

Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 33 (1997)
Heft: 5

Artikel: Senkungszustände und Harninkontinenz der Frau
Autor: Krahmann, Hella
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929213>

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: 03.02.2026

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

Senkungszustände und Harninkontinenz der Frau

Hella Krahmann, Lehrkraft der Physiotherapie i. R., Im Waldhof 2, D-79117 Freiburg

Die Frühsymptome von Senkungszuständen werden von Frauen oft nicht wahrgenommen, ignoriert oder verschwiegen. Besonders die Harninkontinenz ist sowohl bei Therapeuten als auch Patientinnen ein Tabuthema. «Man spricht nicht darüber, weil es peinlich ist.»

EINLEITUNG

Dieser Artikel soll der Sensibilisierung dienen, Aussagen der Patientinnen zu «hören» – auch wenn sie nicht beim Namen genannt werden – und darüber zu sprechen.

Physiotherapeuten müssen besonders motiviert sein, denn sie können im Rahmen ihrer Behandlungen eventuelle Äusserungen der Patientinnen aufnehmen und so eine Schlüsselfunktion einnehmen.

Zirka 60% der über 60jährigen weiblichen Bevölkerung in Deutschland ist – laut Statistik – inkontinent. Man geht davon aus, dass die Dunkelziffer höher liegt. Die häufigste Form ist die Stressinkontinenz als Folge von Senkungszuständen der Gebärmutter, Scheide und Blase (Descensus uteri et vaginae).

Die dominanten Ursachen sind:

- insuffizienter Halteapparat der Genitalorgane
- die Anzahl der Geburten. Hierbei spielen alle Faktoren eine Rolle, die zu einer starken Überdehnung der Beckenbodenmuskulatur führen, z. B. Kindskopfgrösse, lange Austreibungsperiode;
- ständige Druckerhöhung im Becken-Bauchraum, z. B. durch schweres Tragen und Heben, Obstipation, verbunden mit Pressen beim Stuhlgang;
- chronischer Husten
- falsches Bauchmuskeltraining
- anatomische Fehlanlage (selten)

Schwere Senkungszustände mit der Folge einer Harninkontinenz entstehen nicht plötzlich, sondern weisen in der Regel eine lange Entstehungszeit auf (häufig mehrjährig). Die Ursachen liegen in mangelhafter Körperwahrnehmung und unzureichenden anatomischen Kenntnissen der

Frau, vor allem aber daran, dass die Thematik ein Tabuthema ist. Letzteres hat eine Patienten- und Therapeutebene. Ebenso werden präventive Massnahmen vernachlässigt.

Die Schlüsselpunkte liegen beim genitalen Halteapparat sowie inadäquaten Verhaltensweisen. Bei gynäkologischen Untersuchungen wird auf einen Funktionsbefund der Beckenbodenmuskulatur zu wenig geachtet.

Physiotherapeuten müssen ein richtiges Beckenbodenmuskeltraining durchführen können. Hier scheitert es oft an der Kontrolle der Spannungsleistung mittels Gesprächsführung, vaginalem Tastbefund oder apparativ mittels Sonde.

Unerlässlich sind pädagogische und psychologische Massnahmen zur Anleitung der Patientin zum selbständigen Üben sowie das Vermitteln von Verhaltensparametern.

VERLAUF DER SYMPTOMATIK

Der Anfang der Erkrankung beginnt für die Patientin symptomlos, kann aber bereits vom Gynäkologen diagnostiziert werden. Eines der ersten Symptome ist der Kreuzschmerz, der typischerweise im Bereich der Iliosacralgelenke (Zug der lig. sacrouterina) oder flächenartig, muskulär (bei insuffizienter Bauchmuskulatur) nach längerem Stehen oder Gehen auftritt, in Ruhe wieder verschwindet und fast nie im Zusammenhang mit der Thematik gesehen wird. In der Regel wird der Kreuzschmerz orthopädisch gedeutet und damit die eigentliche Ursache verdunkelt.

Im weiteren Verlauf kommt es zu Empfindungen wie «unten ist etwas locker», «unten will etwas herausfallen», «es drückt etwas nach unten». Diese Symptome sind anfänglich nicht ständig vorhanden, sondern treten nur in Verbindung mit

körperlichen Belastungen auf, die zu Druckerhöhungen im Becken-Bauchraum führen, z. B. Husten, Niesen, Lachen, Anheben von schweren Gegenständen. Bei korpulenten Patientinnen entsteht die Symptomatik beim Bücken durch Druck auf den Beckenboden.

Die Symptome können auch durch Erschütterungen hervorgerufen werden, z. B. beim Springen, Bergabgehen, Joggen.

Da die Symptome ohne die Einwirkungen wieder verschwinden, d. h. nur temporär vorhanden sind, werden sie von den Patientinnen nicht ernst genommen oder anders interpretiert.

Je nach Intensität der Belastungen treten die Symptome früher oder später häufiger, intensiver auf, und es kommt zur Harninkontinenz. Letztere beschränkt sich anfänglich ebenfalls nur auf Belastungssituationen.

Im weiteren Verlauf fällt es der Frau immer schwerer, den unfreiwilligen Urinabgang zu kontrollieren. Aus Angst vor dem Kontrollverlust unterstützt sie den Werdegang in negativer Weise durch zu häufige Toilettengänge. Sie erzieht sich so eine Dranginkontinenz an.

Es wurde hier die Entstehung der Stressinkontinenz (häufigste Inkontinenzform) beschrieben. Inkontinenz ist aber nicht gleich Inkontinenz. Das heisst, jede Harninkontinenz muss differentialdiagnostisch abgeklärt werden. Unfreiwilliger Urinabgang kann z. B. durch Infektionen, anatomische Fehlanlagen, Detrusorhyperaktivität oder psychosomatische Reaktionen entstehen. Mischformen sind nicht selten.

Wenn keine Behandlung erfolgt, ist der «Endzustand» der Prolaps (Vorfall der Gebärmutter vor die Scheide). Auch dieser Prozess kommt selten plötzlich. In diesem Verlauf wird die Patientin paradoxerweise kontinent, weil die vorfallende Gebärmutter die Harnröhre abdrückt. Allerdings hat sie jetzt Miktionssschwierigkeiten.

Wenn man den Verlauf der Symptomatik betrachtet, der sich vom symptomlosen Zustand bis zur schwersten Symptomatik (absolute Inkontinenz bedeutet keine Kontrolle über den unfreiwilligen Urinabgang) oft über Jahre (bis zu zehn Jahre) erstreckt, so stellen sich Fragen an die Prävention. Da die meisten Frauen irgendwann einmal schwanger sein und gebären werden, sollte das Beckenboden-Bauchmuskeltraining in jungen Jahren beginnen. Dabei ist zu bedenken, dass eine hypertone Beckenbodenmuskulatur ein Geburtshindernis darstellen kann. Eine Frau kann aber auch ohne Geburten eine Senkung bekommen und inkontinent werden, z. B. durch körperliche Belastungen oder anatomische Defekte. Zu Zeiten der Schwangerschaft und im Wochenbett ist die Frau für diese Körperregion besonders sensibel, so dass hier die Physiotherapeutin grosse pädagogische Möglichkeiten entwickeln kann.

Dazu gehören

- Vermittlung anatomisch-physiologischer Kenntnisse
- Schulung der Wahrnehmungsfähigkeit bezüglich der Symptomatik
- Vermittlung der Spannungs- und Entspannungsfähigkeit der Beckenboden-Bauchmuskulatur
- Überwindung der Tabuschwelle, d. h. über die Symptomatik u. ä. mehr zu sprechen

Voraussetzungen dafür sind, dass die Therapeutin selbst in der Lage ist, tabufrei mit der Thematik umzugehen, eine richtige Beckenbodenmuskulatur herstellen kann, psychologische und pädagogische Grundkenntnisse bezüglich der Vermittlungsaspekte besitzt, von der richtigen Übungstechnik ganz zu schweigen.

Im Rahmen der Gesundheitserziehung müsste es möglich sein, schwere Senkungszustände und Inkontinenzformen zu vermeiden bzw. in Grenzen zu halten. Der Schwerpunkt hierfür liegt auf der Therapeutebene (Arzt, Physiotherapeut). Eine Operation wird sich nicht immer verhindern lassen. Wenn sie erforderlich ist, so muss auch dann durch physiotherapeutische Massnahmen (Üben, Verhaltenstherapie) der Operationserfolg gesichert werden. Die Behandlung sollte möglichst präoperativ beginnen.

Bei Behandlung von Senkungszuständen ohne und mit Inkontinenzerscheinungen spielt neben dem Üben die Verhaltenstherapie eine Rolle. Die Basis hierfür legt die Anamnese und die Technik der Gesprächsführung. Die Übungen müssen dem Alltag der Patientin angepasst und realitätsgerecht trainiert werden. Wenn z. B. die Patientin beim Treppensteigen Senkungsbeschwerden hat, so wird die Beckenbodenmuskulatur auf der Treppe geübt. Eine grosse Bedeutung kommt der Kontrolle der Hausaufgaben zu, vor der sich der Therapeut nicht scheuen darf. Konnte die Patientin die gestellten Aufgaben im Alltag einsetzen? Wenn nein: Warum nicht? Wurden bestimmte Verhaltensweisen

geändert, korrigiert oder ganz unterlassen? Wenn nein: Welche zusätzlichen Hilfen sind erforderlich, um die Patientin dazu zu befähigen? Bei der letzten Fragestellung muss auch das soziale Umfeld (Familie) der Patientin mit berücksichtigt werden. Eventuell ist ein Gespräch mit dem Ehemann angezeigt. Der Physiotherapeut muss sich in der Technik der Fragestellung üben. Sie muss so formuliert sein, dass die Fragen nicht nur mit «Ja» oder «Nein» beantwortet werden können. Pauschale Antworten wie z. B. «Es ging gut», «Ich habe regelmässig geübt» müssen hinterfragt werden. Was war «gut» oder «regelmässig»? Die besten Antworten erhält der Therapeut durch aufmerksames (aktives) Zuhören. Bei «Erzählungen am Rande» machen Patienten meistens für den Therapeuten bedeutende Aussagen. Dabei geht es nicht nur um das Üben im allgemeinen, sondern um den gesamten Lebenskontext (z. B. Beruf, Hobbies, Sexualität) der Patientin. Bei psychisch und psychosomatisch bedingten Ursachen sollte eine Entspannungstherapie einbezogen werden.

Beckenbodenübungen können auch dann für die Patientinnen eine Hilfe sein, wenn die Kausalität nicht in einer muskulären Insuffizienz besteht. Sie helfen ihr, die Toilette «trocken» zu erreichen.

Last but not least können Senkungs- und Inkontinenzbeschwerden im Klimakterium und der Menopause durch Östrogenmangel und Nachlassen der Gewebeelastizität auftreten. Eine Östrogensubstitution sollte immer physiotherapeutisch begleitet werden.

Gleichgültig aus welchen Gründen die Physiotherapie erfolgt, muss anfänglich der Einzelbehandlung Priorität eingeräumt werden, um den Intimbereich der Patientin zu respektieren und eine präzise Übungstechnik zu gewährleisten. Im Rahmen der Spättherapie kann eine Gruppenbehandlung dagegen mit dem Aspekt «Motivation durch Eigen- und Fremderfahrung» hilfreich sein. Voraussetzung für die Teilnahme an einer Gruppe ist, dass die Beckenboden-Bauchmuskulatur korrekt ausgeführt werden kann.

ZUSAMMENFASSUNG

Senkungszustände von Gebärmutter, Scheide und Blase sowie Harninkontinenz sind bei Frauen häufiger vorhanden, als allgemein angenommen wird. Allen Therapeuten sollte es ein Anliegen sein, präventiv tätig zu werden. An erster Stelle steht, die Thematik aus dem Tabubereich herauszuholen, d. h. darüber zu sprechen. Physiotherapeuten müssen ausserhalb einer gynäkologischen Behandlung (z. B. bei Kreuzschmerzen) an den Symptomkomplex denken und ein «hörendes Ohr» für Bemerkungen der Patientin entwickeln. Bei entsprechenden Kriterien müssen sie die Patientin auf die Fragestellung hinweisen und zu weiteren Massnahmen (z. B. gynäkologische Untersuchung) aktivieren. Auch wenn die Stressinkontinenz die häufigste Form ist, sei vor einer selbständigen Behandlung mit Beckenbodenübungen («Ich kann Ihnen Übungen zeigen, die helfen») ohne diagnostische Abklärung gewarnt. Wenn die Inkontinenz andere Ursachen hat oder es sich um eine Mischform handelt, schadet sich der Physiotherapeut nur selbst.

Schwere Senkungs- und Inkontinenzzustände, die das alltägliche Leben der Frau stark beeinträchtigen, sollten durch präventive Massnahmen verhindert werden. Inkontinenz ist nicht nur ein medizinisches, sondern vor allem ein sozialhygienisches Problem. Letzteres spielt bei dem ständig wachsenden Altersgipfel der Bevölkerung eine grosse Rolle, da die Frauen sonst inaktiv und sozial isoliert werden.

Literaturverzeichnis

- 1) BITZER J., RICHTER D.: Zur Psychosomatik von Miktionsstörungen, Gynäkologie 22,77-82, 1989.
- 2) FISCHER W., KÖBLER H. (Herausgeber): Urogynäkologie in Praxis und Klinik. de Gruyter 1995.
- 3) KRAHMANN H., KALTENBACH F. J., DE GREGORIO G.: Harninkontinenz und Senkungsbeschwerden der Frau. Pflaum Verlag, 2. Aufl. 1994.
- 4) KRAHMANN H., HAAG G.: Die Progressive Relaxation in der Krankengymnastik. Pflaum Verlag, 2. Aufl. 1996.



Jede Seite spricht für

Partner for live.... Hinter dieser Idee steckt das weltweit erfolgreiche Konzept von ENRAF-NONIUS, als Partner von Physiotherapeuten stets mit dem innovativsten und technisch ausgereiftesten Geräteprogrammen zur Seite zu stehen.

ENRAF-NONIUS das ist:

- **Ultraschalltherapie**
- **Hochfrequenztherapie**
- **Elektrotherapie**

- **Massage- und Behandlungsliegen**
- **Thermotherapie**

- **Übungstherapie**
- **Hydrotherapie**
- **Verbrauchsartikel**

Ihre ENRAF-NONIUS Ansprechpartner:

MTR Medizin / Therapie / Rehab, Roosstrasse 23, 8832 Wollerau, Tel. 01 787 39 40, Fax 01 787 39 41
Jardin Medizintechnik AG, Feldmattstrasse 10, 6032 Emmen, Tel. 041 260 11 80, Fax 041 260 11 89

siotex *phy*

Möchten Sie wissen warum in weit mehr als 100 Physiotherapie-Praxen und Kliniken unsere Waffelstoffbezüge aus 100% Baumwolle auf Behandlungsliegen verwendet werden?

Schicken Sie uns dieses Inserat und für nur 20 Franken gegen Rechnung senden wir Ihnen unsere Dokumentation und ein Mustertuch in Originalgrösse (170 cm x 250 cm).

physiotex

Nordstrasse 8, 8580 Amriswil

Darauf können Sie sich verlassen!

....typisch
müller

superleichte
Aktiv-Rollstühle

Kompetente Beratung
in unserem
Ausstellungsraum



Swiss Made

**willi müller
schönenberg**

**Fahrzeugbau
Rollstühle
und Hilfsmittel
für Behinderte**

Hirzelstrasse 9
CH-8824 Schönenberg
Telefon 01 / 788 11 53
Telefax 01 / 788 20 26

INKONTINENZ

Wissen Sie, wie häufig dieses Problem ist?

Mehr als 20% der Bevölkerung in allen Altersgruppen sind davon betroffen.

Wir helfen Ihnen!

- ▶ Muskelstimulatoren
- ▶ Muskeltrainer (Biofeedback EMG- und Drucksysteme)
- ▶ Dri-Trainer (Enuresisüberwachung)
- ▶ Kauf und Mietsysteme
- ▶ Abrechnung über Krankenkasse möglich

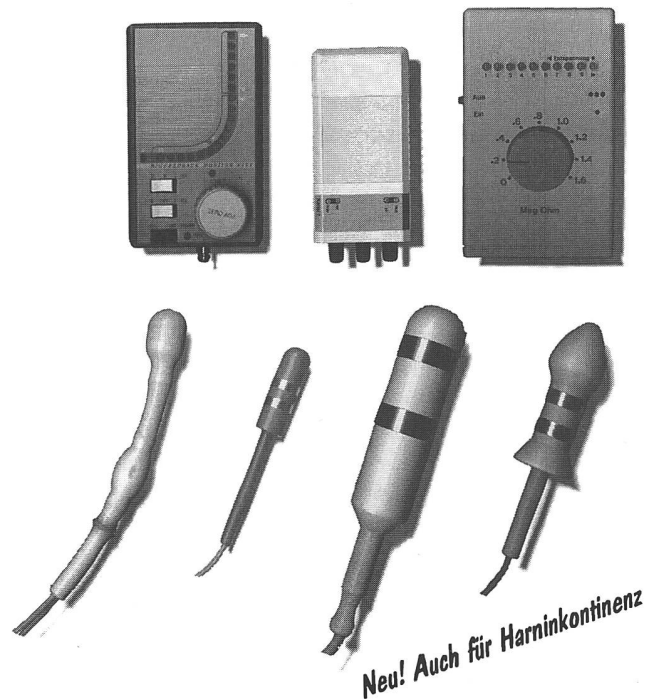
Reden Sie mit uns!

schwa-medico
AG Schweiz



Efringerstrasse 32
CH-4057 Basel

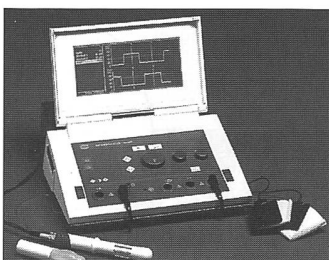
Tel.: +41 - 61 - 690 98 98
Fax: +41 - 61 - 690 98 99



Neu! Auch für Harninkontinenz

ENRAF-NONIUS.

Zum Sonderthema
'Inkontinenz'
in dieser Ausgabe:



Neu: Myomed 932 mit EMG- und Druck-Feedback - das ist die neue Seite für die Inkontinenz-Therapie

Myomed 932, das ideale Gerät für Inkontinenztraining, ist gleichzeitig auch ein Universal-Elektro-Therapiegerät. Der einzigartig grosse Bildschirm macht die Vorgänge für Ihren Patienten sichtbar.



Bestellen Sie die Unterlagen Myomed 932



Generalimporteur für die Schweiz: Medicare AG, Mutschellenstrasse 115, 8038 Zürich, Tel. 01 482 482 6, Fax 01 482 74 88