

Beckenbodenproblematiken richtig erkennen

Die Zahlen sprechen für sich: In Deutschland sind etwa 9 Millionen Menschen inkontinent¹. Jede 5. Frau über 25 ist von Harninkontinenz betroffen, egal ob sie geboren hat oder nicht². Nach einer Prostatektomie (Prostatakarzinom ist die häufigste Krebsart beim Mann) sind laut Krankenhausreport der BEK 2012³ 16% der Männer inkontinent. Circa jeder 4. Mann über 40 hat Probleme mit der Potenz (Tabuthema, daher hohe Dunkelziffer). Dazu kommen die Enuresis nocturna bei Kindern und die anderen in diesem Artikel erwähnten Erkrankungen im Beckenboden. Somit ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass Sie in der Praxis auf Patienten treffen, die Beckenbodenprobleme haben.

Wird er es während Ihrer Anamnese von sich aus ansprechen? Eher nicht. Das Thema ist nach wie vor mit einem großen Tabu behaftet, den Patienten ist es eher peinlich, dass sie diese Probleme haben. Verbinden doch die meisten Leute Inkontinenz und Impotenz häufig nur mit dem Alter. Die Wirklichkeit sieht anders aus. In meiner physiotherapeutischen und heilpraktischen Praxis, in der ich ausschließlich Patienten mit Beschwerden »rund um den Beckenboden« behandle, lag im Jahr 2011 der Altersdurchschnitt bei 38 Jahren. In meinem »Beckenbodenfragebogen« kreuzen über die Hälfte der Patienten an, dass sie aus Eigeninitiative zu mir gekommen sind und ihren Arzt von sich aus um ein Rezept zur Physiotherapie gebeten haben. Nicht einmal mit ihrem Frauenarzt sprechen Patientinnen über diese Probleme: In einer Studie in Hamburger Frauenarztpraxen⁴ wurde deutlich, dass 53% der Frauen an urogynäkologischen Erkrankungen leiden, aber nur 23% dieser Frauen hatten mit Ihrem Frauenarzt über dieses Thema gesprochen, obwohl sie beim Frauenarzt in der Praxis saßen!

Somit wird deutlich: Wenn man als Heilpraktiker den Anspruch hat, eine komplette Anamnese zu machen, gehören

die Fragen zum Beckenboden mit hinein. Diese Fragen lassen sich unproblematisch in jede Anamnese einbauen und geben natürlich nicht nur über den Beckenboden Auskunft.

Der Beckenboden

Die Beckenbodenmuskulatur schließt den Bauchraum nach unten ab. Nur handtellerdick und handbreit spannt sich dieses Muskelgeflecht in mehreren Schichten zwischen Scham- und Steißbein und den beiden Sitzbeinhöckern auf. Das Besondere an einem Großteil der Muskulatur ist, dass sie nicht direkt am Knochen entspringt, sondern an der Faszie eines Muskels aufgehängt ist (M. obturatorius internus), was ihr eine größere Elastizität ermöglicht.

In Zusammenarbeit mit Bauch- und Rückenmuskeln trägt die Beckenbodenmuskulatur die Organe und in der Schwangerschaft das Baby. Sie verschließt sich reaktiv bei Drucksteigerungen wie zum Beispiel beim Husten oder beim Zurückhalten von Urin/Winden und Stuhl. Sie öffnet sich auf dem WC, dehnt sich beim Gebären und reagiert während sexueller Stimulation.

Diese völlig unterschiedlichen Anforderungen machen einem schnell deutlich, dass es hier zu Problemen kommen kann, besonders, wenn man sich zudem noch deutlich macht, wie zart und dünn diese Muskulatur eigentlich ist.

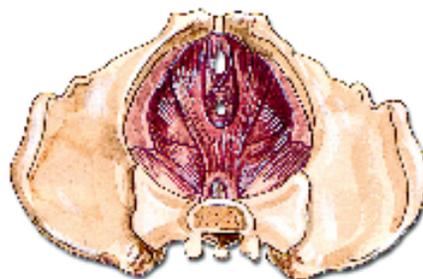


Abb. 1: Beckenboden (aus: Franziska Liesner »Mein Beckenbodenbuch«, S. 20, erschienen im Trias Verlag 2012)

Welche Probleme treten am häufigsten auf?

1. Inkontinenz (die Fähigkeit, Urin und Darminhalt zu speichern und selbstbestimmt zu entleeren geht verloren)
2. Senkung von Blase, Gebärmutter, Darm
3. erektile Dysfunktion beim Mann
4. Krankheitsbilder im Bereich des Enddarms wie Hämorrhoiden, Analfisteln, Analthrombosen
5. Schmerzen im Beckenboden
6. Schwierigkeiten in der Sexualität wie Vaginismus, Dyspareunie

1. Harninkontinenz

Am häufigsten kommt die *Belastungsinkontinenz* vor, früher auch Stressinkontinenz genannt. Das hat nichts mit zu viel nervlichem Stress zu tun, sondern ist bedingt durch den »Stress« oder die »Belastung«, die auf das Harnröhrenverschluss-system wirkt und dort nicht adäquat beantwortet wird. Das bedeutet, dass zum Beispiel beim Husten Harn, meist in Tröpfchen oder in Spritzern abgeht. Die Ursachen können unterschiedlich sein, bei Frauen liegt die Ursache häufig in Geburten, oft in Verbindung mit einer generellen Bindegewebsschwäche, Übergewicht, starker körperlicher Belastung, etc.

Bei Männern tritt die Belastungsinkontinenz häufig nach einer Prostatektomie, also der Entfernung der Prostata auf, wenn es bei der OP nicht möglich war, den Schließmuskel zu schonen, es also zur Verletzung des Schließmuskels gekommen ist und/oder der Nerv beschädigt wurde.

Die *Dranginkontinenz* ist die andere häufig vorkommende Form der Inkontinenz. Dabei verspüren die Patienten einen plötzlichen, überfallartigen Drang, ihre Blase zu entleeren und schaffen dies häufig nicht rechtzeitig, sodass der Urin dann im Schwall abgeht. Die Ursachen können in Blaseninfekten und Störungen des Detrusors (Blasenmuskulatur) oder auch in psychischen Faktoren liegen, lassen sich aber häufig nicht genau klären. Auffällig oft sind Frauen in oder nach den Wechseljahren betroffen.

Zusätzlich gibt es *Mischformen der Belastungs- und der Dranginkontinenz*, außerdem die *Überlaufinkontinenz* (z.B.

durch eine Prostatahyperplasie = die gutartige Prostatavergrößerung, die die Harnröhre bedrängt), und neurologisch bedingte Inkontinenzformen.

Beim Kind finden wir die *Enuresis nocturna*, das nächtliche Einnässen bei Kindern über fünf Jahre. Die Ursache liegt zum Beispiel in einer hormonellen Dysregulation, häufigen Blaseninfekten, kann psychosomatischer oder genetischer Natur sein oder ist häufig einfach nicht geklärt.

Stuhlinkontinenz: Die Inkontinenz kann ebenso auf den Schließmuskel des Afters bezogen sein, sodass es zum unfreiwilligen Abgang von Winden und/oder Stuhl kommt. Hier liegen die Ursachen in Darmerkrankungen und neurologischen Erkrankungen, aber auch ebenfalls an Schwäche und Verletzungen des Schließmuskels (*M. sphincter ani externus*) zum Beispiel als (Spät-)Folge von vaginalen Entbindungen (Dammriss, Zangengeburt) und als Folge von Operationen. Weiterursächlich sind Hämorrhoiden, Fisteln, Schädigungen der Analhaut, Vorfälle des Anus oder des Rektums.

2. Senkungen der Organe

Senkungen der Organe entstehen häufig als Folge von Geburten, dabei sind wohl ein kindliches Geburtsgewicht von über 4000g, eine verlängerte Austreibungsphase und Zangengeburt die Hauptursachen. Aber auch ohne Geburten kommt es – häufiger bei Frauen – durch ein weiches Bindegewebe und/oder durch zusätzliche Störfaktoren wie chronischen Husten zu Organsenkungen. Die Symptome einer Senkung zeigen sich in Schwere- und Druckgefühl (»Golfball zwischen den Beinen«, unvollständiger Harn- und/oder Stuhlentleerung, tiefen Rücken- und/oder Beckenbodenschmerzen).

3. Erektile Dysfunktion

Die erektile Dysfunktion bedeutet, dass über einen größeren Zeitraum (länger als 6 Monate) eine Erektionsschwäche vorliegt, die einen befriedigenden Geschlechtsverkehr in über 70 % der Fälle verhindert.

4. Hämorrhoiden, Analfisteln, Analthrombosen

Hämorrhoiden, Analfisteln oder Anal-

thrombosen werden durch ein schwaches Bindegewebe, harten Stuhlgang und häufiges Pressen begünstigt.

5. Schmerzen im Beckenboden

Diese können als Folge von Operationen und (Geburts-)Verletzungen, Hämorrhoiden, Analfisteln, etc. auftreten, sind aber auch ohne »greifbare« Ursache als Folge von muskulären Dysbalancen möglich. Zusätzlich oder auch damit verbunden gibt es das Krankheitsbild Chronic Pelvic Pain Syndrom (CPPS), das durch anhaltende oder wiederkehrende Schmerzen über 6 Monate im Unterbauch/Becken (Damm, Leiste, Hoden, Penis, Harnröhre) gekennzeichnet ist.

6. Vaginismus

Vaginismus bedeutet, dass eine Frau, obwohl sie es möchte, nichts (Tampon, Finger, Penis) in die Vagina einführen oder es zulassen kann. Grund ist eine starke Anspannung der Beckenbodenmuskulatur. Die Ursachen können körperlicher (z. B. Operationen, Infektionen im Unterleib) und/oder psychischer Natur (Angst vor Schmerzen, vor Schwangerschaft, vor Kontrollverlust, Stress, Gewalterfahrungen, etc.) sein.

Dyspareunie bedeutet, dass eine Frau Schmerzen beim Geschlechtsverkehr hat, zum Beispiel nach Entzündungen, Operationen, Geburtsverletzungen (Narben), aber auch durch die verminderte Lubrikation in und nach der Menopause.

Diese Sammlung von Krankheitsbildern, die alle Auswirkungen auf die Muskulatur des Beckenbodens haben oder sogar ihre Ursachen direkt in der Beckenbodenmuskulatur haben, zeigt die Spannweite an, mit der wir es zu tun haben. Allen gemein ist, dass der betroffene Patient nicht unbedingt von selbst darüber sprechen wird, obwohl seine Lebensqualität dadurch erheblich beeinträchtigt ist.

Wie kann man helfen?

Die Hilfe beginnt aus meiner Sicht mit der richtigen Fragestellung in der Anamnese unabhängig vom Alter des Patienten:

- Wie sieht es mit Ihrer Kontinenz aus?

(Urin und Stuhlkontinenz abfragen! Wenn Probleme, welche, wobei? Bei Belastung oder als Drang? Vorlagen? Häufigkeit der Miktionen, Trinkmenge?)

- Wie klappt es mit Ihrer Verdauung? (*cave:* Sowohl chronische Verstopfung als auch häufiger Durchfall schädigen den Schließmuskel!) Müssen Sie häufig pressen? Wie lange sitzen Sie auf dem WC? Wie häufig haben Sie Stuhlgang? Haben Sie Hämorrhoiden? (*Cave:* Häufig ein Hinweis auf falsches Pressen auf dem WC)
- Haben Sie Schmerzen im Becken, im Beckenboden, im Unterbauch, im unteren Rücken? (Achtung: immer wiederkehrende therapieresistente tiefe Rückenschmerzen, häufige ISG-Blockierungen sind die Folgen einer – oft nicht erkannten Beckenbodenschwäche)
- Wie sieht es in Ihrer Sexualität aus? Haben Sie eine befriedigende Sexualität? Haben Sie Schmerzen?

Natürlich sind diese Fragen (und die Antworten) zeitaufwendig, aber der Patient oder die Patientin wird glücklich sein, dass er/sie endlich von jemandem auf diese Themen angesprochen wird und erkennt in ihrem/seinem Heilpraktiker einen ganzheitlichen Helfer, der sich auch um dieses Feld kümmert.

Und dann, wenn viel herausgekommen ist und deutlich wird, dass es hier Probleme gibt? Dann ermuntern Sie die Patienten zu den Spezialisten zu gehen, die es in diesem Bereich gibt (s. Adressen). Damit haben Sie schon sehr viel erreicht, denn der durchschnittliche Patient mit Beckenbodenproblemen wartet kostbare Jahre lang, bis er zum Arzt oder Therapeuten geht und häufig dann nicht zum Richtigen. Dadurch beginnt die Therapie häufig zu spät.

So gibt es die wirklich spezialisierten urogynäkologischen Praxen und Beckenbodenzentren genauso wie Physiotherapeuten, die sich für diesen Bereich ausgebildet haben. Die Physiotherapie beginnt hier mit einer genauen vaginalen/anorektalen Untersuchung, sodass der Physiotherapeut genau weiß in welchem Zustand der Beckenboden ist (Muskulatur: Kraft/Reaktion, Spannung zu viel/zu wenig, heil oder beschädigt, Organe am Platze oder

gesenkt, Beschaffenheit der Haut beziehungsweise Schleimhaut etc.). Nur dadurch wissen Patient und Therapeut, welche Erfolge in der Therapie überhaupt möglich sind. So kann eine Frau einen durch eine Geburt bedingten Defekt in der Aufhängung des Beckenbodens nicht weglassen, aber bei anderer Ausgangslage eine Senkung 2. Grades durchaus in eine Senkung 1. Grades verwandeln, was schon viel ausmacht.

Sehr häufig ist auch die Muskulatur hypertont (= verkrampft), sodass dann eine adäquate Verschlussreaktion zum Beispiel beim Husten gar nicht mehr möglich ist. Auch da können Sie als Heilpraktiker helfen: Weisen Sie die Patienten darauf hin, dass sie im Alltag diese Muskulatur nicht ständig anspannen sollen, sondern nur beim Üben und kurz vor und während der belastenden Situation. Eine dauerangespannte Muskulatur wird mit der Zeit schwach!

Auch den Po soll niemand den ganzen Tag anspannen. Immer wieder wird Frauen erzählt, dass sie »mit den Pobacken einen Geldschein festhalten, den Bauch einziehen und den Beckenboden ordentlich zusammenkneifen sollen«. Das ist falsch! Genauso können Sie schon einmal darauf hinweisen, dass die Blase durchaus trainierbar ist und das »Vorsichtshalber noch einmal auf das WC gehen« schädlich ist, da dies langfristig die Speicherkapazität der Blase verändert. Auch ist es nicht sinnvoll, das Trinken zu reduzieren, um kontinenter zu werden. Dies gilt für die Frau mit einer typischen Belastungsinkontinenz genauso wie für den Mann nach einer Prostatektomie. Und für alle Patienten

gilt: Kein Pressen beim Stuhlgang und keine langen »Sitzungen«. Hier können wir als Heilpraktiker ebenfalls helfen, indem wir für eine Stuhlregulierung sorgen.

In den Leitlinien zur Behandlung der Belastungsinkontinenz steht Physiotherapie an erster Stelle, die Praxis sieht allerdings anders aus: Häufig werden die Patienten (immer noch) nur mit einem Übungszettel versorgt, da die Ärzte unsicher sind, wie viel und ob sie Physiotherapie verordnen dürfen. Aus meiner langjährigen Untersuchungserfahrung weiß ich aber, dass circa 30% aller Frauen und Männer ihren Beckenboden gar nicht oder sogar falsch anspannen, was auch den geringen Erfolg früherer Beckenbodengymnastik (*»nun kneifen Sie mal ordentlich zusammen«*) und bei den Handzetteln erklärt.

Bestärken Sie also die Patienten dabei, sich adäquate Hilfe zu holen. Zusätzlich können Sie, besonders bei Frauen rund um die Wechseljahre, darauf hinweisen, dass auch eine regelmäßige Pflege der Scheide wichtig für die Kontinenz (und für die Sexualität) ist: Wenn die Scheide/Harnröhrenschleimhaut trocken ist, schadet es (nicht nur) der Kontinenz, deshalb sollten Frauen ihre Scheide täglich pflegen. Infrage kommen hochwertige Öle (Oliven-, Mandel-, Vitamin-E-Öl etc., s. gute Empfehlungen von Regina Widmer⁵). Ganz besonders wichtig ist diese Pflege außerdem für den Sex, wenn die Lubrikation durch die veränderte Hormonsituation vermindert ist. Manchmal ist auch eine östrogenhaltige Creme nötig, die sich ebenfalls positiv auf eine Inkontinenzproblematik auswirkt.

Wenn Sie also Ihre Patienten einmal mehr auf diesen Bereich »rund um den Beckenboden« ansprechen, öffnen Sie sicher Türen, die eventuell erst einmal Ihr Zeitschema durcheinander bringen, aber Sie präsentieren sich als einer den ganzen Menschen betrachtenden Heilpraktiker. Und mit Ihrem »Anstupsen« und mit Ihren »Tipps« helfen Sie langfristig den Patienten, die Ihnen dankbar sein werden.

Literatur/Quellen

1. Pressemitteilung der deutschen Kontinenzgesellschaft Juni 2013
2. Versorgungsstudie: Harninkontinenz bei Frauen WHC, 2004
3. BEK Krankenhausreport 2012
4. Jürgens S, Hachmann J. Prävalenz urogynäkologischer Erkrankungen in Hamburger gynäkologischen Facharztpraxen, Abstractband Kongress der Deutschen Kontinenzgesellschaft, 2004
5. http://www.frauenpraxis-runa.ch/images/stories/themen/haut_schleimhaute.pdf

Adressen

www.ag-ggup.de spezialisierte Physiotherapeuten unter »Therapeutenliste: Beckenboden«
<http://www.kontinenz-gesellschaft.de>: Tipps und Adressen
Google: Beckenbodenzentrum + Stadt eingeben

Verfasserin

Franziska Liesner
Heilpraktikerin und
Physiotherapeutin
Hofweg 21
22085 Hamburg
E-Mail: franziska.liesner@gmx.net
www.franziskaliesner.de

