie:
die Erhöhung der Trinkmenge.**

Vom Gebrauch von Abführmitteln ist abzuraten, da zur Erzielung einer Wirkung, wegen einer Gewöhnung des Darmes, immer höhere Dosen verwendet werden müssen, außerdem wird bei langzeitigem Gebrauch die Darmwand geschädigt.

Ein Phänomen ist der so genannte „paradoxe Stuhlgang“. Wenn fester Stuhl im Darm festsetzt, versucht der Darm über eine vermehrte Schleimproduktion die Verstopfung zu beseitigen. Es wird dünnflüssiger „Stuhl“ (stuhliger Darmschleim) abgesetzt, obwohl eine extreme Verstopfung vorliegt. Wiederholte Darmspülungen können hier helfen.

ANOREKTALE FEHLBILDUNGEN (ANALATRESIE)

Man versteht hierunter unterschiedlich stark ausgeprägte Störungen der embryonalen Enddarmentwicklung. Sie reichen von Fehlmündungen am Beckenboden mit Fisteln zu Blase, Urethra und Vagina bis hin zum vollständigen Darmverschluss. Die Sphinkter- und Beckenbodenmuskulatur ist mit fehlgebildet und meist schwach angelegt.

Die operative Korrektur stellt die Darmkontinuität bis zur Sollstelle her. Bestehende Fisteln zu Nachbarorganen müssen verschlossen werden. Für die spätere Kontinenzentwicklung ist es notwendig, die Sphinktermuskulatur und den Beckenboden zu rekonstruieren.

Infos unter: www.kontinenz-gesellschaft.de // Rubrik:Patienten

INKONTINENZ IST
GUT BEHANDELBAR.
GEHEN SIE ZU IHRER
ÄRZT:IN, UM DIE UR-
SACHEN FESTSTEL-
LEN ZU LASSEN. SIE
SIND NICHT ALLEIN!

WELCHE THERAPIE - ANGEBOTE GIBT ES?

Die Behandlung von Grunderkrankungen, die zur Stuhlinkontinenz führen können, ist zuerst erforderlich.

Grundsätzlich sind diese zwei Therapien bei jeder Behandlung der Stuhlinkontinenz notwendig

STUHLGANGS-
REGULIERUNG

BECKENBODEN-
GYMNASTIK

STUHLGANGSREGULIERUNG UND BECKENBODENGYMNASTIK

Stuhlgangsregulierung heißt einen geschmeidigen Stuhl zu produzieren, der ohne Druck abgesetzt werden kann. Allerdings kann ganz im Gegensatz zu der meist erforderlichen Verdünnung des Stuhles, bei Durchfallerkrankungen eine Eindickung erforderlich werden. Die Beratung und Abstimmung ist nur individuell möglich.

Auf die **Bedeutung des Beckenbodens** für die Kontinenzleistung wurde schon hingewiesen. Ein gezieltes Training des Beckenbodens verstärkt die Haltekraft und wirkt einer Aufdehnung entgegen.



REKTALE DARMIRRIGATION

Die Darmirrigation ist eine einfach durchzuführende Darmspülung mit vielfältiger Wirkung auf den Enddarm.

Sie sorgt nicht nur für Entleerung und Reinigung, sondern aktiviert auch die Darmwand.

Die Darmspülung unterstützt das Entleerungsreflexmuster und bessert die Sauberkeit bei Obstipation und Inkontinenz. Zudem wird die Wahrnehmung für Stuhl, Flüssigkeit und Luft geschult.

Eine weitere Methode ist die passive/aktive Stimulation mit Schwellstromgeräten. Schwache Ströme kräftigen Schließmuskel und Beckenboden direkt. In einer Stufenbehandlung wird die Stimulation mit aktiven Anspannungsübungen kombiniert und schließlich in eine Biofeedback-Dauerbehandlung überführt. Diese ist entscheidend, um den Trainingserfolg zu sichern. Erste messbare Verbesserungen zeigen sich nach frühestens sechs Monaten.



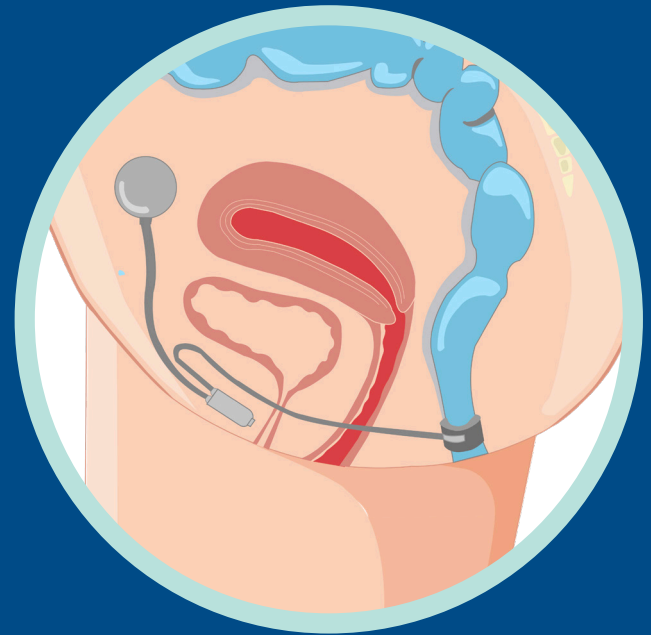
OPERATIVE BEHANDLUNG

Operative Behandlungen kommen beispielsweise beim Prolaps, bei Rektocelen und Fistelleiden zum Einsatz – mit dem Ziel, eine möglichst normale Anatomie wiederherzustellen.

Der **Schließmuskel** selbst kann als Ring rekonstruiert werden, es wurden Methoden entwickelt, die eine deutliche Verbesserung der Funktion erreichen. Für den Schließmuskelerersatz stehen zwei operative Methoden zur Verfügung, die **Gracilis-Plastik** und der **künstliche Sphinkter**. Die Indikation ist für beide Methoden identisch: der irreparabel zerstörte Sphinkter (Schließmuskel). Bei der Gracilis-Plastik wird ein Muskel vom Oberschenkel mobilisiert und um den Schließmuskel geschlungen. Durch eine Stimulation mittels eines Schrittmachers wird die Kontinenz erreicht.

Der **künstliche Schließmuskel** besteht aus einem mit Flüssigkeit gefüllten bandförmigen Kissen, das über ein vollständig unter der Haut verpflanztes System gefüllt und entlastet werden kann. Hierfür ist ein Ventil mit der Hand zu bedienen, sodass eine gezielte Steuerung möglich ist.

Beide Methoden sind operativ aufwändig. Besonders bei dem künstlichen Schließmuskel ist die Komplikationsrate wegen des Fremdmaterials hoch. Die mittel- und langfristigen Erfahrungen mit dem künstlichen Schließmuskel werden von den Patienten positiv beurteilt. Zurzeit wird die **sakrale Nervenstimulation** als operatives Verfahren bevorzugt. Wenn alle anderen Methoden fehlgeschlagen sind, kann auch eine **Stoma-Anlage** in Betracht gezogen werden, um die Lebensqualität wiederherzustellen.



WIE KANN MAN WIEDER KONTINENT WERDEN?

Diese Frage ist immer nur ganz individuell zu beantworten. Der erste schwierige Schritt ist die innere Bereitschaft, sich seinem Problem zu stellen und Hilfe zu suchen. In den meisten Fällen ist Hilfe möglich, deshalb zögern Sie nicht, Vertrauen Sie sich einer Fachexpert:in an.

Infos unter: www.kontinenz-gesellschaft.de

// Rubrik: Expertensuche

**SPRECHEN SIE
MIT IHREM ARZT/
IHRER ÄRZTIN**

SPRECHEN SIE DARÜBER!

Es gibt viele Therapieoptionen, um die Ursachen und Ausmaße Ihrer individuellen Beschwerden deutlich zu verbessern. Voraussetzung dafür ist eine gründliche Diagnose.

Da es sehr unterschiedliche Formen der Inkontinenz gibt, ist eine schrittweise Aufdeckung der Ursachen und eventueller körperlicher Funktionsstörungen erforderlich, um die richtige Behandlungsmethode für Ihre Situation wählen zu können.

Die Basisuntersuchungen bei Inkontinenz können bei jedem Arzt/jeder Ärztin erfolgen, empfehlenswert ist aber der Besuch beim/ bei der Fachärzt:in.



SIE SIND
NICHT
ALLEIN!

INKONTINENZ
KANN JEDEN
BETREFFEN!



WER SIND DIE RICHTIGEN ANSPRECHPERSONEN?

Ärzt:innen folgender Fachrichtungen stehen Ihnen mit Rat und Tat zur Seite und helfen tagtäglich vielen Menschen, für ihre individuelle Erkrankung eine Lösung zu finden.

Apotheken und Sanitätshäuser stehen beratend z. B. bei der Auswahl von Hilfsmitteln, die jeder Arzt/jede Ärztin verschreiben kann, zur Verfügung. Darüber hinaus helfen Apotheken immer dann, wenn viele Medikamente eingenommen werden, Unverträglichkeiten aufzudecken oder Einnahmевorschriften zu befolgen sind.

Infos unter: www.kontinenz-gesellschaft.de
// Rubrik: Expertensuche

FACHRICHTUNGEN INKONTINENZ

Urologie

Erkrankungen der Nieren,
Harnleiter, Harnblase,
Prostata, Harnröhre

Gynäkologie

Erkrankungen der Frau

Proktologie

Erkrankungen des
Enddarmes

Chirurgie

Erkrankungen , die operativ
behandelt werden

Neurologie

Erkrankungen des
Nervensystems

Geriatric

Altersbedingte
Erkrankungen

WAS ERWARTET SIE BEIM ARZT/ BEI DER ÄRZTIN?

Die Basisuntersuchungen bei Inkontinenz können bei jeder Ärzt:in erfolgen. Besondere Expertise und die Bereitschaft, sich um Harn- und Stuhlinkontinenz zu kümmern weisen die Ärzt:innen aus, die als Beratungsstellen der Deutschen Kontinenz Gesellschaft anerkannt sind. Sie verfügen auch über die messtechnischen Voraussetzungen, um Ursachen einer Inkontinenz aufzudecken und eine Therapie zu planen (Expertensuche auf www.kontinenz-gesellschaft.de).

Darüber hinaus können Ihnen auch die Kontinenz- und Beckenbodenzentren helfen. In jedem zertifizierten Kontinenz- und Beckenbodenzentrum arbeiten die Fachbereiche Urologie, Gynäkologie und Chirurgie interdisziplinär zusammen. Insbesondere komplexe und schwierige Inkontinenzformen können so behandelt werden. Hierbei können Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin unterstützen, indem Sie Ihre Symptome genau beobachten. Ein s.g. Miktionsprotokoll (Urinprotokoll)/Stuhlprotokoll hilft Ihnen, Ihr eigenes Verhalten besser kennenzulernen, um Unregelmäßigkeiten aufzudecken und die Fragen des Arztes/der Ärztin gut beantworten zu können. Ihr Arzt/Ihre Ärztin wird Ihnen ggf. unter Zuhilfenahme von standardisierten Fragebögen (Assessments) detaillierte Fragen stellen. Nach der Befragung wird man Sie sorgfältig körperlich untersuchen. Ggf. schließen sich dann auch weitere Untersuchungen an. Das ist zumeist dann der Fall, wenn die initiale Therapie nicht gewirkt hat oder die Inkontinenzform mit den genannten Maßnahmen nicht festgelegt werden kann.

INFO!

Das Stuhlprotokoll können Sie auf der Seite der Deutschen Kontinenz Gesellschaft herunterladen oder bei unserer Geschäftsstelle anfordern.

CHECKLISTE FÜR DIE SPRECHSTUNDE

BEREITEN SIE SICH AUF IHREN PRAXISBESUCH VOR:

Welches Problem haben Sie?

- Harninkontinenz
- Stuhlinkontinenz
- Harn- und Stuhlinkontinenz

Wieviel Liter trinken Sie am Tag?

Frauen: Haben Sie Kinder geboren?

- nein
- ja, spontan
- ja, mit Dammriss
- Ja, mit Dammschnitt
- Ja, durch Kaiserschnitt

Frauen: Wie häufig bekommen Sie Ihre Periode?

- regelmäßig unregelmäßig
- Ich bin in den Wechseljahren/Menopause

Nehmen Sie Medikamente ein?

- ja nein
wenn ja, welche?
- Abführmittel

Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Diabetes Mellitus
- Parkinson-Syndrom
- Prostata-Vergrößerung oder Entfernung (Mann)

Hatten Sie Operationen, einen Unfall, Bestrahlung?

- Ja nein
- wenn ja, welche?

Haben Sie häufig Stuhlentleerungsstörungen?
 ja nein

Können Sie den Stuhl nicht immer halten oder gehen Ihnen unkontrolliert Winde ab?
 ja nein

Haben Sie Stuhlschmierer?
 ja nein

Häufigkeit:
 1x/Tag mehrfach
 1x/Woche mehrfach
 1x/Monat mehrfach

Benötigen Sie Hilfsmittel?
 Vorlagen
 Tampons



GEHEN SIE DEN
ERSTEN SCHRITT!
WENDEN SIE SICH
AN SPEZIALISIERTE
ÄRZT:INNEN

WIR SIND FÜR SIE DA!

Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft bietet Kontakt zu **1000 Ärzt:innen**, von denen die meisten als ärztliche Beratungsstellen anerkannt sind.

Darüber hinaus finden Sie hier auch die Kontakte zu den zertifizierten Kontinenz- und Beckenbodenzentren. Die Zertifizierung der Kontinenz- und Beckenbodenzentren erfolgt in einem gemeinsamen Verfahren durch die Deutsche Kontinenz Gesellschaft (DKG), die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), die Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK) gemeinsam mit der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP), der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (GAV) und der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU).

Außerdem finden Sie bei der Deutschen Kontinenz Gesellschaft die zertifizierten Zentren für Interstitielle Zystitis, die die Deutsche Kontinenz Gesellschaft (DKG) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) zertifiziert.

Auf unserer Website können Sie sich in Ruhe über Inkontinenz informieren. Die anerkannten ärztlichen Beratungsstellen und alle zertifizierten Kontinenz- und Beckenbodenzentren, sowie Zentren für Interstitielle Zystitis finden Sie in der Expert:innersuche auf:

www.kontinenz-gesellschaft.de
Expertensuche



WER STEHT HINTER DER DEUTSCHEN KONTINENZ GESELLSCHAFT E.V.?

Mitglieder der DKG sind in erster Linie Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Apotheker:innen und Physiotherapeut:innen. Förderer sind vor allem Unternehmen, die besondere Erfahrungen auf den Gebieten der Inkontinenz-Diagnose und Behandlung, sowie bei der Versorgung Betroffener mit Heil- und Hilfsmitteln haben.

VORSTAND

1. Vorsitzender

Univ.- Prof. Dr. med. Andreas Wiedemann
Chefarzt Klinik für Urologie
Ev. Krankenhaus Witten GmbH
Pferdebachstraße 27
58455 Witten

2. Vorsitzende

Univ.- Prof. Dr. med. Christl Reisenauer
Leitende Ärztin der Sektion Urogynäkologie
Universitäts-Frauenklinik Tübingen
Calwerstr. 7
72076 Tübingen

Schatzmeister

Univ.-Prof. Dr. med. Werner Kneist
Direktor der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Thoraxchirurgie
Klinikum Darmstadt GmbH
Grafenstraße 9
64283 Darmstadt

GESCHÄFTSSTELLE

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
Friedrichstraße 15, 60323 Frankfurt am Main
Tel. 069-795 88 393 • Fax 069-795 88 383
info@kontinenz-gesellschaft.de

WEITERE ADRESSEN

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
www.kontinenz-gesellschaft.de

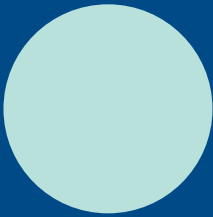
Inkontinenz Selbsthilfe e.V.
www.inkontinenz-selbsthilfe.com

World Federation of Incontinence
and Pelvic Problems (WFIPP)
www.wfipp.org
www.supportincontinence.org

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe,
Urologie, Proktologie (AG GGUP) im Deutschen
Verband für Physiotherapie ZVK e. V.
www.ag-ggup.de

FOTONACHWEISE

Stockfotos © Adobe Stock
Stockfotos © Shutterstock
Fotografie Seite 9: Matthias Pfeiffer



INFOS UNTER:
[www.kontinenz-
gesellschaft.de](http://www.kontinenz-gesellschaft.de)