

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	75 (1977)
Heft:	6
Artikel:	Die Urininkontinenz der Frau
Autor:	Dreher, E.
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-950727

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern
(Direktor: Prof. M. Berger)

Die Urininkontinenz der Frau

Einleitung

Sehr häufig wird die Hebamme mit der Klage einer Schwangeren konfrontiert, dass sie öfters unwillkürlich Urin verliere. Eine gute Antwort fällt den meisten Hebammen schwer, da sie auf dem Gebiet der Urininkontinenz der Frau und besonders der Schwangeren nie ausgebildet, beziehungsweise weitergebildet wurden. Ich würde mich sehr freuen, wenn durch meinen kurzen Artikel auf diesem Gebiet grösseres Interesse zu wecken wäre, zumal gerade die Hebammen bei der Prophylaxe von Senkungszuständen des Genitale und der Urininkontinenz der Frau Bedeutendes leisten könnten (und auch meistens unbewusst tun).

Eine Umfrage bei 4211 Schwesternschülerinnen in Baltimore ergab in über 50% einen gelegentlichen unwillkürlichen Harnabgang. Bei schwangeren Frauen erhöht sich der Prozentsatz bis auf 67%. Diese Zahlen lassen annehmen, dass eine geringfügige Urininkontinenz als normal angesehen werden kann. Erst wenn dieser Zustand vom Patienten oder eventuell von seiner Umgebung als störend empfunden wird, sollte er als pathologisch bezeichnet werden. In schweren Fällen können Gesellschaftsunfähigkeit, ja Isolation und schwere Depression Folge des Leidens werden.

Die Gründe für den unwillkürlichen Urinabgang sind vielfältig, immerhin erlauben einfache Untersuchungen auch dem nicht spezialisierten Arzt in 9 von 10 Fällen die richtige Diagnose der Harninkontinenz zu stellen.

Im allgemeinen bedürfen weniger als 10% der Patienten mit Urininkontinenz einer Behandlung.

Der Blasenverschluss

Einen eigentlichen Sphinctermuskel gibt es bei der Harnröhre der Frau nicht. Die Muskulatur des Beckenbodens, insbesondere Anteile des Musculus transversus perinei profundus umschlingen die Harnröhre auf Höhe des Diaphragma urogeni-

tale U-förmig und endigen im Gewebe neben der Urethra und neben der Vagina; sogenanntes paraurethrales und paravaginales Gewebe. Im mittleren Drittel der Harnröhre 10–15 mm unterhalb des Blasenausgangs zeigt die Harnröhre die stärkste Verschlusskraft und nicht – wie früher angenommen wurde – am Blasenausgang selbst. Von grosser Wichtigkeit ist aber die Lage der Urethra im Verhältnis zum kleinen Becken. Ein Drittel der Urethra muss noch oberhalb der Symphyse verlaufen, das heisst es verläuft intraperitoneal. Dieses Harnröhrenstück ist wichtig beim Husten, denn dann kann der Bauchdruck, der beim Husten entsteht, ebenfalls noch die Harnröhre komprimieren.

Die normale Miktion

Eingeleitet wird das Wasserlösen durch Kontraktionen der Blasenmuskulatur, des Musculus detrusor vesicae und/oder Er-

Tabelle 1

Einteilung der Urininkontinenz der Frau

1. Druck- oder Stressinkontinenz

Ungenügender Blasenverschluss (Urethralinsuffizienz); unfreiwilliger Urinabgang bei Erhöhung des intraabdominalen Drucks (zum Beispiel bei Lachen, Husten, Niesen).

2. Drang- oder Urge-Inkontinenz

Gestörte Blasenfunktion, besonders pathologisch gesteigerter Tonus der Detrusormuskulatur; gehäuft Drang zum Wasserlassen.

Bei bakterieller Blasenreizung; Strahlensblase; Reizblase.

3. Neurogene Inkontinenz

Bei Schädigung der Blasennervierung, zum Beispiel bei Tabes dorsalis, multipler Sklerose, Myelitis, diabetischer Neuropathie, Tumoren und Verletzungen des ZNS.

4. Psychogene Inkontinenz

Zum Beispiel bei Neurosen.

höhung des Druckes im Bauchraum mit Hilfe des Zwerchfells und der Bauchpresse. Gleichzeitig erschlafft die Beckenbodenmuskulatur. Der Winkel zwischen Harnröhre und Harnblase verstreckt, so dass der Blasenhals trichterförmig wird. Während der Miktion übersteigt der Blasendruck den Harnröhrendruck um 10 cm Wassersäule. Nach der Miktion ist der Druck in der Urethra um 7 cm Wassersäule höher als in der Blase. Kontinenz setzt somit voraus, dass der Druck in irgendeinem Abschnitt der Harnröhre grösser ist als in der Blase. Andererseits besteht Inkontinenz dann, wenn bei normalem Blasendruck der Urethraldruck herabgesetzt ist, die sogenannte Druck- oder Stressinkontinenz; oder bei normalem Urethraldruck der Blasendruck erhöht ist, die sogenannte Drang- oder Urge-Inkontinenz. Ebenfalls findet man das letztere bei neurogenen Veränderungen. Mischformen beider Zustände sind häufig.

Man unterscheidet verschiedene Inkontinenzgruppen, welche in Tabelle 1 zusammengefasst sind.

Die Druck- oder Stress-Inkontinenz

Die ersten Anzeichen einer Stress-Inkontinenz treten meist in der Schwangerschaft auf. Mit steigender Parität nimmt sie an Häufigkeit und Schweregrad zu. Auch der Eintritt der Menopause hat einen gewissen Einfluss auf das Zustandekommen der Stress-Inkontinenz. Faktoren, die zur Stress-Inkontinenz prädisponieren, sind allgemeine Bindegewebsschwäche, Adipositas, chronische Bronchitis und schwere körperliche Arbeit. Ebenso können Narben nach wiederholten Operationen oder schlechtgenährte sich einziehende Episiotomien die Harnröhre zu einem starren Rohr deformieren, so dass die hydraulischen Grundgesetze ihre Gültigkeit verlieren. Die Grundursache der Stress-Inkontinenz liegt in einer Verminderung des Harnröhrendruckes, welcher so dem erhöhten Abdominaldruck beim Husten, Niesen und Lachen nicht mehr standhält. Erschlaffung der Beckenbodenmuskulatur mit Senkung der Gebärmutter und der Scheidenwände und dadurch Verkürzung und Senkung der Harnröhre sind nach unserer Auffassung die Hauptursache.

Der Grundstein zu diesen Veränderungen wird unter der Geburt und in der Rückbildungssphase des Uterus gelegt:

1. Veränderungen unter der Geburt – Überdehnung des Beckenbodens, zum Beispiel bei Geburtsstillstand über 30 Minuten auf Beckenboden, keine oder späte Episiotomie (wenn der Damm weiss wird entstehen subcutane Risse, die nicht mehr genäht werden können. Die Episiotomie also frühzeitig schneiden!)

2. Veränderungen im Wochenbett – zum Beispiel Infektionen der Gebärmutter, starkes Pressen beim Stuhlen, zu frühe körperliche Arbeit in den ersten sechs Wochen nach der Geburt (Senkung bei Landfrauen gehäuft!)

Dazu kommt ein gewisser Tonusverlust der Urethralschleimhaut, deren kavernöses Gewebe und der Urethralmuskulatur insbesondere zu Beginn der Menopause infolge Östrogenmangels.

Die Urininkontinenz, besonders gegen Ende der Schwangerschaft ist ebenfalls eine Stress-Inkontinenz. Durch Grösserwerden des Uterus steht die Blase und die Harnröhre unter Zug, die Beckenbodenmuskulatur kann nicht mehr voll wirken. Anamnestisch zeigt die Patientin Urinabgang beim Husten, Niesen und Lachen (Schweregrad I), beim Heben schwerer Lasten, Treppensteinen oder Fersengang (Schweregrad II), oder im Stehen (Schweregrad III).

Folgendes Vorgehen ist zur Diagnosestellung sinnvoll: Bei der gynäkologischen Untersuchung findet sich eine Senkung der Gebärmutter und der Scheide, insbesondere muss man auf eine Senkung der Harnröhre selbst achten. Wird die Patientin auf dem Untersuchungsstuhl aufgefordert zu pressen oder zu husten, geht Urin in kleinen Spritzern ab. Zur Erhärtung der Diagnose wurde früher häufig ein laterales Cystogramm durchgeführt; das ist die Darstellung der Harnblase mit einem Kontrastmittel und Einlegen einer Kette in die Harnröhre. Es werden seitliche Röntgenbilder von der Patientin im Stehen ohne und mit Pressen aufgenommen. Diese Methode wird heute nur noch selten angewandt. Insbesondere bringt diese keine gute Diagnosestellung nach bereits durchgeführten Operationen. Bei uns an der Universitäts-Frauenklinik hat sich zur Diagnose der Stress-Inkontinenz die kontinuierliche Druckmessung in der Blase, in der Harnröhre und im Bauchraum, die sogenannte Cysto-Urethro-Abdominotonometrie bestens bewährt. Bei diesem Verfahren wird gleichzeitig der Druck in der Blase und in der Harnröhre und im Bauchraum gemessen und miteinander verglichen. Beim Husten und Niesen muss der Druck in der Harnröhre höher sein als in der Blase, dann ist die Patientin kontinent. Die gleichzeitige Messung des Druckes im Bauchraum wird durch einen Katheter im Rectum vorgenommen. Dadurch kann ein erhöhter Blaseninnendruck von einem erhöhten Bauchinnendruck unterschieden werden.

Die Therapie der Wahl ist, ausser bei leichten Fällen, die Operation. In einer

neulich erschienenen Arbeit werden 157 unterschiedliche Inkontinenz-Operationen aufgezählt. Nach den ihnen zugrunde liegenden Prinzipien lassen sich folgende Operationsgruppen unterscheiden:

1. Raffung von Blasenhals und Urethralwand, sogenannte Trigonoplastik, Stöckel-Plastik, Kolporrhaphie.
2. Operationen an der Urethra selbst.
3. Unterpolsterungs-Operationen (hierbei wird Muskulatur des Beckenbodens unter die Urethra gelegt und dadurch die Urethra angehoben).
4. Schlingen-Operationen (hierzu wird neuerdings menschliche lyophilisierte Dura verwandt); die Schlinge wird unter der Harnröhre durchgezogen und in die Bauchdeckenfaszien eingenäht.
5. Suspensions-Operationen. Wird sie von vaginal und abdominal gemacht, dann heisst sie Pereyra-Operation; wird sie nur von abdominal durchgeführt, das heisst wird das Gewebe neben der Urethra an die Beckenwand angenäht, ist es die sogenannte Marshall-Marchetti-Operation.

Die Urge-Inkontinenz

Die Drang- oder Urge-Inkontinenz beruht auf einer gestörten Blasenfunktion, vor allem auf einem erhöhten Blasentonus. Der unwillkürliche Harnabgang bei Urge-Inkontinenz kommt dadurch zustande, dass der bereits erhöhte intravesikale Druck durch eine abdominale Drucksteigerung, zum Beispiel beim Niesen, Husten, Pressen noch weiter ansteigt und sich der Urethralverschluss nicht mehr anpassen kann.

Dieser erhöhte Blaseninnendruck, der zur Urge-Inkontinenz führt, kann bedingt sein durch:

- eine bakterielle Entzündung der unteren Harnwege,
- eine hypertone und/oder hyperreflektorische Reizblase,
- eine hypertone Strahlenblase.

Die Erkrankung von Blase und Harnröhre durch Bakterien führt zu einer akuten oder chronischen Cystitis beziehungsweise Urethritis, wodurch die Detrusormuskulatur gereizt wird. Der intravesikale Druck ist erhöht, die Blasenkapazität vermindert. Für die hypertone und/oder hyperreflektorische Reizblase finden sich zahlreiche Ursachen. Sie lassen sich in zwei aetiologische Hauptgruppen einteilen: in organische Veränderungen an Nachbarorganen der unteren Harnwege, Entzündungen der Gebärmutter, Eileiter, Scheide, Darm und in Störungen des psycho-vegetativen und/oder endokrinen Systems (neuro-hormonale Reizblase).

Bei der Bestrahlung oder Nachbestrahlung von Carcinomen des Genitalbereiches kommt es immer zu einer Mitbeteiligung der Harnblase. In einer grösseren Statistik finden sich nach gynäkologischen Strahlentherapien eine Erhöhung des Blasento-

nus um 30–50% und eine Verringerung der Blasenkapazität um durchschnittlich 20%.

Hauptsymptom der Urge-Inkontinenz ist die Pollakisurie (Wasserlöszen mehr als zehnmal pro Tag), die bei der echten Cystitis bei Tag und Nacht besteht, bei der Reizblase nachts durch die Bettwärme verschwindet.

Das gehäufte Wasserlassen wird von einem schmerhaften Harndrang eingeleitet. Zudem bestehen Dauerschmerzen beim Wasserlöszen und ziehende Schmerzen hinter der Symphyse, die bei der gynäkologischen Untersuchung differenzialdiagnostisch gegen genitale Entzündungen abzugrenzen sind. In schweren Fällen können äusserst schmerzhafte Blasenkrämpfe beziehungsweise Harnröhrenkrämpfe auftreten.

Die Diagnose einer Urge-Inkontinenz ist aufgrund der Anamnese leicht zu stellen. Um eine erfolgsversprechende Therapie einleiten zu können, ist eine Differenzierung der verschiedenen Urge-Formen unerlässlich. Charakteristisch für alle drei Formen der Urge-Inkontinenz sind Pollakisurie, Schmerz und erhöhter Blasendruck. Der maximale Harndrang, der normalerweise bei einer Blasenfüllung von 300–400 ml auftritt, wird bereits bei 100–300 ml angegeben. Es besteht eine Hyperreflexie der Blasenmuskulatur infolge Übererregbarkeit. Beim langsamem retrograden Auffüllen der Blase durch die Harnröhre ist der intravesikale Druck stark erhöht. Der Normalwert beträgt weniger als 2 mm Hg/100 ml eingefüllte Flüssigkeit. Für die bakterielle Cystitis sind Bakterien und Leukozytenzahlen über 100 000/ml Urin festzustellen. Die Bestimmung der Keimart, der Keimzahl und der Resistenz sind heute üblich. Für die Diagnosestellung von Bakterien im Urin wird ein genormtes Urinsediment, das Grampräparat des nicht zentrifugierten Urins und chemische Schnelltests (Nitrit-Test, TTC-Test, Uro-Screen, Eiweiß-Stäbchen) sowie Eintauch- oder Transportmedien Uricult® der Firma Orion Diagnostika oder Urotube® von Roche), die in gebrauchsfertiger Form im Handel sind, angewandt. Letztere können zur Auswertung auch einem bakteriologischen Laboratorium übergeben werden. Im allgemeinen wird heute eine bakterielle Cystitis durch eine Kurzzeit-Behandlung mit Urinkultur im therapeifreien Intervall angegangen (kurz, hoch, gezielt). Unterstützend wirken Spasmolytika und Medikamente, die den Musculus detrusor beruhigen, das sind sogenannte Parasympathicolytica.

Die Behandlung der Reizblase ist oft schwierig, Parasympathicolytica und bei Östrogenmangel in der Menopause Substitution bringen oft Besserung des Zustandes.

Im akuten Stadium sollen Frauen mit Strahlencystitis stationär behandelt werden. Neben Analgetika werden lokale

<p>Instillationen von anästhesierenden, vitaminreichen und antibakteriellen Lösungen empfohlen.</p> <p>Neben der Stress- und Urge-Inkontinenz, welche einzeln oder in Kombinationen weitaus den grössten Teil der weiblichen Inkontinenz ausmachen (siehe Tabelle 2), sind die unregelmässigen Kontraktionen der Blase, die sogenannten Detrusordysynergien, die neurogenen und psychogenen Inkontinenzformen von untergeordneter Bedeutung.</p>	<p>Die Detrusordysynergie</p> <p>Der Anteil der Detrusordysynergie am gesamten Kollektiv der Frauen mit Harninkontinenz beträgt etwa 5–10%. Nach kurzfristiger Steigerung des Abdominaldruckes im Stehen wie Husten, Niesen oder allein schon bei einem kritischen Blasenvolumen im Liegen, entstehen verzögerte autonome Kontraktionen der Blasenmuskulatur. Da ein Druckanstieg in der Harnröhre ausbleibt, resultiert ein Abgang von Urin. Dieses Phänomen kann gelegentlich eine Stress-Inkontinenz vortäuschen. Die gleichzeitige Aufzeichnung des Druckes in der Blase und im Bauchraum sowie des Urinabgangs erlauben einen apparativen Nachweis der Detrusordysynergie. Die Ätiologie des Krankheitsbildes ist nicht bekannt. Neurogene Störungen finden sich nur bei 50% dieser Patientinnen. Therapeutisch können die Detrusorkontraktionen durch Parasympatholytica günstig beeinflusst werden. Hierbei hat sich besonders Cetiprin® bewährt, 3x200 mg pro Tag während mindestens 2–3 Monaten. Meistens wird ohne apparative Abklärung dieser Inkontinenzform im Glauben, es handle sich um eine Stress-Inkontinenz, durch Operationen der Zustand höchstens verschlimmert.</p>	<p>Psychogene Inkontinenz</p> <p>Psychogene Inkontinenz-Erscheinungen werden in der Literatur häufig beschrieben. Fälle von Detrusordysynergie ohne urologischen Befund gehören möglicherweise in diese Gruppe. Erst nach Ausschluss aller anderen Inkontinenzformen muss an eine psychogene Inkontinenz gedacht werden. Beim Gespräch mit dem Psychiater kommen oft Konfliktsituationen oder langes Bettlägerigkeit in der Jugend (Enuresis nocturna) zum Vorschein.</p>
<p>Tabelle 2</p>	<p>Diagnostische Kriterien in der Sprechstunde</p>	<p>Fisteln und Missbildungen</p>
<p>Stressinkontinenz: 70%*</p>	<p>Urinabgang bei Niesen, Husten, Lachen (Grad I) Urinabgang bei Treppensteigen, Lastenheben (Grad II) Urinabgang im Liegen (Grad III) Descensus uteri et vaginae Beginn meist in der Schwangerschaft oder nach der Geburt Multipara Inkontinenz langsam zunehmend</p>	<p>Urininkontinenz kann auftreten bei Fistelverbindungen zwischen Harnleiter, Blase, Harnröhre zur Scheide oder zum Uterus. Ursächlich ist immer Ischämie, sei es durch Druck, Endarteritis oder bakterielle Infektion oder bei Verletzungen durch Gewalt einwirkung oder bei Operationen. Typisches Zeichen für fistelbedingte Inkontinenz ist das ständige Harnröhreln. Nicht selten gibt es Fisteln nach Sectio caesarea, wobei die Blase verletzt wurde und/oder das Blasenperitoneum falsch aufgenäht wurde. Hierbei finden sich meistens Fisteln von der Blase in den Cervikalkanal. Die Diagnosestellung erfolgt mit systematischer urologischer Untersuchung. Es wird Blaulösung in die Blase instilliert, die Vagina tamponiert, die Patientin wird aufgefordert, eine Stunde umherzugehen, nachher werden die Tampons entfernt und auf Verfärbung kontrolliert. Die Behandlung richtet sich nach dem Allgemeinzustand der Patientin und Verhältnis der Fistel. Bei kleinen Fisteln ist Spontanverschluss bei Einlegen eines Dauerkatheters in die Blase möglich. Größere Defekte verlangen eine operative Korrektur. Missbildungen können zu Urininkontinenz führen durch Veränderungen am Ureter oder an der Blase. Aus der Fülle der Möglichkeiten sollen hier nur einige erwähnt werden, welche nicht augenfällig sind. Harnröhrenausschlüsse, sogenannte Urethraldivertikel sind charakterisiert durch Urinabgang nach der Miktions oder beim Geschlechtsverkehr, während Hyperplasie der Harnröhrenmuskulatur und separat in die Scheide mündende Harnleiter, eventuell ein dritter Harnleiter, zur totalen Inkontinenz führen.</p>
<p>Urge-Inkontinenz: 25%*</p>	<p>Pollakisurie am Tage und nachts schmerzhafter Harndrang Schmerzen hinter der Symphyse, Unterbauchschmerzen Inkontinenz nach Operationen, Bestrahlungen akutes Auftreten</p>	<p>Neurogene Inkontinenz</p> <p>Neurogene Blasenstörungen werden heute allgemein nach der Lokalisation einer Schädigung der Innervation klassifiziert. Es werden dabei unterschieden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schädigung der sensiblen Innervation der Blase. 2. Schädigung der motorischen Innervation der Blase. 3. Eine Kombination von beiden.
<p>* Prozentuales Auftreten.</p>	<p>Diese Schädigungen können vollständig oder unvollständig sein. Die häufigste Störungsform ist die kombinierte Form, die bei Ausfall der oberen Nervenbahnen zur sogenannten automatischen Blase mit unwillkürlicher reflektorischer Entleerung führt. Befriefft die Schädigung die unteren Nervenbahnen, entsteht die sogenannte autonome Blase, ohne richtige Innervation der Blasenmuskulatur und mit schlaffer Beckenbodenlähmung. Eine Sonderform mit erhaltenem Beckenbodenfunktion kann nach Radikaloperation im kleinen Becken entstehen (Wertheim-Operation). Diese Patienten sollen dem Urologen beziehungsweise dem Neurologen zugeführt werden. Die Therapie umfasst konservative Verfahren mit Blasentraining, Eingriffe an der Harnröhre selbst, neurochirurgische Eingriffe, Elektrostimulation der Blase beziehungsweise Harnröhre durch eingebaute Batterien oder radikale Verfahren mit Harnableitungen ausserhalb der Harnblase.</p>	<p>Anschrift des Verfassers: PD Dr. E. Dreher, Oberarzt, Frauenklinik, Bern</p>
<p>Neurogene Inkontinenz</p>	<p>Miktions:</p> <p>entweder Blasenentleerung im Schwall (automatische Blase bei chronischer spinaler Läsion) oder Urinabgang in kleinen Portionen bei überfüllter Blase (Überlaufblase bei Kaudaläsion oder akuter spinaler Läsion) willkürliche Kontrolle der Miktions nicht möglich vollständige Inkontinenz (Grad III) Blasenentleerung oft nur durch zusätzlichen Druck von aussen</p>	<p>Für die heutige Ausgabe wurde an sich der letzte Artikel der Reihe «Einführung in die Cardiotokographie» von K. Hamacher angekündigt. Leider war das Arbeitspensum des neuernannten Chefs der Geburtshilfe an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen noch grösser als erwartet, so dass der vorgesehene Artikel nicht zeitgerecht fertig wurde.</p>
<p>Psychogene Inkontinenz</p>	<p>Konfliktsituation Enuresis nocturna</p>	<p>79</p>