

Was tun, wenn die Blase schlapp macht?

Beckenbodenmuskeln in einem neuen Licht

VON Bärbel Junginger



„Beckenbodengymnastik bei Blasenschwäche für Frau und Mann“, „Rückbildungsgymnastik“, „Bauch-Beine-Po-Gymnastik“ scheint das Thema schlechthin zu sein. Ob beim Physiotherapeuten, in Vereinen, bei der VHS, in Fitnessstudios, in Broschüren, Büchern, Zeitschriften, auf Flyern oder Beipackzetteln von Medikamenten: Vorschläge zum Thema Blasenschwäche und Rückbildung finden wir an jeder Straßenecke. Und alle Patienten fragen sich bang: „Mache ich die Übungen richtig? Spanne ich die Beckenbodenmuskeln richtig an?“ Wissenschaftlich nachgewiesen ist, dass 30 Prozent aller Frauen bei der Anspannung der Beckenbodenmuskeln nicht die richtigen aktivieren, übrigens auch gesunde Frauen. Wie aber kann man die richtigen Muskeln finden? Und dann entsprechend üben?

Die Antwort ist einfach: Man benötigt mehr Hilfen zur Wahrnehmung und Kontrolle dieser Muskulatur durch einen Therapeuten. Hierbei sind uns andere Länder um Längen voraus. Denn dort gibt es die Ausbildung zur spezialisierten Physiotherapeutin, die die Betreuung von Patienten mit Problemen des Beckenbodens professionell durchführt. Sie untersucht die Beckenbodenmuskeln der Frau von der Scheide aus und beurteilt die Muskelfunktion und die -störung. Gleichzeitig kann so der Patientin die Muskulatur besser präsentiert gemacht werden, da durch das Tasten die Wahrnehmung verbessert wird.

Ein anderes Medium wird seit etwa zehn Jahren in Wissenschaft und physiotherapeutischer Behandlung eingesetzt: das so genannte „visuelle Biofeedbackverfahren“. Hier wird der sonst ärztlich zur Diagnostik angewandte Ultraschall dazu genommen, der Patientin die Bewegung der Beckenorgane und die Co-Aktivierung spezieller Bauchmuskeln zu veranschaulichen und beizubringen. Der Vorteil dieses Verfahrens wird damit überdeutlich: Berichtigung der falschen Anspannung, schnelles Erkennen der Muskelstörung, gezielte Therapie ab der ersten Behandlung.

Welche Therapien werden nun aber bei diesen Beschwerden angeboten? Die ICS (International Continence Society) hat sich geeinigt, dass Inkontinenz und Senkungsbeschwerden nicht Krankheit, sondern Symptome genannt werden. Die physiotherapeutische als auch die ärztliche Behandlung richtet sich nach diesen Symptomen. Als sogenanntes „first line treatment“ („Erst) Behandlung“ hat die ICI (internationale Expertenkommission), die alle 4 Jahre den Stand der Wissenschaft zusammenfasst, die konservative Therapie, bestehend aus Physiotherapie (mit oder ohne Elektrotherapie/ Biofeedback) und Pessartherapie (bei Senkungen) empfohlen.

„Kann eine Verbesserung der Symptome, wie Inkontinenz oder Senkung überhaupt erwartet werden und wenn ja, wann?“, fragen sich die Betroffenen besorgt. Dies hängt von

der Symptomatik ab. Bei Belastungsinkontinenz (Verlust von Urin oder Stuhl bei körperlichen Tätigkeiten, beim Husten, Niesen oder Lachen) oder bei Drangsymptomen (häufiger und plötzlicher Harndrang, der das rechtzeitige Erreichen der Toilette schwierig macht) kann durch das Erlernen des richtigen Mechanismus der Anspannung schon binnen einer Woche eine deutliche Veränderung erwartet werden. Bei Senkungen und Stuhlinkontinenz wird dies länger dauern. Zur Betreuung der Patienten mit individueller Zielsetzung ist hierbei eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation von Therapeut und Arzt wichtig. Viele Patienten sind heutzutage durch Informationen aus dem Internet eher verunsichert und brauchen Hilfe bei der „Navigation“ durch das Angebot.

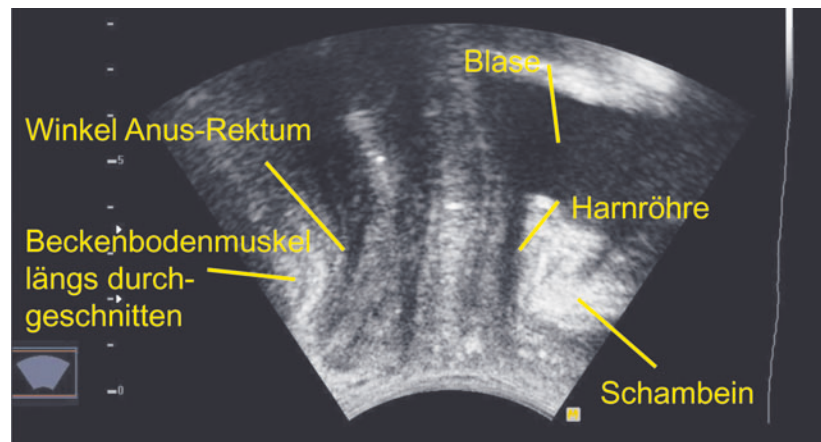
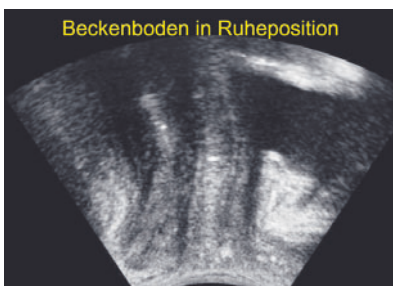
Um die eigenen Symptome zu verstehen, sollten die Betroffenen wissen, wie die Beckenbodenmuskeln funktionieren. Bei der Anspannung muss die Harnröhre verschlossen, der Winkel des Darmübergangs von Anus zu Rektum kleiner und die Blase nach innen gezogen werden. Bei Stuhlinkontinenz kann man den analen Schließmuskel zusätzlich willentlich aktivieren.

Neben der Harn- und der Stuhlinkontinenz gibt es Blasen- und Stuhl-obstruktion (Auslassstörung), Senkung der Genitalorgane (Blase, Gebärmutter, Enddarm) und Schmerzen im Genitalbereich (Schmerz beim Geschlechtsverkehr, Vulvitis, Vestibulitis, Vaginismus, Anismus; Pelvic Pain Syndrom). Viel häufiger sind Frauen betroffen, männliche Symptome hängen fast ausschließlich mit Operationen, vorwiegend Prostataoperationen, zusammen.

Neben der konservativen Therapie kann bei Nichterfolg auch operativ vorgegangen werden. Bei der Frau sehr gut erforscht, kann bei Belastungsinkontinenz ein Bändchen (TVT) unter die Harnröhre gelegt werden. Hiermit wird das Absinken der Harnröhre zum Beispiel bei Husten vermieden. Erfolge bei Frauen liegen bei über 90 Prozent. Bei Männern hat man derzeit noch weniger Erfahrungen mit dieser Operation.

Bei der Dranginkontinenz werden hauptsächlich Medikamente verschrieben, die die Blasenaktivität herabsetzen. Hilfe durch Verhaltensänderungen (Toilettenverhalten) und eine bestimmte Anspannung des Beckenbodenmuskels sind hier die physiotherapeutischen Möglichkeiten.

Eine Genitalsenkung der Frau entsteht durch Veränderung des Bindegewebes, die bereits in der Schwangerschaft und während der Geburt auftritt und durch „allgemeines“ Älterwerden sowie hormonelle Einflüsse in der Menopause verstärkt wird. Erst in den letzten Jahren konnten durch neue Technologien, vor allem durch den dreidimensionalen Ultraschall, teilweise Verletzungen des Bindegewebes, der Bänder und der Muskulatur erkannt werden, die infolge Geburten entstehen und Ursache für Symptome sind. Die frühzeitige Behandlung dieser Verletzungen scheint sehr wichtig zu sein, und man erhofft sich weniger Spätschäden. Trotzdem ist der Kaiserschnitt nicht vorzuziehen, denn auch nach Kaiserschnitt treten Symptome auf. Viel Erfahrung hingegen herrscht bei Senkungsoperationen. Hier besteht die ärztliche Kunst darin, die Komplexität der Aufhängung von Blase, Gebärmutter, Scheide und Darm zu verstehen und die Operationsart zu wählen. An einigen Zentren arbeiten spezialisierte Uro-Gynäkologen, die ausschließlich die Wiederherstellung des Beckenbodens durchführen sowie begleitende Inkontinenz einschätzen können.



Seit mehr als einem Jahrzehnt beschäftige ich mich mit der Mechanik des Beckenbodens, den verschiedenen Untersuchungsmethoden und mit der Entwicklung einer gezielten Behandlung. Da sich die Forschung seit vielen Jahren auf dem Bereich des Kraftverlusts als Ursache von Blasenschwäche, Stuhlinkontinenz und Senkungen von Genitalorganen verirrt hat, sind wir am Beckenbodenzentrum an der Charité in Berlin an Steuerungsmechanismen durch das Gehirn, an motorischer Kontrolle und motorischem Lernen interessiert. Weitere Erkenntnisse der vergangenen Jahre sind: das automatische und gemeinsame Anspannen von Beckenboden und speziellen Bauchmuskeln bei gesunden Frauen, das nun in die Therapie eingebettet wird. Ferner konnten wir feststellen, dass maximale Anspannungen bei gesunden Menschen im Alltag nicht stattfinden und dass bereits 30 Prozent der Anspannungskraft genügen, um effektiv die Blase zu heben. Deshalb propagieren wir eher ein Koordinations- als ein Krafttraining für die Beckenbodenmuskeln.

Wichtig zu wissen: Pilates und allgemeine Fitnessübungen drücken den Beckenboden selbst bei gesunden Frauen häufig nach unten (ICS Kongress 2010 in Toronto). Besonders Frauen mit einer Genitalsenkung sollten dies abchecken, bevor sie ein Training beginnen. Mit den angegebenen Methoden (Tasten und Ultraschall) und einer Anleitung durch eine spezielle ausgebildete Physiotherapeutin ist dies möglich.

Ein eigenes Programm, das 2007 an Patientinnen durchgeführt und in einer Doktorarbeit untersucht wurde, zeigte eine Patientenzufriedenheit von 91 Prozent bei einer Reduktion von 78 Prozent der Drangsymptome und 68 Prozent der Belastungsinkontinenz bereits nach zwei bis drei Behandlungen.

Entsprechend dieser Ergebnisse haben einige Krankenkassen beschlossen, diese Therapie zu bezahlen.

In einem Projekt am Beckenbodenzentrum Charité, das von der DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft) gefördert wird, untersuchen wir Frauen vor und nach der Geburt und vergleichen Behandlungsmethoden. Durch den Einsatz verschiedener Messungen, darunter auch dem dreidimensionalen Ultraschall, erhoffen wir uns mehr Klarheit bei der Gegenüberstellung von Muskel- und Bindegewebsdefekt, Funktionsstörung und Symptom ●

Die Autorin

- stammt aus Gerstetten
- Physiotherapeutin, Manualtherapeutin (OMT) Masterstudentin (MPhil) in Australien an der University of Queensland
- war von 1998 bis 2006 mit eigener Praxis in Heidenheim tätig
- arbeitet heute als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Beckenboden-Zentrum der Charité in Berlin, gemeinsam mit der Uro-Gynäkologin PD Dr. med. Kaven Baessler
- Andere Tätigkeiten: Mitarbeit in verschiedenen Gremien und Referententätigkeiten im Inn- und Ausland Co-Autorin, Dozentin bei Masterstudiengängen in Deutschland und der Schweiz.



Mehr Information:

www.physiotherapie-junginger.de

Video zum Anspannen des Beckenbodens:
http://www.thieme.de/SID-474DBAC1-DF4207DC/physioonline/physiopraxis-zusatzinfos_4142.html